

Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике **общая врачебная практика(семейная медицина)**

(наименование дисциплины)

по специальности **31.08.54 общая врачебная практика(семейная медицина)**

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
	1.Терапия 2.Основы ЭКГ 3.Герiatrics 4.Основы медицинской профилактики и диетологии 5.Профпатология 6.Заболевания полости рта в общей врачебной практике	УК-1,2,3 ПК-1, ПК-2, ПК-3,ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Знать: - клиническую симптоматику и патогенез основных заболеваний в общей врачебной практике у взрослых; - общие методы исследования, функциональные методы исследования и, в первую очередь, электрокардиографию в норме и при патологии; - специальные методы исследования в терапии и кардиологии (рентгенологические, ультразвуковые, биохимические, ангиографические и др.); - основы фармакотерапии в общей врачебной практике, включая применение антибиотиков и гормонов, механизм действия основных групп лекарственных веществ, осложнения, вызванные применением лекарств; организацию службы интенсивной терапии и реанимации, оборудование палат интенсивной терапии и реанимации; применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению; - основы рационального питания здорового организма, принципы диетотерапии у больных в общей врачебной практике; - принципы и варианты профилактики, ее организацию и методы, - вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, организацию ВТЭ; - методы раннего выявления кардиологических заболеваний при массовом профилактическом обследовании населения; - основы стандартных и непараметрических методов статистического анализа; - диспансерное наблюдение за больными, проблемы профилактики;	Тесты Задачи	185 34

			<p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - получить исчерпывающую информацию о заболевании больного; применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии; оценить тяжесть состояния больного; принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния; определить объем и последовательность реанимационных мероприятий; оказать необходимую срочную помощь; - определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.); - определить показания для госпитализации и организовать ее; - провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного; - оценить данные электрокардиограммы, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение; - определить степень нарушения гемостаза, показания к тромболитической терапии - выполнить все мероприятия по их нормализации; - назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; - определить объем реабилитационных мероприятий и профилактики ; - оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению. - провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации, трудоспособность; - верифицировать и/или уточнить направленный диагноз у больных, поступивших на прием в поликлинику; - определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: только наблюдение, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение. <p><i>квалифицированно осуществлять:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - эффективное и безопасное лечение больных, в том числе постоянное самостоятельное лечение и наблюдение хронических больных, а также первичную и 		
--	--	--	---	--	--

			<p>вторичную профилактику болезней;</p> <ul style="list-style-type: none"> - плановое комплексное лечение больных, используя режим, диету, физиотерапию, медикаменты, и осуществлять динамический контроль за состоянием больного, эффективностью и переносимостью назначенного лечения, и при необходимости проводить его коррекцию (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних). <p><i>осуществлять диагностику и квалификационную врачебную помощь при неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния; - определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи в полном объеме; начать лечение и вызвать на консультацию соответствующего врача-специалиста; - провести в случае необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, инфузионную терапию; - провести экстренную медикаментозную терапию по показаниям (антибиотики, анальгетики, вазопрессоры, бронхолитики, гормональные препараты, антидоты при отравлениях, гемостатические и др.); - срочную плевральную и абдоминальную пункцию, катетеризацию мочевого пузыря; - профилактику аспирации, пролежней, травм, интеркуррентных инфекций; - динамическое наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма; - установить показания для применения методов реанимации (электроимпульсивной терапии, вспомогательного дыхания, экстракорпорального очищения крови, коррекции электролитного и кислотно-основного состояния крови); - оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии; - проводить терапию синдромов острой дыхательной недостаточности, малого сердечного выброса, коагулопатий, дисгидрий, экзо — и эндотоксикоза, белково-энергетической недостаточности, внутричерепной дистензии и их сочетаний; - проводить санитарно-просветительную работу среди населения; 		
			<p><u>Владеть:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками постановки диагноза и проведения необходимого лечения при следующих заболеваниях: - заболевания миокарда: 		

			<p>кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная); специфические поражения миокарда (инфекционные, токсические и др.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - артериальная гипертензия и гипотония: гипертоническая болезнь; симптоматические гипертензии; - ишемическая болезнь сердца: инфаркт миокарда; стенокардия; нестабильная стенокардия; другие формы; - пороки сердца: пороки митрального клапана (и пролапс митрального клапана); пороки аортального клапана; многоклапанные пороки сердца; основные варианты врожденных пороков сердца; заболевания эндокарда, перикарда: острые и хронические перикардиты; инфекционные и ревматические варианты эндокардитов; - нарушения ритма и проводимости сердца: аритмии, связанные с нарушением функции автоматизма и возбудимости; аритмии, связанные с нарушением проводимости сердца; комбинированные аритмии; - атеросклероз: факторы риска и патогенез атеросклероза; формы и клинические проявления атеросклероза; профилактика и лечение атеросклероза; - недостаточность кровообращения: формы и варианты; принципы лечения и профилактика; поражения сердца при эндокринных заболеваниях: сахарный диабет; тиреотоксикоз; ожирение; - поражения сердечно-сосудистой системы при: алкоголизме; наркомании; токсикомании; лучевой болезни; - поражения сердечно-сосудистой системы при некоторых видах профессионального спорта; - диагностика, течение и лечение заболеваний сердца при беременности; - легочное сердце: острое и хроническое; - травмы и опухоли сердца; - поражения сердца при системных заболеваниях: коллагенозах; амилоидозе; - особенности сердечно-сосудистой патологии у лиц старческого возраста - неотложные состояния в 		
--	--	--	---	--	--

			<p>кардиологии: диагностика и терапия неотложных состояний (шок, коллапс, отек легких, тромбоэмболия легочной артерии, разрыв межжелудочковой перегородки, синкопальные состояния, гипертонический криз, тахикардии, брадикардии, МЭС);</p> <p>Врач общей врачебной практики должен владеть навыками анализа данных:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лабораторных и биохимических методов исследования; рентгеноскопии и рентгенографии, томографии; эхокардиографии, реографии, ФКГ; - радиоизотопных методов исследования; - ангиографии, коронарографии, вентрикулографии, ЭКГ, велоэргометрии, пищевой стимуляции сердца; - Гемодинамики. - Навыками проведения реанимационных манипуляций; - электроимпульсную терапию при аритмиях; - велоэргометрию; - вагусные и лекарственные пробы; - острый лекарственный тест; - снять и расшифровать электрокардиограмму; - определить группы крови; - произвести переливание крови; - катетеризацию мочевого пузыря; - суточное мониторирование ЭКГ. 		
--	--	--	--	--	--

(шифр, наименование)

ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Тестовые задания (верный – ответ А)

6. Оценочные средства для текущего и промежуточного контроля

6.1.1. Тестовые задания (верный – ответ А)

Вид	Код	Текст вопроса задания/ вариантов ответа
В	001	ТЕРАПИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
О	А	оперативном удалении опухоли
О	Б	лучевой терапии
О	В	химиотерапии
О	Г	консервативном лечении кризов
В	002	ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	гиперпигментация кожи и гипотония
О	Б	кардиалгии и гипертензия
О	В	возбуждение и тремор
О	Г	ступор и гипотензия
В	003	ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:
О	А	определение гликемии натощак
О	Б	исследование гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой
О	В	тестирующие полоски (глюкотест, тесттайп, биофан и др.)
О	Г	определение гликированного гемоглобина
В	004	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВРАЧУ ПРОВЕСТИ:
О	А	оценку эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев сахароснижающей терапии
О	Б	оценку среднего уровня гликемии за 1-3 недели.
О	В	оценку уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней)
О	Г	выявление гестационного диабета.
В	005	ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ:
О	А	уровне глюкозы плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л и гликированном гемоглобине $\geq 6,5\%$
О	Б	уровне глюкозы плазмы натощак $\geq 6,0$ ммоль/л и гликированном гемоглобине $> 6,0\%$
О	В	уровне глюкозы плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л и гликированном гемоглобине $> 7,0\%$
О	Г	уровне глюкозы плазмы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л и гликированном гемоглобине $> 6,5\%$
В	06	ГИПОГЛИКЕМИЯ СПОСОБСТВУЕТ:
О	А	повышению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
О	Б	прогрессированию инсулинорезистентности
О	В	развитию цирроза печени
О	Г	развитию хронической почечной недостаточности

В	07	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	кетоацидоз
О	Б	уровень гликированного гемоглобина >9,0%
О	В	уровень гликированного гемоглобина >8,5
О	Г	появление сахара в моче
В	008	ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА (HbA1c) У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ НАЛИЧИИ ТЯЖЕЛЫХ МАКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ:
О	А	<8,0%
О	Б	<7,5%
О	В	<7,0%
О	Г	<6,5%
В	09	ОСНОВНОЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА
О	А	активное изменение образа жизни (снижение веса тела и регулярная физическая активность)
О	Б	применение препаратов, снижающих инсулинорезистентность (метформин, глитазоны)
О	В	применение лекарственных средств – аноректиков (сIBUTРАМИН)
О	Г	применение лекарственных средств, снижающих всасывание жиров (орлистат)
В	010	ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В КРОВИ ПОЯВЛЯЕТСЯ
О	А	повышенный уровень ТТГ
О	Б	пониженный уровень ТТГ
О	В	нормальный уровень ТТГ
О	Г	исследование ТТГ не имеет диагностической ценности
В	011	ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ХАРАКТЕРНО
О	А	нарушения ритма сердца от синусовой тахикардии до фибрилляции
О	Б	формирование недостаточности кровообращения
О	В	снижение периферического сопротивления
О	Г	нет влияния диффузного токсического зоба на миокард
В	012	ДЛЯ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО
О	А	болевого синдром при пальпации области шеи (щитовидной железы)
О	Б	ломающие боли в костях
О	В	симптомы гипотиреоза
О	Г	симптомы ОРВИ
В	014	ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРНО
О	А	брадикардия с постепенным развитием симптомов ХСН
О	Б	тахикардия с постепенным развитием симптомов ХСН
О	В	экстрасистолия и фибрилляция предсердий

О	Г	нет типичных симптомов
В	015	ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО
О	А	нарушение половой функции (бесплодие)
О	Б	быстрое падение остроты зрения
О	В	возбудимость и плаксивость
О	Г	нарушение сна
В	016	ДОЗЫ ЙОДА, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С 12 ЛЕТ И У ВЗРОСЛЫХ
О	А	150 мкг/сутки
О	Б	250 мкг/сут
О	В	100 мкг/сут
О	Г	200 мкг/сут
В	017	ОСНОВНОЙ НЕОБХОДИМЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
О	А	тиреотропный гормон (ТТГ)
О	Б	свободный тироксин (свТ4)
О	В	свободный трийодтиронин (свТ3)
О	Г	Антитела к тиропероксидазе
В	018	ДЛЯ ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО
О	А	увеличение щитовидной железы без нарушение функции
О	Б	наличие узлов в щитовидной железе
О	В	симптомы субклинического тиреотоксикоза
О	Г	симптомы субклинического гипотиреоза
В	019	К препаратам 1-ряда в лечении больных сахарным диабетом относят:
О	А	метформин
О	Б	росиглитазон
О	В	глибенкламид
О	Г	лимепирид
В	020	ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ
О	А	гипогликемия
О	Б	снижение гемоглобина
О	В	глюкозурия
О	Г	тромбоцитопения
В	021	ПРИ СИНДРОМЕ АКРОМЕГАЛИИ ПАЦИЕНТОВ БЕСПОКОЯТ:
О	А	изменения внешнего вида (увеличение кистей рук, размеров стоп)
О	Б	снижение веса, слабость, потливость
О	В	нарушение сна
О	Г	приступы ознобов
В	022	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕР-ИНДУЦИРОВАННОГО

		ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО
<input type="radio"/>	А	наличие инфекции <i>Helicobacter pylori</i> в желудке
<input type="radio"/>	Б	выраженный болевой синдром в эпигастральной области
<input type="radio"/>	В	рвота после приема пищи на высоте болевого синдрома
<input type="radio"/>	Г	симптомы желудочного кровотечения
В	023	ВЫБЕРИТЕ СХЕМУ ЭРАДИКАЦИИ Н.Р. 1-Й ЛИНИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ, ДАЮЩИХ ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТА ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНЫХ И РОССИЙСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ
<input type="radio"/>	А	ИПП(стандартная доза 2-х разовый прием) + Кларитромицин + Амоксициллин+ препараты висмута трикалия дицитрат + пробиотики - 14 дней
<input type="radio"/>	Б	ИПП (высокая доза 2-х разовый прием) + Кларитромицин + Метронидазол + препараты висмута трикалия дицитрат + пробиотики - 10 дней
<input type="radio"/>	В	ИПП (высокая доза 2-х разовый прием) + Метронидазол + Амоксициллин+ препараты висмута трикалия дицитрат + пробиотики - 10 дней
<input type="radio"/>	Г	ИПП (высокая доза 2-х разовый прием) + Метронидазол + Амоксициллин+ препараты висмута трикалия дицитрат + пробиотики - 14 дней
В	024	Синдром раздраженного кишечника - это
<input type="radio"/>	А	функциональные расстройства
<input type="radio"/>	Б	наследственные нарушения
<input type="radio"/>	В	органические изменения
<input type="radio"/>	Г	врожденные аномалии развития кишечника
В	025	для постановки диагноза синдрома раздраженного кишечника требуется
<input type="radio"/>	А	полное клинико-инструментальное обследование с исключением других заболеваний
<input type="radio"/>	Б	биопсия с гистологическим подтверждением
<input type="radio"/>	В	ирригоскопическое подтверждение
<input type="radio"/>	Г	подтверждение при ректороманоскопии
В	026	РОССИЙСКИЕ И МЕЖДУНАРОДНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ГЭРБ
<input type="radio"/>	А	ИПП (высокие дозы) + альгинаты или антациды (для усиления эффекта) от 4-х до 12-ти недель, при достижении эффекта поддерживающая терапия ИПП
<input type="radio"/>	Б	ИПП (стандартные дозы) + альгинаты или антациды (для усиления эффекта) от 4-х до 12-ти недель, при достижении эффекта поддерживающая терапия ИПП
<input type="radio"/>	В	Антациды или альгинаты в течении 2-х недель, при отсутствии эффекта – ИПП от 4-х до 12-ти недель
<input type="radio"/>	Г	ИПП (стандартная дозировка) + прокинетики (для усиления эффекта) от 4-х до 12-ти недель, при достижении эффекта поддерживающая терапия ИПП
В	027	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА СОЛАСНО РОССИЙСКИМ РЕКМЕНДАЦИЯМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
<input type="radio"/>	А	ферментов в виде капсулированных минимикросфер и микротаблеток в

		дозах 25 - 80 000 ЕД липазы на основной прием пищи и 10 - 25 000 ЕД липазы на промежуточный прием пищи
О	Б	ферментов в виде капсулированных минимикросфер и микротаблеток в дозах 10 - 20 000 ЕД липазы на основной прием пищи и 5 000 ЕД липазы на промежуточный прием пищи
О	В	прокинетиков
О	Г	пробиотиков
В	028	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО ПО ДАННЫМ УЗИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА В ПРОСВЕТЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ
О	А	препаратами УДХК в течение 3-6 месяцев
О	Б	препаратами Эссенциальных фосфолипидов в течение 6 месяцев
О	В	спазмолитиками
О	Г	прокинетиками
В	029	ДИАГНОЗ ВЗК (НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ И БОЛЕЗНЬ КРОНА) ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕН
О	А	эндоскопическим и морфологическим методами исследования
О	Б	клиническими данными + эндоскопический метод исследования
О	В	клиническими данными + данные ректороманоскопии
О	Г	клиническими данными + анализ кала фекальный кальпротектин
В	030	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНЫХ И РОССИЙСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ САМЫЙ ВЫСОКИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:
О	А	эрадикация при выявлении <i>H. Pylori</i>
О	Б	сбалансированный рацион питания
О	В	антиоксиданты
О	Г	препараты висмута
В	031	КАКИЕ ОТДЕЛЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА
О	А	все отделы пищеварительной трубки
О	Б	толстый кишечник
О	В	тонкий кишечник
О	Г	пищевод
В	032	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
О	А	абдоминальный болевой синдром
О	Б	выраженная головная боль
О	В	упорные запоры
О	Г	болезненная дефекация
В	033	БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ:
О	А	запрещается прием алкоголя и курение
О	Б	ограничивается употребление быстроусвояемых углеводов

<input type="radio"/>	В	ограничивается прием большого количества белка
<input type="radio"/>	Г	ограничивается прием жидкости
В	034	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
<input type="radio"/>	А	развитие внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
<input type="radio"/>	Б	панкреатический сахарный диабет
<input type="radio"/>	В	синдром раздраженного кишечника
<input type="radio"/>	Г	аденокарцинома печени
В	035	В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
<input type="radio"/>	А	10-12 дней
<input type="radio"/>	Б	3-4 дня
<input type="radio"/>	В	18 дней
<input type="radio"/>	Г	2 месяца
В	036	ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	протеинурия более 3,5 г/сут
<input type="radio"/>	Б	гипергаммаглобулинемия
<input type="radio"/>	В	гипертриглицеридемия
<input type="radio"/>	Г	гипогаммаглобулинемия
В	037	К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ:
<input type="radio"/>	А	глюкокортикоиды
<input type="radio"/>	Б	диуретики
<input type="radio"/>	В	НПВП
<input type="radio"/>	Г	транквилизаторы
В	038	КАКИЕ ОРГАНЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ
<input type="radio"/>	А	почка
<input type="radio"/>	Б	кишечник
<input type="radio"/>	В	легкие
<input type="radio"/>	Г	селезенка
В	039	РАННИЙ ПРИЗНАК АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК
<input type="radio"/>	А	протеинурия
<input type="radio"/>	Б	гипертензия
<input type="radio"/>	В	лейкоцитурия
<input type="radio"/>	Г	гематурия
В	040	УРОВЕНЬ СКФ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХПН
<input type="radio"/>	А	5 мл/мин
<input type="radio"/>	Б	20мл/мин
<input type="radio"/>	В	25 мл/мин

О	Г	30 мл/мин
В	041	КАКАЯ ГРУППА АНТИБИОТИКОВ ОБЛАДАЕТ НЕФРОТОКСИЧНОСТЬЮ
О	А	аминогликозиды
О	Б	макролиды
О	В	пенициллины
О	Г	цефлоспорины
В	042	ПУТИ ЗАНОСА ИНФЕКЦИИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ
О	А	урогенный
О	Б	контакто-бытовой
О	В	лимфогенный
О	Г	гематогенный
В	043	ОДИН ИЗ ТИПИЧНЫХ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
О	А	лихорадка
О	Б	головная боль
О	В	слабость
О	Г	бессница
В	044	ХАРАКТЕРНЫЙ МОЧЕВОЙ СИМПТОМ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ
О	А	лейкоцитурия
О	Б	макрогематурия
О	В	протеинурия
О	Г	цилиндрурия
В	045	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:
О	А	фторхинолоны
О	Б	макролиды
О	В	цефалоспорины 3-го поколения
О	Г	карбапенемы
В	046	КАКАЯ ВЕЛИЧИНА СКФ ХАРАКТЕРИЗУЕТ С3 ХБП
О	А	30-59 мл/мин/1.73
О	Б	60-89 мл/мин/1.73
О	В	15-29 мл/мин/1.73
О	Г	≥90 мл/мин/1.73
В	047	ОДНИМ ИЗ РАННИХ МАРКЕРОВ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	микроальбуминурия
О	Б	гипертензия
О	В	гипотония
О	Г	протеинурия
В	048	ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА МОЖЕТ БЫТЬ
О	А	Изолированный мочевоы синдром (лейкоцитурия, протеинурия не более 1

		г/сут)
<input type="radio"/>	Б	Изолированная анемия
<input type="radio"/>	В	Артериальная гипертензия
<input type="radio"/>	Г	Перемежающаяся гематурия
<input type="radio"/>	049	НАЗОВИТЕ МИКРОБ, ВЫЗЫВАЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БЕССИМПТОМНУЮ БАКТЕРИУРИЮ У ЖЕНЩИН
<input type="radio"/>	А	кишечная палочка
<input type="radio"/>	Б	энтерококки
<input type="radio"/>	В	стафилококки
<input type="radio"/>	Г	стрептококки
<input type="radio"/>	050	ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОДАГРИЧЕСКОЙ ПОЧКИ
<input type="radio"/>	А	аллопуринол
<input type="radio"/>	Б	статины
<input type="radio"/>	В	диуретики
<input type="radio"/>	Г	антиоксиданты
<input type="radio"/>	051	КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА
<input type="radio"/>	А	нормальные показатели крови
<input type="radio"/>	Б	анемия
<input type="radio"/>	В	лейкоцитоз
<input type="radio"/>	Г	лейкопения
<input type="radio"/>	052	КАКИЕ СУСТАВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ
<input type="radio"/>	А	проксимальные межфаланговые суставы
<input type="radio"/>	Б	дистальные межфаланговые суставы
<input type="radio"/>	В	тазобедренные суставы
<input type="radio"/>	Г	плечевые суставы
<input type="radio"/>	053	ПРИЗНАК ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АРТРОЗА:
<input type="radio"/>	А	боли в суставе
<input type="radio"/>	Б	отек сустава
<input type="radio"/>	В	покраснение кожи над суставом
<input type="radio"/>	Г	«горячий» на ощупь сустав
<input type="radio"/>	054	КАКИЕ СУСТАВЫ ОБЫЧНО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ
<input type="radio"/>	А	голеностопные
<input type="radio"/>	Б	локтевые
<input type="radio"/>	В	тазобедренные
<input type="radio"/>	Г	межфаланговые
<input type="radio"/>	055	ХАРАКТЕРНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК РЕАКТИВНОГО АРТРИТА
<input type="radio"/>	А	обнаружение хламидийной инфекции

О	Б	анемия
О	В	ревматоидный фактор
О	Г	лейкоцитоз
В	056	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА
О	А	тетрациклины
О	Б	пенициллины
О	В	НПВП
О	Г	сульфаниламиды
В	057	ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА
О	А	выраженная боль и припухлость плюснефалангового сустава
О	Б	узелки Бушара
О	В	эритема области голеней
О	Г	отсутствие аппетита
В	058	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ РЕВМАТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	β -гемолитический стрептококк
О	Б	стафилококк
О	В	кишечная палочка
О	Г	энтерококки
В	059	ХАРАКТЕРНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ СКВ
О	А	наличие гиперемии на лице в виде «бабочки»
О	Б	кольцевидная эритема
О	В	папулезная сыпь
О	Г	гиперкератозы
В	060	ОСНОВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ
О	А	Истинная склеродермическая почка
О	Б	очаговый или диффузный нефрит
О	В	синдром Шегрена
О	Г	базальный пневмосклероз
В	061	КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАЖНЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОМИОЗИТА
О	А	КФК
О	Б	СРБ
О	В	протеинурия
О	Г	мочевая кислота
В	062	В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	увеличение минутного объема кровообращения
О	Б	снижение минутного объема кровообращения
О	В	повышение уровня центрального венозного давления
О	Г	снижение центрального венозного давления

В	063	БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ОБЛАДАЮТ
О	А	отрицательным инотропным действием
О	Б	положительным инотропным действием
О	В	отрицательным хронотропным действием
О	Г	отрицательным батмотропным действием
В	064	ПРИЧИНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ МОЖЕТ БЫТЬ:
О	А	сахарный диабет
О	Б	ишемическая болезнь сердца
О	В	хронический пиелонефрит
О	Г	хронический гломерулонефрит
В	065	ПУЛЬСОВОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ЭТО:
О	А	разница между систолическим и диастолическим давлением
О	Б	АД разделенное на частоту пульса
О	В	АД умноженное на частоту пульса
О	Г	сумма систолического АД и диастолического АД
В	066	ВЕЛИЧИНА СУТОЧНОГО ИНДЕКСА БОЛЬШЕ 22% ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
О	А	избыточной степени ночного снижения АД
О	Б	нормальной степени ночного снижения АД
О	В	недостаточной степени ночного снижения АД
О	Г	устойчивого повышения АД ночью
В	067	ДЛЯ III-й СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО:
О	А	наличие ассоциированных клинических состояний
О	Б	наличие изменений органов-мишеней
О	В	АД выше 160/100 мм рт.ст.
О	Г	АД выше 180/110 мм рт.ст.
В	068	ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ХАРАКТЕРНА
О	А	гипокалиемия
О	Б	гиперкалиемия
О	В	гипонатриемия
О	Г	гиперактивность
В	069	ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	альфа-адреноблокаторы
О	Б	бета-адреноблокаторы
О	В	дигидропиридиновые антагонисты кальция
О	Г	агонисты имидазолиновых рецепторов
В	070	ДЛЯ ДИАГНОЗА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМО:
О	А	снижение уровня ферритина

О	Б	повышение уровня ферритина
О	В	снижение общей железосвязывающей способности сыворотки
О	Г	увеличение гематокрита
В	071	НАИБОЛЕЕ АТЕРОГЕННЫМИ ЛИПОПРОТЕИДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	липопротеиды низкой плотности
О	Б	липопротеиды очень низкой плотности
О	В	хиломикроны
О	Г	липопротеиды промежуточной плотности
В	072	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ УМЕРЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
О	А	мебеверин, гиосцина бутилбромид per os
О	Б	атропин п/к
О	В	платифиллин п/к
О	Г	ипратропия бромид per os
В	073	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ХОЛАНГИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
О	А	трансабдоминальное ультразвуковое исследование
О	Б	МР-ХПГ
О	В	ЭРХПГ
О	Г	дуоденальное зондирование
В	074	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
О	А	механическая обструкция желчевыводящих путей
О	Б	подпеченочная желтуха
О	В	билиарный сладж
О	Г	эмпиема желчного пузыря
В	075	СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА С ПОЗИЦИЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	генетически обусловленным заболеванием - гомозиготная мутация в гене УДФ глюкуронилтрансферазы 1UGT 1A1: UGT1 (TA)n\ (TA)n - с нарушением пигментного обмена в гепатоците
О	Б	генетически обусловленным заболеванием - гомозиготная мутация в гене УДФ глюкуронилтрансферазы 1UGT 1A1: UGT1 (TA)n\ (TA)n - с нарушением белкового и жирового обмена в гепатоците
О	В	генетически обусловленным заболеванием - гетерозиготная мутация в гене УДФ глюкуронилтрансферазы 1UGT 1A1: UGT1 (TA)n\ (TA)n - с нарушением пигментного обмена в холангиоците
О	Г	генетически обусловленным заболеванием - гомозиготная мутация в гене УДФ глюкуронилтрансферазы 1UGT 1A1: UGT1 (TA)n\ (TA)n - с развитием подпеченочной желтухи
В	076	ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЛИНИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ У ПАЦИЕНТА
О	А	спленомегалия, асцит, расширение вен пищевода и дна желудка
О	Б	гиперспленизм, расширение вен пищевода и дна желудка

О	В	печеночная энцефалопатия, асцит, подкожные геморрагии
О	Г	асцит, гепатоспленомегалия, желтуха, печеночная энцефалопатия
В	077	КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ВКЛЮЧАЮТ
О	А	уровень альбумина, билирубина, степень печеночной энцефалопатии, тяжесть асцита, показатели ПВ/ПТИ
О	Б	уровень альбумина, билирубина, АСТ, АЛТ, степень печеночной энцефалопатии, тяжесть асцита, показатели ПВ/ПТИ
О	В	уровень альбумина, билирубина, тяжесть асцита, показатели ПВ/ПТИ
О	Г	уровень альбумина, билирубина, степень печеночной энцефалопатии, тяжесть асцита
В	078	ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
О	А	портальная гипертензия, печеночная энцефалопатия
О	Б	портальная гипертензия, асцит, желтуха, печеночная энцефалопатия
О	В	асцит, гепатоспленомегалия, печеночная энцефалопатия, геморрагический синдром
О	Г	асцит, расширение вен пищевода, энцефалопатия, гепатомегалия, спленомегалия, гиперспленизм, порто-пульмональные шунты
В	079	ПРИЧИНАМИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	стенозирующий дуоденальный папиллит, дуоденальная гипертензия, холедохолитиаз, калькулез в длинной культе пузырного протока
О	Б	дисфункция сфинктера Одди, дуоденит, стеноз Фатерова сосочка
О	В	хронический панкреатит
О	Г	хронический холангит
В	080	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ПРИМЕНЯЮТ
О	А	спиронолактон, торасемид, парацетез
О	Б	спиронолактон, фуросемид, гипотиазид
О	В	гепатопротекторы, итоприд, фуросемид, парацетез
О	Г	фуросемид, пропроналол, спиронолактон
В	081	30-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА 9 ДЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГРИППОМ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
О	А	цефтриаксон, цефексим, кларитромицин, ровамицин
О	Б	амоксициллин, ампициллин в/м
О	В	левофлоксацин, моксифлоксацин
О	Г	гентамицин, амикацин
В	082	НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ
О	А	патогенным стафилококком, синегнойной палочкой, клебсиеллой
О	Б	пневмококком, легионеллой, микоплазмой
О	В	цитомегаловирусом
О	Г	пневноцистами
В	083	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

		СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ
<input type="radio"/>	А	нарушение выдоха, одышка, диффузный цианоз
<input type="radio"/>	Б	нарушение вдоха, одышка, акроцианоз
<input type="radio"/>	В	нарушение выдоха, одышка, акроцианоз
<input type="radio"/>	Г	одышка, акроцианоз, диффузный цианоз
<input type="radio"/>	084	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СПИРОГРАФИЧЕСКИХ И ПНЕВМОТАХОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СНИЖАЮТСЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ?
<input type="radio"/>	А	форсированная жизненная емкость легких, максимальная вентиляция легких, объем форсированного выдоха за одну секунду
<input type="radio"/>	Б	жизненная емкость легких, максимальная вентиляция легких
<input type="radio"/>	В	индекс Тиффно
<input type="radio"/>	Г	дыхательный объем, резервный объем вдоха
<input type="radio"/>	085	ДЛЯ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБРАТИМЫЙ ХАРАКТЕР СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРЕН
<input type="radio"/>	А	бронхиальная астма, сердечная астма
<input type="radio"/>	Б	хроническая обструктивная болезнь легких
<input type="radio"/>	В	обструктивная эмфизема легких, фиброзирующий альвеолит
<input type="radio"/>	Г	бронхоэктатическая болезнь
<input type="radio"/>	086	ПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
<input type="radio"/>	А	сочетается с другими атопическими заболеваниями, повышен уровень общего IgE в крови
<input type="radio"/>	Б	часто развивается в пожилом возрасте, сочетается с другими атопическими заболеваниями
<input type="radio"/>	В	часто развивается у детей, повышен уровень IgG в крови
<input type="radio"/>	Г	характерна эозинофилия крови, лейкоцитоз
<input type="radio"/>	087	С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЮЩЕГО ИНФЕКЦИОННО-ЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРЕПАРАТЫ
<input type="radio"/>	А	изосорбида динитрат, нифедипин, каптоприл, эуфиллин
<input type="radio"/>	Б	пропранолол, атенолол
<input type="radio"/>	В	эуфиллин
<input type="radio"/>	Г	глюкокортикостероиды
<input type="radio"/>	088	ОСОБЕННОСТИ, ОТЛИЧАЮЩИЕ БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ ОТ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ
<input type="radio"/>	А	появление кашля в конце приступа удушья, эффективность β_2 -агонистов
<input type="radio"/>	Б	ночные приступы удушья, связь приступов с положением тела
<input type="radio"/>	В	отсутствие мокроты, эффект от H1-гистаминоблокаторов
<input type="radio"/>	Г	приступы удушья после физической нагрузки, эффективность неселективных β -блокаторов

В	089	СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО С АСПИРИНОВОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МОГУТ УХУДШИТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
О	А	теофедрин, ибупрофен
О	Б	беродуал, теofilлин
О	В	парацетамол, сальметерол
О	Г	формотерол, ипратропия бромид
В	090	БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ
О	А	амлодипин
О	Б	нитросорбид
О	В	метопролол
О	Г	ингибиторы АПФ
В	091	ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ (ЖЕЛ) - ЭТО
О	А	объем воздуха при максимальном выдохе после максимального вдоха
О	Б	максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
О	В	максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
О	Г	объем воздуха при максимальном форсированном выдохе после максимального вдоха
В	092	ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ (ТОПИЧЕСКИМИ) ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ В ОБЫЧНЫХ ДОЗАХ
О	А	кандидоз ротоглотки, дисфония
О	Б	эрозивно-язвенный процесс желудочно-кишечного тракта
О	В	стероидный диабет, катаракта
О	Г	частые инфекции носоглотки, бронхов
В	093	СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
О	А	«барабанные палочки», кашель с гнойной мокротой, кровохарканье
О	Б	артралгии, «барабанные палочки», кашель с гнойной мокротой
О	В	кашель с гнойной мокротой, одышка, субфебрильная Т тела
О	Г	бочкообразная деформация грудной клетки, «барабанные палочки» гинекомастия
В	094	КРОВОХАРКАНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
О	А	тромбоэмболии легочной артерии, бронхоэктатической болезни, раке легкого, туберкулезе
О	Б	пневмоцистной пневмонии, крупозной пневмонии, ателектазе
О	В	абсцессе легкого, аспергиллезе, васкулите
О	Г	экссудативном плеврите, респираторном дистресс-синдроме
В	095	СОСТОЯНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ
О	А	деструктивный панкреатит, цирроз печени с портальной гипертензией

О	Б	поддиафрагмальный абсцесс
О	В	диафрагмальные грыжи, полисерозит
О	Г	эхинококковая киста
В	096	ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ПЛЕВРИТ
О	А	злокачественная опухоль легкого, травма грудной клетки, тромбоэмболия легочной артерии
О	Б	туберкулез, микобактериоз
О	В	васкулит, карциноидный синдром
О	Г	коагулопатия, геморрагический панкреонекроз
В	097	ПРИНЯТАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОНИИ С УЧЕТОМ УСЛОВИЙ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ И СОСТОЯНИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ ВИДОВ:
О	А	внебольничная, нозокомиальная, аспирационная, пневмонии у лиц с тяжелыми иммунодефицитами
О	Б	внебольничная, нозокомиальная, аспирационная, крупозная
О	В	пневмококковая, клебсиеллезная, атипичная, гемофильная, стафилококковая
О	Г	очаговая, долевая, интерстициальная
В	098	АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
О	А	сухие хрипы на выдохе
О	Б	влажные хрипы
О	В	сухие хрипы на вдохе
О	Г	жесткое дыхание
В	099	КРИТЕРИИ АДЕКВАТНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
О	А	температура тела ниже 37,5 С, отсутствие интоксикации
О	Б	отсутствие изменений на рентгенограмме
О	В	нормализация показателей ОАК
О	Г	отсутствие патологических аускультативных данных (жесткое дыхание, хрипы)
В	100	АНТИБИОТИКИ НА 1 ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
О	А	амоксциллин, амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, макролиды
О	Б	амоксциллин, ампициллин, макролиды
О	В	амоксциллин/клавуланат, цефалоспорины 3 поколения
О	Г	амоксциллин, бензилпенициллин, респираторные фторхинолоны
В	101	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
О	А	возраст старше 65 лет, ЧД выше 30, САД ниже 90, ДАД ниже 60, нарушение сознания, двусторонний или многодолевой процесс в легких

<input type="radio"/>	Б	возраст старше 60 лет, наличие сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, ХПН, ХСН, цереброваскулярные заболевания), неэффективность стартовой антибиотикотерапии, желание пациента/родственников
<input type="radio"/>	В	возраст старше 60 лет, ЧД выше 26, САД выше 160, ДАД выше 90,
<input type="radio"/>	Г	возраст старше 60 лет, ЧД выше 30, высокая СОЭ (выше 40), Т тела выше 38,5 С

<input type="radio"/>	В	102	ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ
<input type="radio"/>	О	А	урежение частоты сердечных сокращений до 50-60 ударов в минуту
<input type="radio"/>	О	Б	устранение спазма коронарной артерии
<input type="radio"/>	О	В	снижение риска атеротромбоза
<input type="radio"/>	О	Г	повышение уровня ХС ЛПВП
<input type="radio"/>	В	103	ПРЕПАРАТЫ, СНИЖАЮЩИЕ СМЕРТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИБС
<input type="radio"/>	О	А	статины
<input type="radio"/>	О	Б	нитраты
<input type="radio"/>	О	В	эферы омега-3-ПНЖК
<input type="radio"/>	О	Г	триметазидин
<input type="radio"/>	В	104	ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КЛАПАННОГО ПОРОКА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	О	А	регистрация ЭКГ, рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ
<input type="radio"/>	О	Б	регистрация ЭКГ, МРТ сердца, проба с физической нагрузкой
<input type="radio"/>	О	В	регистрация ЭКГ, ЭКГ-мониторирование, стресс-ЭхоКГ
<input type="radio"/>	О	Г	регистрация ЭКГ, вентрикулография, проба с физической нагрузкой
<input type="radio"/>	В	105	ПРЯМЫМ ПРИЗНАКОМ МИОКАРДИАЛЬНОГО НЕКРОЗА НА ЭКГ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	О	А	появление патологического зубца Q
<input type="radio"/>	О	Б	подъем сегмента ST в сочетании с отрицательным зубцом T
<input type="radio"/>	О	В	депрессия сегмента ST в сочетании с отрицательным зубцом T
<input type="radio"/>	О	Г	снижение амплитуды зубца R в сочетании с замедление внутрижелудочковой проводимости
<input type="radio"/>	В	106	ОСНОВНЫМИ ГРУППАМИ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
<input type="radio"/>	О	А	ИАПФ, бета-адреноблокаторы, АРНИ, антагонисты минералокортикоидных рецепторов
<input type="radio"/>	О	Б	ИАПФ, диуретики, сердечные гликозиды, ивабрадин
<input type="radio"/>	О	В	блокаторы ангиотензиновых рецепторов, диуретики, бета-адреноблокаторы, метаболиты
<input type="radio"/>	О	Г	ИАПФ, АРНИ, диуретики, сердечные гликозиды, статины
<input type="radio"/>	В	107	КАКИЕ ГИПОТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ У БОЛЬНОГО С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
<input type="radio"/>	О	А	периндоприл, моксонидин
<input type="radio"/>	О	Б	валсартан, атенолол, гидрохлортиазид
<input type="radio"/>	О	В	периндоприл, гидрохлортиазид, метопрололсукцинат

О	Г	бисопролол, амлодипин, бритомар
В	108	КАКИМИ ЭФФЕКТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ
О	А	вазоконстрикция
О	Б	вазодилатация
О	В	инсулинорезистентность
О	Г	появление аневризматических изменений сосудов
В	109	РИСК ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИЕМЕ ВАРФАРИНА УВЕЛИЧИВАЮТ
О	А	одновременный прием ацетилсалициловой кислоты
О	Б	одновременный прием нитратов
О	В	атеросклероз
О	Г	мужской пол
В	110	ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	40-49%
О	Б	>40%
О	В	<60%
О	Г	≥50%
В	111	ПЛОЩАДЬ АОРТАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	2-4 см ²
О	Б	4-5 см ²
О	В	1,5 – 2,5 см ²
О	Г	>4 см ²
В	112	ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	метилдопа
О	Б	ИАПФ
О	В	антагонисты рецепторов к ангиотензину
О	Г	диуретики
В	113	ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
О	А	отсутствие зубцов Р, разные интервалы R-R, наличие волн фибрилляции f
О	Б	отсутствие зубцов Р, интервалы R-R одинаковые или неодинаковые, между комплексами QRS правильная волнистая линия (волныf).
О	В	отсутствие зубцов Р, одинаковое расстояние между зубцами R, комплексы QRS не изменены, ЧСС 40-60 в минуту
О	Г	везде зубец Р предшествует комплексу QRST, интервалы P-Q(T) постоянные, периодическое постепенное укорочение интервалов R-R при учащении ритма и удлинение интервалов R-R при его урежении; колебания интервалов R-R >0,10-0,15 с и связаны с фазами дыхания.
В	114	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	загрудинная боль и депрессия сегмента ST на ЭКГ при нагрузке
О	Б	появление отрицательного зубца Т на ЭКГ после нагрузки

<input type="radio"/>	В	желудочковая экстрасистолия после нагрузки
<input type="radio"/>	Г	боль в левой половине грудной клетки вне связи с нагрузкой
В	115	НАИБЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	повышение уровня тропонинов в течение первых суток
<input type="radio"/>	Б	повышение уровня КФК в первые 2-3-часа
<input type="radio"/>	В	повышение миоглобина в первые 2 суток
<input type="radio"/>	Г	повышение АЛАТ в первые сутки
В	116	ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ
<input type="radio"/>	А	одышка, цианоз, тахикардия
<input type="radio"/>	Б	боль в груди, снижение центрального венозного давления, отеки голеней
<input type="radio"/>	В	одышка, положение ортопноэ, акроцианоз
<input type="radio"/>	Г	удушье с затрудненным выдохом, плевральные боли, развитие «немомо» легкого
В	117	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	атриовентрикулярная блокада II-III степени
<input type="radio"/>	Б	фибрилляция предсердий
<input type="radio"/>	В	сердечная недостаточность
<input type="radio"/>	Г	суправентрикулярная экстрасистолия
В	118	КАКОВ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХС ЛПНП У БОЛЬНЫХ ИБС?
<input type="radio"/>	А	$\leq 1,8$ ммоль/л
<input type="radio"/>	Б	$< 2,5$ ммоль/л
<input type="radio"/>	В	$< 3,5$ ммоль/л
<input type="radio"/>	Г	$< 4,5$ ммоль/л
В	119	ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
<input type="radio"/>	А	длительная лихорадка, поражение сердца, периферические эмболии
<input type="radio"/>	Б	боли в области сердца, сердечная недостаточность, артралгии
<input type="radio"/>	В	признаки вальвулита, брадиаритмии, симптомы интоксикации
<input type="radio"/>	Г	субфебрильная температура в течение 3 дней, гепатоспленомегалия, симптомы интоксикации
В	120	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	шум трения перикарда
<input type="radio"/>	Б	правожелудочковая недостаточность
<input type="radio"/>	В	повышение температуры тела
<input type="radio"/>	Г	расширение границ сердца
В	121	У БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО В АНАМНЕЗЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ
<input type="radio"/>	А	амиодарон
<input type="radio"/>	Б	пропафенон
<input type="radio"/>	В	прокаинамид

О	Г	верапамил
В	122	ДЛЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ВАГУСА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	болевого раздражитель
О	Б	массаж каротидного синуса
О	В	пробу Вальсальвы
О	Г	провокацию рвоты
В	123	КАКОВА КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИНДРОМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМА КОРОТКОГО PQ)?
О	А	риск развития пароксизмов тахикардии с частым темпом желудочковых активаций
О	Б	предшествует возникновению атриовентрикулярных блокад
О	В	указывает на воспалительный процесс в миокарде
О	Г	может осложнить течение переднеперегородочного инфаркта миокарда
В	124	К ПРИЧИНАМ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА QT НЕ ОТНОСИТСЯ
О	А	применение бета-адреноблокаторов
О	Б	применение амиодарона
О	В	дефицит ионов магния
О	Г	ишемия миокарда
В	125	БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ К ПРИМЕНЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ХСН
О	А	бисопролол, метопролола сукцинат, карведилол
О	Б	соталол, метопролола тартрат, карведилол
О	В	атенолол, пропранолол, надолол
О	Г	бетаксоллол, пиндолол, окспренолол,
В	126	ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ УСЛОВИЯ
О	А	бактериemia, изменения клапанного аппарата сердца, снижение иммунитета
О	Б	очаговая инфекция, гиперлипидемия, дистрофия миокарда
О	В	транзиторная инфекция, гиперсимпатикотония, возраст старше 70 лет
О	Г	фурункул плеча, физическая перегрузка, дефицит массы тела
В	127	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ВКЛЮЧАЮТ
О	А	употребление поваренной соли до 5-6 г в сутки, алкоголя до 20 мл (в расчете на этанол), снижение массы тела,
О	Б	измерение АД 5-6- раз в сутки, обязательный дневной сон
О	В	измерение объема выделенной и потребленной жидкости
О	Г	занятия фитнесом, регулярные водные процедуры
В	128	КАКИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СОЧЕТАТЬ
О	А	антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) и бета-адреноблокаторы
О	Б	блокаторы ангиотензиновых рецепторов и диуретики

О	В	блокаторы ангиотензиновых рецепторов и антагонисты кальциевых каналов
О	Г	ИАПФ и диуретики
В	129	УРОВЕНЬ АД 160/115 СООТВЕТСТВУЕТ
О	А	АГ III степени
О	Б	АГ II степени
О	В	АГ I степени
О	Г	изолированной систолической АГ
В	130	КАКИЕ ПРИЗНАКИ МОГУТ УКАЗЫВАТЬ НА ВАЗОРЕНАЛЬНУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТНИЮ
О	А	высокая стабильная, резистентная к проводимой медикаментозной терапии АГ у молодого пациента
О	Б	изменения в анализе мочи (низкая удельная плотность, протеинурия, микрогематурия, цилиндры) у молодого пациента с высокими цифрами АД
О	В	кризовое течение АГ: очень быстрое повышение АД, появление профузного потоотделения
О	Г	АГ у больного с хронической почечной недостаточностью
В	131	БОЛЬНОЙ ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. КАКОЕ ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
О	А	ЭКГ, ЭКГ-мониторирование, ЭхоКГ, общий анализ крови, липидный профиль, УЗИ щитовидной железы
О	Б	ЭКГ, 6-минутный тест ходьбы, ЭхоКГ, АД-мониторирование
О	В	ЭКГ, рентгенографию грудной клетки, общий анализ крови, ревмопробы
О	Г	ЭКГ, при отсутствии изменений - рекомендовать термометрию тела и повторную явку через 7-10 дней,
В	132	В-12-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ
О	А	гиперхромная, гипорегенераторная
О	Б	гипохромная, гиперрегенераторная
О	В	нормохромная, арегенераторная
О	Г	гипохромная, гипорегенераторная
В	133	ПРИ ОСТРОЙ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТМЕЧАЕТСЯ
О	А	ретикулоцитоз, левый сдвиг в формуле лейкоцитов, пойкилоцитоз
О	Б	лейкопения, правый сдвиг в формуле лейкоцитов, эозинофилия
О	В	изменений нет
О	Г	лейкоцитоз, анэозинофилия, ретикулоцитопения
В	134	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
О	А	протеинограммы
О	Б	уровня сывороточного железа
О	В	уровня ферритина и трансферрина
О	Г	общей железосвязывающей способности крови
В	135	ДЛЯ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ХАРАКТЕРНО

<input type="radio"/>	А	поражение центральной нервной системы
<input type="radio"/>	Б	поражение плоских костей и позвоночника
<input type="radio"/>	В	высокая СОЭ
<input type="radio"/>	Г	пик заболеваемости приходится на возраст 70 лет
В	136	ПОДОЗРЕНИЕ НА МИЕЛОМНУЮ БОЛЕЗНЬ ВЫЗЫВАЮТ
<input type="radio"/>	А	боли в костях в сочетании с анемией, высокой СОЭ, рентгенологическими признаками поражения плоских костей
<input type="radio"/>	Б	боли в суставах, эритроцитоз, эозинофилия
<input type="radio"/>	В	патологические переломы, гиперхромная анемия, диспепсия, боли в эпигастрии
<input type="radio"/>	Г	боли в поясничной области, лихорадка, лейкоцитоз с левым сдвигом в формуле
В	137	ПРИ В-12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТСУТСТВУЕТ
<input type="radio"/>	А	признаки поражения суставов
<input type="radio"/>	Б	фуникулярный миелоз
<input type="radio"/>	В	явления глоссита
<input type="radio"/>	Г	атрофические изменения слизистой оболочки желудка
В	138	ДЛЯ ЭРИТРЕМИИ НЕ ХАРАКТЕРНО
<input type="radio"/>	А	низкий гематокрит
<input type="radio"/>	Б	склонность к тромбоэмболическим осложнениям
<input type="radio"/>	В	появление кожного зуда после горячей ванны
<input type="radio"/>	Г	сочетание с лейкоцитозом
В	139	ПРИ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	увеличение шейных лимфоузлов, лихорадка и потливость, кожный зуд
<input type="radio"/>	Б	в периферической крови лейкопения с относительным лимфоцитозом, анэозинофилия, гиперхромная анемия
<input type="radio"/>	В	гепатоспленомегалия, геморрагический синдром, гипохромная анемия
<input type="radio"/>	Г	панцитопения, гипергликемия, тяжелые инфекции
В	140	ГЕМАТОМНЫЙ ТИП ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
<input type="radio"/>	А	гемофилии
<input type="radio"/>	Б	капилляротоксикоза
<input type="radio"/>	В	тромбоцитопатии
<input type="radio"/>	Г	геморрагического васкулита
В	141	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО
<input type="radio"/>	А	применение препаратов трехвалентного железа
<input type="radio"/>	Б	применение препаратов двухвалентного железа
<input type="radio"/>	В	лечебное питание
<input type="radio"/>	Г	применение эритропозтина
В	142	Гранулоциты образуются в:
<input type="radio"/>	А	костном мозге
<input type="radio"/>	Б	селезенке
<input type="radio"/>	В	лимфатических узлах

О	Г	печени
В	143	ПЕРЕЧИСЛИТЬ ОБЩИЕ СИМПТОМЫ КРОВОПОТЕРИ
О	А	тахикардия, снижение АД
О	Б	брадикардия, одышка, боли в области сердца
О	В	бледность кожных покровов, холодный пот, слабость,
О	Г	потеря сознания, тонические судороги, бледность кожных покровов
В	144	ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С НАИБОЛЬШЕЙ ЧАСТОТОЙ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ
О	А	сердечно-сосудистой системы
О	Б	желудочно-кишечного тракта
О	В	нервной системы
О	Г	системы органов дыхания
В	145	ШИРИНА ЗУБЦА Р ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ
О	А	превышает 0,10-0,12 сек
О	Б	0,06-0,09 сек
О	В	0,09-0,10 сек
О	Г	0,06-0,12 сек
В	146	Отведение AVL – положительный электрод на:
О	А	левой руке
О	Б	левой ноге
О	В	правой ноге
О	Г	правой руке
В	147	Наличие в отведениях V5, V6, I, aVL уширенных деформированных желудочковых комплексов типа R с расщепленной или широкой вершиной является признаком
О	А	полной блокады левой ножки пучка Гиса
О	Б	полной блокады левой ножки пучка Гиса
О	В	гипертрофии левого желудочка
О	Г	гипертрофии правого желудочка
В	148	Что является наиболее характерным электрокардиографическим признаком стеноза митрального клапана
О	А	признаки гипертрофии правого желудочка и левого предсердия (P-mitrale)
О	Б	признаки гипертрофии левого желудочка и синусовая тахикардия
О	В	признаки гипертрофии левого желудочка
О	Г	синоатриальная блокада
В	149	Что является основным электрокардиографическим признаком ишемического повреждения миокарда
О	А	смещение сегмента RS-T выше или ниже изолинии
О	Б	расширение зубца Q
О	В	отрицательный зубец T
О	Г	появление расширенных с расщепленной вершиной зубцов P
В	150	Появление патологического зубца Q или комплекса QS со смещением

		сегмента RS-T выше изолинии является признаком
<input type="radio"/>	А	острой стадии инфаркта миокарда
<input type="radio"/>	Б	гипертрофии левого желудочка
<input type="radio"/>	В	подострой стадии инфаркта миокарда
<input type="radio"/>	Г	вариант нормы
В	151	Какой зубец на ЭКГ наиболее часто изменяется при ишемии миокарда?
<input type="radio"/>	А	T
<input type="radio"/>	Б	Q
<input type="radio"/>	В	R
<input type="radio"/>	Г	S
В	152	Деполаризация желудочков производит сложную форму волны на ЭКГ, названную комплексом:
<input type="radio"/>	А	QRS
<input type="radio"/>	Б	RSR
<input type="radio"/>	В	QS
<input type="radio"/>	Г	QRST
В	153	Достоверный признак миокардиального некроза
<input type="radio"/>	А	патологический зубец Q, QS
<input type="radio"/>	Б	комплекс qRs
<input type="radio"/>	В	отрицательный зубец T
<input type="radio"/>	Г	широкий комплекс QRS
В	154	Зубец Q на ЭКГ здорового человека отображает:
<input type="radio"/>	А	Возбуждение левой половины межжелудочковой перегородки
<input type="radio"/>	Б	Возбуждение межпредсердной перегородки
<input type="radio"/>	В	Возбуждение основания правого желудочка
<input type="radio"/>	Г	Возбуждение задней стенки левого желудочка
В	155	На нормальной ЭКГ зубцы Q даже малой амплитуды являются патологией в отведениях:
<input type="radio"/>	А	V1, V2
<input type="radio"/>	Б	aVR, I, II, III
<input type="radio"/>	В	V4-V6
<input type="radio"/>	Г	aVL
В	156	Отсутствие синусового ритма на ЭКГ возможно при:
<input type="radio"/>	А	Отсутствии зубцов P
<input type="radio"/>	Б	Отрицательных P в отведении aVR
<input type="radio"/>	В	Положительных P в I и II отведениях
<input type="radio"/>	Г	Положительных P в грудных отведениях
В	157	Какой отдел проводящей системы сердца в норме является водителем ритма
<input type="radio"/>	А	синоатриальный узел
<input type="radio"/>	Б	антировентрикулярный узел
<input type="radio"/>	В	пучок Гиса

<input type="radio"/>	Г	левая ножка пучка Гиса
<input type="radio"/>	158	Какова в норме продолжительность комплекса QRS
<input type="radio"/>	А	до 0,10 сек
<input type="radio"/>	Б	более 0,13 сек
<input type="radio"/>	В	менее 0,9 сек
<input type="radio"/>	Г	0,2 сек
<input type="radio"/>	159	Значительное учащение возбуждения предсердий (до 200-400 в мин) при сохранении правильного регулярного предсердного ритма это
<input type="radio"/>	А	трепетание предсердий
<input type="radio"/>	Б	мерцание предсердий
<input type="radio"/>	В	мерцание желудочков
<input type="radio"/>	Г	политопная предсердная экстрасистолия
<input type="radio"/>	160	Депрессия сегмента RS-T и инверсия Т соответственно в левых (V5,6) и правых (V1,2) грудных отведениях является признаком
<input type="radio"/>	А	перегрузки желудочков
<input type="radio"/>	Б	гипертрофии левого желудочка
<input type="radio"/>	В	атриовентрикулярной блокады
<input type="radio"/>	Г	атриовентрикулярной блокады
<input type="radio"/>	161	Формирование патологического зубца Q или комплекса QS со смещением сегмента RS-T выше изолинии является признаком
<input type="radio"/>	А	острой стадии инфаркта миокарда
<input type="radio"/>	Б	подострой стадии инфаркта миокарда
<input type="radio"/>	В	вариант нормы
<input type="radio"/>	Г	гипертрофии левого желудочка
<input type="radio"/>	162	Какой зубец на ЭКГ наиболее часто изменяется при ишемии миокарда?
<input type="radio"/>	А	T
<input type="radio"/>	Б	R
<input type="radio"/>	В	S
<input type="radio"/>	Г	Q
<input type="radio"/>	163	Для пароксизмальной желудочковой тахикардии характерно
<input type="radio"/>	А	появление проводных синусовых импульсов (захватов)
<input type="radio"/>	Б	наличие синусовых зубцов P перед комплексом QRS
<input type="radio"/>	В	комплекс QRS менее 0,12 сек
<input type="radio"/>	Г	наличие патологического зубца Q
<input type="radio"/>	164	Интервал PQ в норме составляет
<input type="radio"/>	А	0,12-0,20 сек
<input type="radio"/>	Б	0,10-0,12 сек
<input type="radio"/>	В	0,06-0,10 сек
<input type="radio"/>	Г	более 0,20 сек
<input type="radio"/>	165	Демографическая ситуация в России характеризуется
<input type="radio"/>	А	увеличением удельного веса лиц пожилого возраста;
<input type="radio"/>	Б	увеличением продолжительности жизни;

<input type="radio"/>	В	увеличением удельного веса детей;
<input type="radio"/>	Г	снижением продолжительности жизни;
В	166	Старческим является возраст
<input type="radio"/>	А	75 - 89 лет
<input type="radio"/>	Б	60 - 74 лет
<input type="radio"/>	В	70 - 80 лет
<input type="radio"/>	Г	80 - 94 года
В	167	Пожилым считается возраст:
<input type="radio"/>	А	60-74 года;
<input type="radio"/>	Б	45-59 лет;
<input type="radio"/>	В	75-80 лет;
<input type="radio"/>	Г	81-89 лет;
В	168	Цель комплексной гериатрической оценки пациента
<input type="radio"/>	А	выявление старческой астении
<input type="radio"/>	Б	уточнение биологического возраста
<input type="radio"/>	В	выявление признаков преждевременного старения
<input type="radio"/>	Г	оценка функциональных возможностей пациента
В	169	К факторам риска преждевременного старения относится
<input type="radio"/>	А	гиподинамия
<input type="radio"/>	Б	у женщин поздние роды
<input type="radio"/>	В	дефицит массы тела
<input type="radio"/>	Г	употребление алкоголя
В	170	Показатель, прогрессивно снижающийся в процессе старения
<input type="radio"/>	А	сократительная способность миокарда
<input type="radio"/>	Б	уровень глюкозы
<input type="radio"/>	В	количество форменных элементов крови
<input type="radio"/>	Г	синтез гормонов гипофиза
В	171	Причинами объективных диагностических трудностей в гериатрии могут быть:
<input type="radio"/>	А	все перечисленное
<input type="radio"/>	Б	особенности соматического состояния больного
<input type="radio"/>	В	отказ больного от проведения обследования
<input type="radio"/>	Г	особенности психики больного
В	172	К факторам риска у пожилых, непосредственно влияющим на смертность, относится:
<input type="radio"/>	А	высокое систолическое давление на плечевой артерии
<input type="radio"/>	Б	высокое диастолическое давление на плечевой артерии
<input type="radio"/>	В	высокое систолическое давление на голени
<input type="radio"/>	Г	низкое систолическое давление на голени
В	173	Старение характеризуется:

<input type="radio"/>	А	разрушительностью;
<input type="radio"/>	Б	внезапностью;
<input type="radio"/>	В	адаптивностью;
<input type="radio"/>	Г	созидательностью
В	174	Особенностью патологии в пожилом и старческом возрасте является:
<input type="radio"/>	А	полиморбидность
<input type="radio"/>	Б	лекарственный патоморфоз
<input type="radio"/>	В	множественность жалоб
<input type="radio"/>	Г	негативное отношение к лечению
В	175	Соблюдение врачебной этики в гериатрии
<input type="radio"/>	А	необходимо
<input type="radio"/>	Б	является данью устаревшей традиции
<input type="radio"/>	В	желательно
<input type="radio"/>	Г	зависит от позиции врача
В	176	Основы медицинской психологии в гериатрии исключают принцип
<input type="radio"/>	А	больные пожилого и старческого возраста так тяжелы и трудны для лечения, что о психологических проблемах думать не приходится
<input type="radio"/>	Б	правильное медико-психологическое воздействие способно существенно улучшить состояния больного пожилого и старческого возраста
<input type="radio"/>	В	судьба больного определяется не только правильной постановкой диагноза
<input type="radio"/>	Г	пренебрежение основами медицинской психологии может привести к тяжелым диагностическим и терапевтическим ошибкам
В	177	При длительном постельном режиме у лиц старшей возрастной группы происходит уменьшение мышечной массы в день на:
<input type="radio"/>	А	5% в день
<input type="radio"/>	Б	1-1,5%
<input type="radio"/>	В	10%
<input type="radio"/>	Г	не значимо
В	178	Для атеросклероза характерно:
<input type="radio"/>	А	поражение артерий эластического и мышечно-эластического типа
<input type="radio"/>	Б	поражение артериол
<input type="radio"/>	В	поражение артерий мышечного типа
<input type="radio"/>	Г	поражение артерий эластического типа
В	179	Снижение показателей общего холестерина у пациентов без ИБС рекомендуется до уровня:
<input type="radio"/>	А	4,5-5,0 ммоль/л
<input type="radio"/>	Б	2,0-3,5 ммоль/л
<input type="radio"/>	В	3,0-4,0 ммоль/л
<input type="radio"/>	Г	5,0-6,0 ммоль,л
В	180	Изолированная систолическая АГ у пожилых диагностируется при показателях АД:

<input type="radio"/>	А	систолическое выше 140 и диастолическое ниже 90 мм рт ст
<input type="radio"/>	Б	систолическое выше 180 и диастолическое ниже 90 мм рт ст
<input type="radio"/>	В	систолическое выше 200 и диастолическое ниже 90 мм рт ст
<input type="radio"/>	Г	систолическое выше 200 и диастолическое ниже 120 мм рт ст
В	181	17. Лекарственные препараты, повышающие уровень холестерина в крови
<input type="radio"/>	А	тиазидные диуретики
<input type="radio"/>	Б	антагонисты кальция
<input type="radio"/>	В	эстрогены
<input type="radio"/>	Г	ингибиторы АПФ
В	182	Какой препарат нежелательно применять для лечения АГ у 70-летнего больного с сопутствующей подагрой?
<input type="radio"/>	А	гипотиазид
<input type="radio"/>	Б	атенолол
<input type="radio"/>	В	верапамил
<input type="radio"/>	Г	верошпирон
В	183	Какой фактор является противопоказанием к назначению ингибитора АПФ по поводу АГ
<input type="radio"/>	А	гиперкалиемия
<input type="radio"/>	Б	пожилой возраст
<input type="radio"/>	В	гипокалиемия
<input type="radio"/>	Г	старческая астения
В	184	Дренажная функция бронхов снижается с возрастом в результате
<input type="radio"/>	А	атрофии бронхиального эпителия
<input type="radio"/>	Б	снижения перистальтики бронхов
<input type="radio"/>	В	снижения кашлевого рефлекса
<input type="radio"/>	Г	гипертрофии бронхиального эпителия
В	185	Возрастные рентгенологические изменения органов грудной клетки - это:
<input type="radio"/>	А	повышение прозрачности легочной ткани
<input type="radio"/>	Б	усиление бронхосудистого рисунка
<input type="radio"/>	В	уменьшение подвижности диафрагмы
<input type="radio"/>	Г	уменьшение прозрачности легочной ткани

6.1.2. Ситуационные задачи

Вид	Код	Текст названия элемента мини-кейса
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У		<p>Пациент 44 лет пришел на прием с жалобами на немотивированную слабость, некоторое похудание, ухудшение зрения, неприятные ощущения в области сердца, ноющие боли в ногах, особенно по ночам. Состояние прогрессивно ухудшается в течение последних 3- месяцев. Из анамнеза: болен ГБ, диагноз поставлен 4 года назад, принимает ИАПФ (эналаприл 10 мг 2 раза в сутки), лечится нерегулярно, АД = 140-150/90-95 мм рт.ст.; отец умер от инсульта; мать жива, страдает сахарным диабетом и ГБ, имеет лишний вес.</p> <p>При осмотре: несмотря на похудание имеет место висцеральное ожирение (ИМТ= 30,4 кг/м², ОТ=102 см); кожные покровы сухие; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; АД=160/90 мм рт.ст., тоны сердца ритмичные с частотой 90 ударов в 1 минуту.</p> <p>Данные минимума проведенного обследования: анализ крови: СОЭ 18 мм рт. ст., ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС= 90 ударов в 1 минуту, ГЛЖ; глюкоза плазмы натощак: 7,2 ммоль/л, анализ мочи: уд.вес- 1022, белок – отр., глюкоза отр., в осадке – без особенностей</p>
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	<p>Сахарный диабет 2 типа (глюкоза плазмы натощак: 7,2 ммоль/л), впервые выявленный. Диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей (боли в ногах, особенно по ночам).</p> <p>Висцеральное ожирение 1 степени. (ИМТ= 30,4 кг/м², ОТ=102 см).</p> <p>Гипертоническая болезнь 1 степени, 2 стадии, риск ССО 4.</p> <p>Диагноз ГБ установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (ГЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия висцерального ожирения 1 ст. (ИМТ= 30,4 кг/м², ОТ=102 см), АГ, гипергликемии натощак.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно и полностью обоснован.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертонии;
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Для верификации диагноза составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано провести анализ крови на HbA1c или исследование глюкозы плазмы при ПТТГ (для диагноза сахарного диабета требуется два нарушенных или отличных от нормы показателя углеводного обмена).
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
У		При дополнительном обследовании в анализе крови получен показатель HbA1c = 7,8%.
В	3	Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
Э	-	Сахарный диабет 2 типа (глюкоза плазмы натощак 7,2 ммоль/л;

		<p>HbA1c = 7,5%), впервые выявленный. Диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей (боли в ногах, особенно по ночам).</p> <p>Висцеральное ожирение 1 степени. (ИМТ= 30,4 кг/м², ОТ=102 см).</p> <p>Гипертоническая болезнь 1 степени, 2 стадии, риск ССО 4.</p> <p>Целевой уровень HbA1c ≤ 7,0%.</p>
P2	-	Диагноз обоснован не полностью
P1	-	Обоснование дано неверно.
P0	-	Диагноз не верен и не обоснован
В	4	План дальнейшего обследования и лечения больного с обоснованием назначений.
		<p>Рекомендации по обследованию:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Консультация окулиста (диабетическая ретинопатия ? стадия? (у больного ухудшилось зрение) • Креатинин плазмы и анализ мочи на микроальбуминурию и креатинин (диабетическая нефропатия? Стадия?) <p>На основании полученных данных дообследования: данных за диабетическую ретинопатию нет; диабетическая нефропатия, ХБП С1 А1 (расчетное СКФ 90 мл/мин/1,73 м² (Формула СКД-ЕРІ), МАУ=48 мг).</p> <p>Рекомендации по лечению:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рекомендовано посещение школы для больных сахарным диабетом • Соблюдение диетических рекомендаций и рекомендаций по физической активности (рекомендовано снижение массы тела на 1-2 кг за месяц) • Метформин 500 мг на ночь с титрацией дозы до оптимальной (назначение метформина приоритетно у больных сахарным диабетом 2 типа при сопутствующем висцеральном ожирении) • Антигипертензивная терапия осталась прежней: эналаприл 10 мг 2 р/сутки
Э	-	
P2	-	Выбрано верное лечение, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрано верное лечение, однако выбор не обоснован. или Рекомендуемое лечение неполное
P0	-	Ответ неверный
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 49 лет обратился с жалобами на частые симптомы гипогликемии в ночное время (кошмарные сновидения с потливостью, слабостью) и днем после завтрака и перед ужином (ГК до 3,5 ммоль/л).

		<p>Из анамнеза: СД-2 9 лет, компенсирован был на Диабетоне МВ 90 мг; при заболевании пневмонией (1 месяца назад) переведен на инсулинотерапию и выписан с общей дозой инсулина – 38 ед/сут: новорапид 8 ед 3 раза (п/з, п/об и п/у) и лантус 14 ед. в 22.00</p> <p>При осмотре: имеет висцеральное ожирение 2 ст. (ИМТ=38 кг/м², ОТ=104 см), за последний месяц прибавил в весе 2 кг; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; АД=165/90 мм рт.ст.)получает эналаприл 10 мг 2 раза в сутки), тоны сердца ритмичные с частотой 90 ударов в 1 минуту, единичные экстрасистолы; пастозность в области лодыжек.</p> <p>Пациент ведет дневник: гликемия колеблется от 3,5 до 15,5 ммоль/л; гипогликемия до 3,5 ммоль/л встречается через 2 часа после завтрака, перед сном и в 3-4 часа ночью; высокие уровни гликемии до 15 ммоль/л появляются после дополнительного приема 4-5 ХЕ на фоне гипогликемий.</p> <p>В справке, данной при выписки из стационара: осмотрен эндокринологом и сформулирован следующий диагноз: Основное заболевание: Сахарный диабет 2 типа (болен СД 9 лет, переведен на инсулинотерапию 38 ед/сут)</p> <p>Осложнения основного заболевания: Диабетические микроангиопатии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Диабетическая нейропатия, дистальная сенсорная (консультация невролога) - Диабетическая ретинопатия: 1-я стадия (непролиферативная) для правого и левого глаза (консультация офтальмолога) - Диабетическая нефропатия в стадии А2 (МАУ= 125 мг/сут), ХБПС2 (рСКФ = 61,43 мл/мин/1,73м² по формуле СКД-ЕРІ), ХПН 0. <p>Диабетические макроангиопатии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ИБС: стенокардия напряжения 1 КФК, атеросклеротический кардиоскле-роз, единичные желудочковые экстрасистолы. ХСН 1 (1 ФК по NYHA). - Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст., обусловленная атеросклерозом церебральных артерий с кохлео-вестибулярным синдромом (консультация невролога) <p>Сопутствующие заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Гипертоническая болезнь 1 степень, риск 4 - Дислиппротеидемия (ОХС – 5,3 и ХСЛНП-3,5 ммоль/л (ЦУ≤1,8) - Висцеральное ожирение 2 степень (ИМТ=38 кг/м², ОТ=104 см) - НАЖБП: стеатоз печени (АЛТ и АСТ – N) <p>Целевой уровень HbA1c ≤ 7,5%,,</p>
В	1	Сформулируйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	Рекомендуется: <ul style="list-style-type: none"> - ЭКГ (учитывая частые гипогликемии) - HbA1c (уточнить состояние углеводного обмена) - креатинин крови (определить рСКФ – для выбора ССП)
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
У		При дополнительном обследовании: <ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ – единичные экстрасистолы

		<ul style="list-style-type: none"> • HbA1c = 7,8%. • pСКФ = 65,8 мл/мин/1,73м2 по формуле СКD-EPI
В	2	Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Основное заболевание: Сахарный диабет 2 типа с частыми гипогликемиями (получает инсулин 45 ед/сут) Диагноз по осложнениям и сопутствующим заболеваниям – прежний (см. условия). Целевой уровень HbA1c \leq 7,5%</p>
P2	-	Диагноз верный и обоснован полно
P1	-	Обоснование дано неверно.
P0	-	Диагноз неверен и не обоснован
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина 26 лет обратилась с жалобами на ухудшение самочувствия в последние 3-4 месяца: сердцебиение, слабость, выраженную потливость; в последние 2 недели присоединились плаксивость, бессонница, тремор рук. За это время похудела на 3 кг (рост 168 см, вес 59 кг) и в последний месяц отметила отсутствие менструации (ранее были регулярными), живет половой жизнью около года, беременностей не было (использует методы контрацепции), тест на беременность дважды отрицателен.</p> <p>При осмотре: кожные покровы влажные, обычной окраски; при пальпации шеи определяется равномерно и симметрично увеличенная щитовидная железа, безболезненная при пальпации и эластичная по консистенции; положителен симптом Мебеуса (потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии);</p> <p>В легких дыхание везикулярной, хрипов нет; при аускультации сердца: единичные экстрасистолы, ЧСС=102 в 1 мин; АД= 145/70 мм рт.ст.; живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена; отеков на ногах нет. В позе Ромберга устойчива, наблюдается тремор кистей рук.</p> <p>Из анамнеза: мать оперирована по поводу заболевания щитовидной железы в возрасте 38 лет, отец болен гипертонической болезнью; пациентка проживает в йоддефицитном регионе.</p>
В	1	Ваш предварительный диагноз?
Э	-	Диффузный токсический зоб 1 степени с клиникой тиреотоксикоза средней степени тяжести?
P2	-	Верно
P1	-	Диагноз неполный
P0	-	Неверно
В	2	Обоснуйте предполагаемый диагноз
Э	-	Пациентка проживает в йоддефицитном регионе и у нее определяется диффузное симметричное увеличение щитовидной железы, которая при

		<p>пальпации безболезненна и эластичной консистенции, что говорит о наличии у пациентки эндемического зоба 1 степени; 3-4 месяца назад появились и нарастают симптомы тиреотоксикоза:</p> <p>- Жалобы: сердцебиение, слабость, выраженную потливость; в последние 2 недели присоединились плаксивость, бессонница, тремор рук; похудела на 3 кг (рост 168 см, вес 59 кг) и в последний месяц отметила отсутствие менструации (ранее были регулярными), живет половой жизнью около года, беременностей не было (использует методы контрацепции), тест на беременность дважды отрицателен</p> <p>- Данные осмотра: кожные покровы влажные, обычной окраски; положителен симптом Мебеуса (потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии); при аускультации сердца: единичные экстрасистолы, ЧСС=102 в 1 мин; АД= 145/70 мм рт.ст.; тремор кистей рук.</p>
P2	-	Обоснование верно и полно
P1	-	Обоснование неполное
P0	-	Обоснование неверное
В	3	План обследования для подтверждения диагноза
Э	-	Рекомендуется: Анализ крови на ТТГ и свободный Т4; УЗИ щитовидной железы
P2	-	План обследование полный и верен
P1	-	План неполный
P0	-	Неверно
у		При обследовании получены данные: ТТГ – не определяется; свободный Т4= 29,5 пмоль/л (норма 11,5-22,0 пмоль/л); УЗИ щитовидной железы: увеличение обеих долей щитовидной железы, узловых образований не обнаружено, общий объем щитовидной железы 28 см ³
В	4	Сделайте заключение по результатам обследования.
Э	-	Диффузный токсический зоб 1 степени с клиникой тиреотоксикоза подтвержден дополнительными методами обследования. Степень тяжести определяется выраженностью клинических проявлений: единичные экстрасистолы, ЧСС=102 в 1 мин; АД 145/70 мм рт.ст.; тремор кистей рук.
P2	-	Верно
P1	-	Верно, но неполно
P0	-	Не верно
В	5	План лечения данной пациентки
Э	-	<p>Рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Терапия тиреостатиками: тиамазол 20 мг/сут, • Бета-адреноблокаторы неселективные (анаприлин 40-80 мг/сут) • при улучшении состояния (снижение тахикардии и всех клинических симптомов) дозу тиреостатика уменьшают на 5 мг в сутки каждые 7-10 дней и отменяют постепенно бета-блокаторы • дозу тиамозола уменьшают до поддерживающей 10 мг в

		сутки и оставляют на 12-18 месяцев. Более быстрое снижение дозы тиамозола и более ранняя его полная отмена приведет к рецидиву заболевания. <ul style="list-style-type: none"> • рекомендуется воздержаться от планирования беременности до окончания курса лечения
P2	-	План полный и верный
P1	-	План неполный
P0	-	Неверный
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 22 лет, студентка, обратилась на прием с жалобами на слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности (снизилась успеваемость в институте), отечность кистей рук и лица, запоры (пользуется слабительными, в последний месяц - даже очистительными клизмами), отсутствие менструаций в течение полугода (ранее были регулярными, не замужем и половой жизнью не живет).</p> <p>Считает себя больной в течение последнего года.</p> <p>При осмотре: пастозность лица, некоторая отечность кистей рук и голеней; при росте 170 см вес = 68 кг (за последний год прибавила в весе 4 кг); кожные покровы сухие с гипекератозом в области левого сустава; на боковой поверхности языка – отпечатки зубов (язык отечный); щитовидная железа не увеличена при осмотре и при пальпации, узловых образований нет; глазные симптомы (Мебиуса, Кохера, Грефе) отрицательны; периферические лимфоузлы не пальпируются; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=62 в 1 минуту, АД=110/60 мм рт.ст.; живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена; симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Температура тела 36,2°C.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте
Э	-	Первичный манифестный гипотиреоз в стадии декомпенсации можно поставить на основании всех жалоб больной и данных осмотра (сухость кожных покровов и отечность разных локализаций; тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=62 в 1 минуту, АД=110/60 мм рт.ст.)
P2	-	Верно и обосновано
P1	-	Не обосновано
P0	-	Неверно и не обосновано
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
Э	-	<p>Рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови и мочи • Анализ кров на ТТГ и свободный Т4 • УЗИ щитовидной железы

P2	-	План составлен верно
P1	-	План не полный
P0	-	План неверный
У		<p>При дополнительном обследовании:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови: эритроциты $4,8 \times 10^{12}/л$ ($3,5-4,7 \times 10^{12}/л$), гемоглобина - 132 г/л; СОЭ - 8 мм/ч. • Анализ мочи без особенностей • ТТГ – 15,7 мкМЕ/мл (норма 0,4- 4,0 мкМЕ/л) , Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л (норма 11,5-22,0 пкмоль/л) ; АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0-30). • УЗИ щитовидной железы: V общ. –5, 8 см³ (8,3-18,0). Структура диффузно-неоднородна, эхогенность повышена.
В	3	Сформулируйте диагноз
Э	-	Первичный манифестный гипотиреоз в стадии декомпенсации
P2	-	Верно
P1	-	Верно, но не полно
P0	-	Неверно
В	4	Составьте и обоснуйте план лечения
Э	-	<p>Рекомендуется заместительная терапия тиреоидными гормонами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Расчет целевой дозы левотироксина 1,6-1,8 мкг /кг в сутки, учитывая молодой возраст и отсутствие сердечно-сосудистой патологии можно начать сразу с расчетной дозы 1,6 мкг x 73= 108 мкг/сут. т.е. можно дать 100 мкг/сут • Левотироксин 100 мкг принимать однократно за 30 минут до завтрака натощак постоянно длительно
P2	-	правильно
P1	-	неполный ответ
P0	-	неверно
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент 35 лет обратился на прием к врачу с жалобами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на боли в эпигастральной области, возникающие на «голодный» желудок, иногда и в ночное время, несколько успокаивающиеся после принятия пищи; на почти постоянную изжогу, отрыжку кислым. <p>Из анамнеза: ранее бывали боли в эпигастрии, но лечился самостоятельно (принимал альмагель) и не обследовался; ухудшение состояния в течение последних 2 недель (с конца октября), за это время похудел на 1 кг.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> Отец страдал язвой желудка, оперирован по поводу рака желудка (умер через 6 месяцев после операции полгода назад); мать страдает гипертонической болезнью. Пациент питается нерегулярно, много курит, злоупотребляет кофе <p>При осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски; ИМТ=26 кг/м²; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст.; живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет; симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.</p>
В	1	Ваш предположительный диагноз и его обоснование
Э	-	Хронический хеликобактер-индуцированный гастрит (у отца, вероятнее всего, был хеликобактер-индуцированный гастрит, осложненный раком желудка, и наш больной инфицировался микробом <i>Helicobacter pylori</i> уже в раннем детстве), возможно, осложненный язвой желудка или 12-перстной кишки. Учитывая постоянную изжогу нельзя исключить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.
P2	-	Верно и полно
P1	-	Неполный ответ
P0	-	Неверно
В	2	Ваш план обследования больного
Э	-	<p>Рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> анализ крови на СОЭ, лейкоциты и гемоглобин эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС): состояние слизистой пищевода ; состояние слизистой оболочки желудка и ДПК, наличие язв и тест на наличие <i>H. pylori</i>.
P2	-	Верно и полно
P1	-	Неполный ответ
P0	-	Неверно
У		<p>При обследовании получены следующие данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> В анализе крови без особенностей. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки антрального отдела желудка утолщены, извиты. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на

		наличие <i>H. pylori</i> – положительный.
В	3	Сформулируйте окончательный диагноз
Э	-	Данные обследования подтвердили предположения: Основной диагноз: Язвенная болезнь ДПК (острая малая язва (0,5 см) на задней стенке луковицы) в фазе обострения вследствие хронического хеликобактр-индуцированного гастрита; Сопутствующие заболевания: ГЭРБ, катаральный эзофагит.
P2	-	Верно и полно
P1	-	Неполный ответ
P0	-	Неверно
В	4	Ваш план лечения и его обоснование.
Э	-	Рекомендации: <ul style="list-style-type: none"> Провести эрадикацию <i>H.p.</i> Поскольку больной ранее не лечился можно выбрать схему 1-й линии: ИПП 2 раза в день за 30 минут до завтрака и до ужина (рабепразол 20 мг 2 раза в день или эзомепразол по 40 мг 2 раза в день – именно эти ИПП дают быстрый и сильный эффект на снижение кислотности желудочного сока) + амоксициллин 1000 мг 2 р/день (в завтрак и ужин) + кларитромицин 500 мг 2 р/день (после завтрака и ужина). Для повышения эффективности эрадикации + препараты висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день для лучшей переносимости терапии с 2-мя антибиотиками включить препараты, улучшающие состояние микробиоценоза кишечника: закофальк по 1 табл. 3 р/ден, курс – минимум 10 дней, а для получения более высокой эффективности эрадикации 14 дней.
P2	-	Верно и полно
P1	-	Неполный ответ
P0	-	Неверно
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная 33 лет обратилась с жалобами: - на запоры (самостоятельные стул не чаще 2-х раз в неделю с чувством неполного опорожнения, пользуется периодически слабительными: препараты сенны, дульколак в свечах); проблема запоров возникла еще в юности и обострилась после медицинского аборта год назад; - постоянный метеоризм (самостоятельно ежедневно выпивает 1-2 капсулы эспумизана) - последние 3- месяца появился абдоминальный болевой синдром, боли постоянные ноющие без четкой локализации, несколько уменьшаются после опорожнения кишечника и провоцируются психоэмоциональными факторами

		<p>- стала более раздражительна, снизился интерес к работе и жизни, появилась замкнутость, но сон не нарушен и болевой синдром ночью не беспокоит; больная не теряет в весе</p> <p>Наследственность по раку кишечника и ВЗК не отягощена.</p> <p>При осмотре: температура нормальная; кожные покровы чисты, обычной окраски; ИМТ=26 кг/м²; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца ритмичные чисты, ЧСС=78 в 1 минуту, АД=120/70 мм рт ст.; живот мягкий, при пальпации болезненность по ходу толстого кишечника, особенно в области сигмовидной кишки; отеков на ногах нет; в позе Ромберга устойчива.</p>
В	1	Ваш предварительный диагноз и его обоснование
Э	-	Учитывая жалобы и анамнез больной (абдоминальный болевой синдром, уменьшающийся после дефекации; длительное течение - упорные запоры с юности; метеоризм; симптомы депрессии) и данные осмотра (болезненность при пальпации по ходу кишечника) можно поставить предварительный диагноз: синдром раздраженного кишечника с запорами.
P2	-	Верно и полно
P1	-	Неполный ответ
P0	-	Неверно
В	2	Какие методы обследования следует провести больной и консультации каких специалистов следует назначить?
Э	-	<p>Рекомендуется провести:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Клинический (ОАК, ОАМ) и биохимический анализы (печеночные пробы, амилаза, диастаза) - Анализ кала: скрытая кровь, на простейшие и яйца гельминтов, копрограмма, исследование кала на дисбиоз кишечника - УЗИ органов брюшной полости и малого таза; ректороманоскопия, ирригоскопия, консультация гинеколога
P2	-	Верно и полно
P1	-	Не полный ответ
P0	-	Неверно
У		<p>По данным обследования пациентки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Клинический и биохимический анализы без отклонений от нормы - Анализ кала: скрытая кровь –отриц., на простейшие и яйца гельминтов – не обнаружены, копрограмма – вариант нормы - Исследование кала на дисбиоз кишечника: изменено по отношению к норме содержание коли- и лакто- бактерий. - УЗИ органов брюшной полости и малого таза: патологии не выявлено - Ректороманоскопия: без отклонений от нормы - Ирригоскопия – данных за патологии не обнаружено - Консультация гинеколога: в настоящее время без патологии
В	3	Ваш окончательный диагноз?
Э	-	Окончательный диагноз: синдром раздраженного кишечника с запорами
P2	-	Верно и полно
P1	-	Не полный ответ
P0	-	Неверно
В	4	План лечения пациентки

Э	-	<p>Рекомендации по образу жизни (ОЖ): Ежедневная физическая активность (способствует повышению перистальтической активности кишечника). Придерживаться правил: соблюдение режима приема пищи - особенно важным является прием завтрака; регулярное опорожнение кишечника после завтрака (активность толстого кишечника нарастает после пробуждения и после еды) Восстановить адекватный прием пищевых волокон (30-35 г/сутки) и жидкости Медикаментозная терапия, если рекомендации по образу жизни будут недостаточны: - лекарственные препараты пищевых волокон: мукофальк по 1 пор. 2-3 раза в сутки - назначение пре-, про- биотиков или метабиотиков - для коррекция болевого синдрома – спазмолитики = продолжить прием симетикона (эспумизан) для снятия метеоризма.</p>
P2	-	Верно и полно
P1	-	Неполный ответ
P0	-	Неверно
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 56 лет обратилась с жалобами на постоянные ноющие боли в верхней половине живота и правом подреберье, усиливающиеся после погрешности в диете (острые и жирные блюда, свежие пироги, салаты, холодные шипучие напитки), постоянный метеоризм, периодически диарея, за последние полгода похудела на 2 кг.</p> <p>Из анамнеза; в 45 лет оперирована по поводу калькулезного холецистита, после чего через 3-6 месяцев появились симптомы диспепсии и боли в верхней половине живота; при соблюдении диеты и приеме спазмолитиков и ферментов состояние улучшалось.</p> <p>При осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски; ИМТ =27 кг/м²; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца приглушены, ритмичные, чисты, ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст.; язык влажный, у корня обложен белым налетом, при пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии, в правом подреберье, в панкреатодуоденальной зоне (положительный симптом Дежардена и болезненность в зоне Шоффара); симптомов раздражения брюшины нет; при перкуссии живота — тимпанит; печень выступает из-под рёберной дуги на 2-3 см, край умеренной плотности, безболезненный; симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.</p>
В	1	Ваш предварительный диагноз и обоснование его.
Э	-	ПХЭС (дисфункция сфинктера Одди). Хронический билиарный панкреатит в фазе обострения с внешнесекреторной недостаточностью средней степени тяжести.
P2	-	Верно и полно
P1	-	Не полный ответ
P0	-	Неверно

В	2	План обследования больного
Э	-	<p>Рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови с ретикулоцитами • Амилаза крови и диастаза мочи (при возможности эластаза в кале) • Биохимия крови: общий белок, альбумин, билирубин, АЛАТ, АСАТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза • Копрологическое исследование • УЗИ органов брюшной полости (печени и поджелудочной железы), при возможности МРТ поджелудочной железы • ФГДС: состояние сфинктера Одди
P2	-	Верно и полно
P1	-	Неполный ответ
P0	-	Неверно
У		<p>Данные обследования больного:</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9/л$; СОЭ – 14 мм/ч.</p> <p>Биохимия крови: общий билирубин – 7,8 мкмоль/л; непрямой билирубин – 6,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 16 ед/л; ЩФ – 182 ед/л (норма 39-117 МЕ/л); глюкоза – 5,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза сыворотки крови – 286 МЕ/л (норма 25-220 МЕ/л);</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень несколько увеличена, контуры ровные, эхогенность диффузно повышена, структура не изменена. Желчного пузыря нет. Поджелудочная железа: размеры головки несколько увеличены, контуры неровные, отмечается гетерогенность паренхимы. Панкреатический проток не расширен.</p> <p>ФГДС: синдром холестаза (повышение ЩФ) вследствие дисфункции сфинктера Одди (данные ФГДС).</p>
В	3	Сформулируйте окончательный диагноз
Э	-	Учитывая данные дополнительного обследования (повышение амилазы крови и данные УЗИ) основным диагнозом можно считать: хронический панкреатит (билиарнозависимый) 3 стадия (персистирующая болевая форма) в фазе обострения. ПХЭС: синдром холестаза вследствие дисфункции сфинктера Одди.
P2	-	Верно и полно
P1	-	Неполный ответ
P0	-	Неверно
В	4	План лечения и обоснование его
Э	-	<p>Рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Строгое соблюдение диеты и режима питания (3 основных и 3 дополнительных приема пищи в течение дня; с полным

		<p>исключением алкоголя и продуктов, усиливающих болевой синдром: острых жирных и т.д.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Для снятия болевого синдрома: НПВП в течение 5-7 дней и спазмолитики • Прием ферментов (микротаблетированных или микрокапсулированных) в дозе 25000 ед липазы на основной прием пищи и 10000 ед липазы на дополнительный прием пищи не менее 2-4-х недель • С целью устранения синдрома холестаза препараты УДХК (урсофальк в суточной дозе 10 мг/кг веса на ночь)
P2	-	Верно и полно
P1	-	Не полный ответ
P0	-	Неверно
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент 26 лет пришел на прием с жалобами на выраженную слабость, прогрессирующую потерю веса (за последние 2 недели похудел на 4 кг); ухудшение зрения; выраженную сухость в ротовой полости, постоянную жажду, тошноту; ноющие боли в ногах, особенно по ночам.</p> <p>Из анамнеза: частые ОРВИ, месяц назад перенес вирусный паротит; больных сахарным диабетом среди родственников нет.</p> <p>При осмотре: кожа уха, запах ацетона изо рта, вес 70 кг при росте 172 см (ИМТ = 24 кг/м², в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; АД=105/70 мм рт.ст., тоны сердца ритмичные с частотой 100 ударов в 1 минуту; живот мягкий, при пальпации слегка болезненный во всех отделах, отеков на ногах нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	<p>Учитывая жалобы больного на постоянную сухость во рту и выраженную жажду, сопровождающиеся слабостью и потерей веса можно думать о сахарном диабете 1 типа (учитывая возраст больного и ИМТ). Запах ацетона изо рта – это основной признак ацетонемии, острого осложнения сахарного диабета – диабетической ацетонемии. Указание на перенесенный месяц назад вирусный паротит, подтверждает диагноз СД 1 типа, поскольку известно, что вирусный паротит провоцирует развитие СД 1 типа</p>
P2	-	Диагноз верен и верно дано обоснование.
P1	-	Диагноз верен, но обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно и не обоснован.
В	2	Для верификации диагноза обоснуйте план обследования пациента.
Э	-	Экстренно: экспресс-анализ гликемии и анализ любой порции мочи на кетоновые тела

P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полностью.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
У		При экспресс-анализе гликемия 26 ммоль/л, в порции мочи – кетоновые тела +++.
В	3	Укажите дальнейший план ведения больного
Э	-	<p>Окончательный диагноз: сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный, осложненный диабетическим кетоацидозом.</p> <p>Больному показана срочная госпитализация: при диабетическом кетоацидозе лечение проводится в эндокринологическом/терапевтическом отделении.</p> <p>На догоспитальном этапе рекомендуется провести следующие лечебные мероприятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0,9% раствор хлорида натрия в/в капельно со скоростью 1 л/час • Инсулин короткого действия из расчета 0,15 ед на 1 кг веса в/в медленно – 10 ед
P2	-	План ведения больного полный
P1	-	План ведения больного дан не полностью.
P0	-	План неверный
В	4	Прогноз для больного СД 1 типа
Э	-	После выхода пациента из состояния кетоацидоза больному будет подобран базис-болюсный режим инсулинотерапии.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неверный
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 23 лет обратилась с жалобами на частый (до 6 раз в сутки) жидкий стул со слизью и примесями крови (иногда просто слизь с кровью), тенезмы, боли в животе разлитого характера; выраженная слабость, похудела за последний месяц на 3 кг; субфебрилитет с подъемом до высоких цифр, головокружение.</p> <p>Анамнез заболевания: впервые тенезмы и жидкий стул с кровью и слизью появился 3-4 месяца назад после погрешности в диете (обильный званый ужин) и через 3-4 дня все прошло. Но через 2 месяца все повторилось и последние 2 месяца симптоматика только нарастала: тенезмы и диарея беспокоили чаще; появился постоянный субфебрилитет с подъемами температуры до высоких цифр, начала терять в весе и нарастала слабость.</p> <p>Из анамнеза: в детстве перенесла ветряную оспу, коклюш, дизентерию (сама не помнит, со слов матери); вензаболевания и</p>

		<p>туберкулез отрицает; аллергологический анамнез отсутствует; желтухой не болела.</p> <p>При осмотре: кожные покровы бледные, чистые; рост 165 см, вес 60 кг (ИМТ = 22 кг/м²), щитовидная железа не увеличена, увеличенных лимфоузлов нет; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; АД=100/65 мм рт.ст., тоны сердца ритмичные с частотой 100 ударов в 1 минуту, систолический шум на верхушке; живот мягкий, при пальпации слегка болезненный в левой подвздошной области; отеков на ногах нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	<p>Учитывая жалобы больной нарастающие по выраженности в течение последних 3-4 месяцев (тенезмы и жидкий стул с примесями слизи и крови до 6 раз в сутки, потеря в весе, температура от субфебрильных до высоких цифр, нарастающая слабость) и данные осмотра (бледность кожных покровов, систолический шум на верхушке; болезненность в левой подвздошной области можно предположить</p> <p>Диагноз: «ВЗК: неспецифический язвенный колит, острое течение с постепенным началом (менее 6 месяцев от начала заболевания), осложненный постгеморрагической анемией ?»</p>
P2	-	Диагноз верен и верно дано обоснование.
P1	-	Диагноз верный, но обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно и не обоснован.
В	2	Тактика врача общей практики?
Э	-	<p>Провести обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • общий анализ крови и мочи; • содержание железа в сыворотке крови • фекальный кальпротектин
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полностью.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	3	<p>Данные обследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ОАК: гемоглобин 108 г/л, СОЭ= 22 мм/час; ОАМ – без особенностей; содержание железа в сыворотке 6,8 ммоль/л (норма 7,16-26,8 ммоль/л) • Фекальный кальпротектин (при возможности проведения) – 450 мкг/л (норма < 50 мкг/л)
Э	-	<p>Данные обследования убеждают в предположительном диагнозе. Рекомендуется направить больную для дальнейшего обследования с целью окончательного подтверждения диагноза и проведения дифференциальной диагностики к гастроэнтерологу или в стационарное гастроэнтерологическое отделение.</p> <p>Направительный диагноз: «ВЗК: неспецифический язвенный колит, острое течение с постепенным началом (менее 6 месяцев от начала заболевания), средняя степень тяжести (стул более 5 раз в сутки,</p>

		температура, анемия, СОЭ), осложненный постгеморрагической анемией, средней степени тяжести»
P2	-	План ведения больного полный
P1	-	План ведения больного дал не полностью.
P0	-	План неверный
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 38 лет обратилась на прием с жалобами на боли в поясничной области, выраженную слабость, появление температуры до 37,6°C.</p> <p>Из анамнеза: впервые такие симптомы появились осенью 2 года назад после сильного переохлаждения, обратилась в аптеку, порекомендовали прием ципрофлоксацина, через 2-3 дня все прошло, к врачу не обращалась. Но после этого 1-2 раза в год после переохлаждения начали беспокоить циститы (боли внизу живота и болезненное и учащенное мочеиспускание), которые сопровождалось ощущением дискомфорта и тяжести в поясничной области, также принимала ципрофлоксацин (3-4 дня до стихания симптомов). Настоящее обострение также появилось после переохлаждения, но протекает с более выраженной симптоматикой, что заставило пациентку обратиться к врачу.</p> <p>При осмотре: температура 37,4°C ; кожные покровы чистые, обычной окраски; вес 68 кг при росте 162 см; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не изменены, тоны сердца чистые, ритмичные 74 удара в 1 минуту, АД 160/95 мм рт ст.; живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются; поколачивание по поясничной области болезненно с обеих сторон.</p>
В	1	Предположительный диагноз и его обоснование
Э	-	Учитывая жалобы больной (боли в поясничной области, повышение температуры до субфебрильных цифр) можно думать об остром пиелонефрите. Но наличие в анамнезе подобных клинических симптомов 2 года назад и повторяемость их при обострениях цистита (со слов больной) свидетельствуют о хроническом пиелонефрите в фазе обострения.
P2	-	Диагноз верен и верно дано обоснование.
P1	-	Диагноз верен, но обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно и не обоснован.
В	2	Для верификации диагноза обоснуйте план обследования пациента.
Э	-	<p>Для подтверждения диагноза рекомендуется обследование:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ крови: для обострения хронического пиелонефрита характерно: повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, иногда лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анемия. 2. Анализ мочи: для обострения хронического пиелонефрита характерно: лейкоцитурия (нейтрофильная), бактериурия (количество микробов более 10^5 в 1 мл мочи), протеинурия обычно

		<p>небольшая; микрогематурия, цилиндрурия.</p> <p>3. Бактериологическое исследование мочи (посев) с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам у нашей пациентки желательны, вследствие рецидива обострения хронического пиелонефрита.</p> <p>4. Необходимо исключить факторы, которые способствуют развитию осложнений хронического пиелонефрита:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определение уровня глюкозы в крови (исключить сахарный диабет) • Тест на беременность (исключить беременность) • Определение в крови концентрации креатинина и мочевины (возможно повышение при осложненном пиелонефрите). <p>5. УЗИ почек: среди поздних проявлений для хронического пиелонефрита характерно уменьшение размеров, повышение эхогенности, деформация и расширение чашечно-лоханочной системы, бугристость контуров почки, асимметрия размеров и контуров.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полностью.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
У		<p>Данные обследования:</p> <p>Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты – $11,2 \times 10^9$/л, СОЭ 25 мм в час; глюкоза плазмы 5,8 ммоль/л.</p> <p>Общий анализ мочи: желтая, мутная, удельная плотность – 1025, реакция – слабо щелочная, белок – 1,1 г/сут; сахар – отрицателен, эпителий плоский – до 10 в п/зр, лейкоциты – до 12 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр.</p> <p>Биохимический анализ крови – мочевина 7,5 мм/л, креатинин – 105 мкм/л.</p> <p>Бактериологическое исследование мочи – высеян энтерококк, концентрация микробных тел - 10 в 6-ой степени в 1 мл мочи (норма - количество микробов менее 10^5 в 1 мл мочи).</p> <p>УЗИ почек – обе почки нормальных размеров, чашечно-лоханочная система правой и левой почки не изменена. Конкрементов нет.</p> <p>Тест на беременность отрицателен.</p>
В	3	Сформулируйте окончательный диагноз
Э	-	Хронический пиелонефрит в фазе обострения (хроническое течение заболевания подтверждают данные УЗИ, обострение подтверждают клинический анализ крови и общий и бактериологический анализ мочи)
P2	-	Диагноз и обоснование верны
P1	-	Диагноз верен, обоснование дано не полностью.
P0	-	Диагноз неверный
В	4	План лечения больной с обоснованием его.

Э	-	<p>Учитывая отсутствие осложнений хронического пиелонефрита лечение можно провести в амбулаторных условиях.</p> <p>Рекомендуемые антибактериальные ЛС амбулаторно с учетом данных бактериологического исследования мочи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Препараты выбора: фторхинолоны (левофлоксацин внутрь 0,5-0,75 г 1 раз в сут), амоксициллин/клавулат нат внутрь 0,625 г 3 р/сут или 1,0 г 2 р/сут • Альтернативные препараты: цефалоспорины 2-го и 3-го поколения (цефисуим внутрь 0,4 г 1 раз/сут). <p>Ампициллин, ко-тримоксазол и цефалоспорины первого поколения не следует использовать ввиду высокой резистентности к ним микроорганизмов.</p> <p>В случае мультирезистентности микроорганизмов, при неадекватном клиническом ответе на лечение необходимо проводить сочетанную антибактериальную терапию и парентеральное введение антимикробных препаратов в условиях стационара.</p> <p>Стандартная длительность антибактериальной терапии 10-14 дней.</p>
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неверный
Н	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Вызов на дом к больному 46 лет. Жалобы на появление желтого окрашивания склер и темной мочи нарастающее в течение последних 7-10 дней, слабость, носовое кровотечение, увеличение в размерах живота, в последние 3 дня родственники заметили неадекватное поведение - бессонницу по ночам, сонливость в течение дня, забывчивость, неряшливость, неопрятность.</p> <p>Анамнез: алкоголь употребляет более 10 лет, в последние 6 мес. по 23-25 стандартных доз/порций в неделю. 15 лет назад перенес ВГВ, после выписки из стационара не наблюдался.</p> <p>При осмотре – состояние средней тяжести, рост 177, вес – 58, ИМТ – 17, сознание ясное, но слегка заторможен. Иктеричность склер, желтуха кожи и слизистых неяркая, подкожные геморрагии. Сосудистые звездочки на коже груди, пальмарная эритема. Отеки голеней в нижней трети и передней брюшной стенки. Асцит напряженный, печень +6 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии, плотная, безболезненная, размеры по перкуссии 150x120x75 мм, селезенка – четко пальпируется плотный край, по перкуссии размеры – 180 x 135 мм. Стул - окраска обычная, моча цвета пива, мочится редко (со слов).</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз
Э	-	Цирроз печени, смешанного генеза (алкоголь+ ВГВ?), класс С по Чайлд-Пью, портальная гипертензия (спленомегалия, асцит), печеночно-клеточная недостаточность (геморрагический синдром, печеночная энцефалопатия латентная).

		Цирроз печени токсико-метаболического генеза, класс В по Чайлд-Пью, спленомегалия, асцит. Хронический алкогольный гепатит, портальная гипертензия, асцит.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть синдромов упущена, не оценены данные эпид. анамнеза
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз цирроза печени поставлен на основании жалоб и клинической симптоматики-желтуха печеночного типа, гепатоспленомегалия, асцит, геморрагический синдром, , внепеченочная симптоматика (сосудистые звездочки, пальмарная эритема), трофологическая недостаточность. Длительное употребление алкоголя в высоких дозах предполагают алкогольный генез заболевания. Однако, нельзя не учитывать указания на перенесенный в прошлом ВГВ, не исключено хроническое течение и «вклад» вируса ГВ в формирование цирроза печени. Тяжесть цирроза печени оценена предварительно как класс С в связи с наличием напряженного асцита, печеночно-клеточной недостаточностью (энцефалопатия, геморрагический синдром)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не дано обоснование клинических синдромов и степени тяжести цирроза печени или не указаны этиологические причины
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план дальнейшего обследования больного
Э	-	Рекомендовано: Для оценки выраженности синдрома портальной гипертензии: ФГДС с оценкой ВРВП, УЗИ ОБП (размеры и структура печени, селезенки, диаметра портальной и селезеночной вен), выраженность асцита. Рентгенография ОГК (оценить наличие гепатопульмонального синдрома, плеврального выпота). Фиброэластометрия печени – оценка степени фиброза. Фиброз 4 степ. доказывает наличие цирроза печени. ОАК, биохимические тесты (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, альбумин, гамма-глобулины, МНО/ПВ, глюкоза, ХС. В ОАК обращают внимание на проявления гиперспленизма (лейко-эритро-тромбоцитопения). Маркеры ВГВ, ВГС. Психометрические тесты для выявления степени ПЭ. С целью диагностики степени и скорости задержки жидкости - учет диуреза, веса , измерение окружности живота
P2	-	План дополнительного составлен и обоснован полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен , но обоснование необходимости разных видов обследования не дано Или План дополнительного обследования составлен не полностью
P0	-	План дополнительного обследования составлен не верно
В	4	Назначьте и обоснуйте лечение на старте терапии

Э	-	Для коррекции основных патологических синдромов, выявленных при первичном осмотре больного рекомендовано: Диета с ограничением жидкости до 1000 мл/сут. и соли до 5 г/сут., белок – 50 г/сут. Спиринолактон в высоких дозах (по 200-400 мг/сут.), при необходимости – добавить торасемид 10-20 мг. Нарушение синтеза витамина К в печени и высоковероятная тромбоцитопения, лежащие в основе геморрагического синдрома , требуют назначения препаратов викасол, этамзилат в/м. Дезинтоксикационную терапию в/в целесообразно проводить препаратами 5% глюкозы, метионина, альбумина. Из гепатопротекторов при декомпенсированном циррозе печени – адеметионин.
P2	-	Назначенное лечение обосновано и полностью верно
P1	-	Назначенное лечение правильно, но нет обоснования его назначения или назначенное лечение не является полным
P0	-	Назначенное лечение не обосновано и не верно
Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вызов врача на дом. Больной, юноша 21 года, студент, предъявляет жалобы на озноб, температуру тела до 39°C, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломоту в теле, в костях, боли в горле. К концу первого дня заболевания появилась заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. Хронические заболевания – отрицает. Аллергологический анамнез – в детстве на пенициллин (сыпь). Непереносимость других лекарственных препаратов отрицает. Эпид.анамнез: в студенческой группе есть заболевания ОРВИ, заболевания зарегистрированы в период неблагоприятной эпидситуации по гриппу. Эпидемический порог превышен в 3 раза. При объективном осмотре на второй день болезни: состояние средней тяжести, рост – 185, вес – 78. Гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов конъюнктивы, заложенность носа, в зеве разлитая гиперемия мягкого неба, дужек, миндалин, задней стенки глотки, язычка. На мягком небе—милиарная зернистость. Сыпи нет. В легких — жесткое дыхание, хрипов нет, ЧД – 22 в мин., ЧСС 102 удара в минуту, пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный. Тоны сердца приглушены. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет. Мочился. Стула нет со вчерашнего дня.
В	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	Грипп, типичная форма, средне-тяжелое течение.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью Или неправильно оценена тяжесть болезни.
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Обоснование диагноза проведено на основании оценки данных эпиданамнеза (контакт с больными респираторной инфекцией в период неблагоприятной по гриппу эпидемиологической ситуации); клинической симптоматики – острое начало, высокая лихорадка, наличие интоксикационного и катарального синдромов (головная боль, слабость, миалгии, фарингит, ринит, трахеит), жесткого дыхания в легких при отсутствии хрипов, умеренной артериальной гипотензии. Уровень ЧСС и ЧД соответствует повышению T° тела.
P2	-	Диагноз обоснован верно, полностью
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не дано обоснование некоторых клинических синдромов,
P0	-	Диагноз обоснован не верно
В	3	Составьте план ведения и лабораторного обследования больного.
Э	-	<p>Решение о госпитализации или амбулаторном лечении больного врач решает на основании оценки тяжести состояния больного или принадлежности к группам риска. К группам риска относятся следующие контингенты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дети в возрасте до 5 лет (особенно до 2 лет) • Пожилые люди старше 65 лет • Беременные женщины • Пациенты, страдающие следующими заболеваниями: хронические заболевания легких, сердечно-сосудистые, заболевания почек, печени, системы крови, нервной системы, метаболическими нарушениями (сахарный диабет, морбидное ожирение с ИМТ более 40кг/м² и, возможно, 30-39) • Пациенты с иммуносупрессией, в т.ч. с ВИЧ • Пациенты в возрасте до 19 лет, получающие длительную терапию аспирином (риск с.Рея) <p>Наш пациент к этим контингентам не относится. Течение заболевания и состояние на момент осмотра – средне-тяжелые. Принято решение об амбулаторном лечении. Ежедневно должна проводиться термометрия. Лабораторное обследование должно включать: ОАК, ОАМ. Назначено лечение – обильное витаминизированное питье, парацетамол или ибупрофен при лихорадке выше 39°С, оселтамивир по 75 мг 2 раза в день – 5 дней, ингавирин – по 90 мг 1 раз в день – 5-7 дней. При сильной заложенности носа - адrenomиметики в виде инстилляций в носовые ходы (ксилометазолин).</p>
P2	-	План ведения и обследования составлен полностью верно.
P1	-	План ведения и обследования составлен не полностью
P0	-	План ведения и обследования составлен не верно
В	4	Через 5 дней от начала заболевания самочувствие улучшилось, T° тела

		<p>снизилась до 37,6° С, однако появился кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, в легких справа в средней доле определяется участок крепитирующих хрипов, ЧД-20 в мин., ЧСС – 78 в мин., АД 120/80. В ОАК (на 4 день болезни): Hb - 135 г/л; Эритроциты (RBC): $4,8 \times 10^{12}/л$; ЦП: 0,90; Лейкоциты (WBC): $2,9 \times 10^9/л$, Лимфоциты 40%; Тромбоциты (PLT): $250 \times 10^9/л$, СОЭ 37 мм/ч.</p> <p>Оцените результаты обследования, уточните диагноз и дальнейшую тактику ведения больного.</p>
Э	-	<p>Общая положительная динамика в самочувствии и общем состоянии больно указывают на обратное развитие вирусной инфекции. Однако изменение характера мокроты на слизисто-гнойный, определение в легких очага крепитирующих хрипов, воспалительные изменения в ОАК указывают на бактериальное осложнение в виде правосторонней очаговой пневмонии. Состояние больного удовлетворительное, дыхательной недостаточности нет. Решено продолжить амбулаторное лечение. Обращает внимание Le-пения в ОАК, которая обусловлена вирус-индуцированной иммуносупрессией и наряду с пневмонией требует назначения антибиотикотерапии – левофлоксацин 1000 мг/сут., пробиотики, карбоцистеин. Дообследование – рентгенография ОГК.</p>
P2	-	Оценка результатов обследования и тактика ведения определены верно и полностью
P1	-	Оценка результатов обследования является неполной или Тактика ведения больного неверная.
P0	-	Оценка результатов обследования и тактика ведения не верные.
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>К врачу обратилась женщина 55 лет, индивидуальный предприниматель, с жалобами на сухость и чувство горечи во рту, эпизодические, практически ежедневные боли через после еды и постоянное чувство тяжести в правом подреберье в течение последнего года. Ухудшение самочувствия в течение 5 дней после небольших погрешностей в питании. Ранее был выставлен диагноз «желчнокаменная болезнь», было предложено оперативное лечение, от которого больная отказалась. Вредные привычки отрицает.</p> <p>При осмотре – состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост – 165 см, вес – 78 кг. Сыпи и желтухи нет. Язык сухой, обложен желтоватого цвета налетом. Температура тела нормальная. Легкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Определяются положительные симптомы Кера и Ортнера. Симптомов раздражения брюшины нет.</p> <p>Представлен протокол УЗИ (за 1 мес. до настоящего обращения), в котором отмечен лабильный перегиб тела желчного пузыря, утолщение его стенки до 3 мм, расширение холедоха до 8 -10 мм и внутрипеченочных желчных протоков, экзогенность желчи повышена, ближе к выводному протоку лоцируется подвижный конкремент до 10 мм, дающий акустическую тень, и несколько мелких конкрементов до 5 мм; поджелудочная железа увеличена, 34x24x36 мм, повышенной</p>

		эхогенности. Вирсунгов проток расширен до 3 мм. В теле и хвосте поджелудочной железы определяются единичные мелкие кисты. От госпитализации и консультации хирурга категорически отказалась.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит в фазе обострения. Хронический билиарный панкреатит в фазе обострения. Хронический холангит, холедохолитиаз. Поликистоз поджелудочной железы.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью Или Диагноз поставлен частично не правильно
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании длительного анамнеза заболевания - ранее выявлена желчнокаменная болезнь (ЖКБ), появления в связи с погрешностями в питании горечи во рту, болей в правом подреберье после еды на фоне постоянного чувства тяжести в этой зоне, локальную болезненность при пальпации в эпигастрии справа, положительных симптомов Кера, Ортнера, выявленных при УЗИ признаках ЖКБ, изменений в поджелудочной железе. Признаки билиарной гипертензии могут быть вызваны стенозом/аденомой билиарно-дуоденальной системы (БДС).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не дано обоснование клинических синдромов или осложнений
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования больного
Э	-	Рекомендовано: ОАК, ОАМ, биохимические тесты (глюкоза, билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, альфа-амилаза, липаза), СРБ.
P2	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полностью
P0	-	План дополнительного обследования составлен не верно
У		Получены результаты обследования больного. ОАК : Нв - 120 г/л; Эритроциты (RBC): 4.1×10^{12} /л; ЦП 0,8; Лейкоциты (WBC): $8,8 \times 10^9$ /л, Лимфоциты 18 %; нейтрофилы 78%, эозинофилы – 1%, тромбоциты (PLT) - 320×10^9 /л, СОЭ 28 мм/ч. Общий анализ мочи: количество- 100 мл, цвет – соломенно желтый, прозрачность- полная, относительная плотность - 1025, реакция кислая; Белок- отр. Эритроциты- отр, Лейкоциты- единичные; Эпителий 1 – 2 в п/з; Слизь - нет; Глюкоза- отрицат. Биохимические показатели крови: Билирубин общий - 20 мкмоль/ л, Билирубин прямой - 11 мкмоль/л АЛТ – 45 Е/л, АСТ – 93 Е/л. Щелочная фосфатаза повышена до 10. Альфа-амилаза – 2 ВЛН (верхний лимит нормы), липаза – 3 ВЛН. СРБ – 1,1 ВЛН. Сахар – 5,4 ммоль/л

В	4	Оцените и прокомментируйте результаты.
Э	-	ОАК – незначительные воспалительные изменения. Общий анализ мочи – норма. Биохимические показатели крови указывают на синдром холестаза при отсутствии нарушений билиарного обмена, наличие билиарного панкреатита без нарушений углеводного обмена.
P2	-	Оценка результатов обследования верная, комментарии обоснованы.
P1	-	Оценка результатов верная, комментарии неполные или Оценка результатов частично верная, комментарии частично обоснованы
P0	-	Оценка результатов не верная
В	5	Назначьте лечение больному в острый период болезни.
Э	-	Соблюдение строгой диеты на короткий временной период (3-4- дня) – каши, отварные овощи, нежирное мясо, суфле. Антибактериальная терапия – цефтриаксон или амоксицилин/сульбактам в/м, дробтаверин в/м, глюкозо-солевые растворы, реамберин в/в, капсулированные препараты ферментов поджелудочной железы по 10000 ЕД во время каждого приема пищи. При отсутствии положительной динамики в течение суток – экстренная госпитализация в хирургический стационар. При положительной динамике – плановая консультация хирурга для решения вопроса о дальнейшем ведении больной.
P2	-	Лечение назначено в полном объеме, верное
P1	-	Лечение назначено не в полном объеме
P0	-	Лечение неверное.
Н	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вызов врача на дом. Больной, мужчина 38 лет, рабочий, предъявляет жалобы на озноб, температуру тела до 38,8°С, головную боль, сухой кашель, одышку. Анамнез заболевания: болен второй день, после переохлаждения (купался в озере). Хронические заболевания – отрицает. Аллергологический анамнез – спокойный. Лекарственной непереносимости нет. При объективном осмотре на второй день болезни: состояние средней тяжести, рост – 180, вес – 75. Желтухи, сыпи нет. Кашель с небольшим количеством мокроты слизистого характера, частый. Ротоглотка не гиперемирована. В легких дыхание справа в среднем поле под лопаткой и в аксиллярной зоне ослабленное, слева и в нижней доле правого легкого – везикулярное, жестковатое. Хрипы не выслушиваются, ЧД – 24 в мин., ЧСС 100 ударов в минуту, пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный. Тоны сердца приглушены. АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет. Мочился. Стул оформленный.
В	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	Внебольничная пневмония, очаговая, средней доли правого легкого, средней степени тяжести
P2	-	Диагноз поставлен верно

P1	-	Диагноз поставлен не полностью Или Неправильно оценена тяжесть болезни.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Обоснуйте поставленный диагноз, назначьте обследование
Э	-	Обоснование диагноза внебольничная пневмония, очаговая, средней доли правого легкого: острое начало после переохлаждения вне стационара, фебрильная лихорадка, интоксикация, кашель со слизисто-гноющей мокротой, ослабленное дыхание в средних полях правого легкого. Средней тяжести: ЧД менее 30 в мин., ЧСС – 100 уд/мин, АД – 100/70, умеренный интоксикационный синдром. Необходимое обследование: ОАК, ОАМ, рентгенография грудной клетки.
P2	-	Диагноз обоснован верно, обследование назначено полное
P1	-	Диагноз обоснован не полностью Или Обследование назначено не полное
P0	-	Диагноз обоснован не верно.
У		Результаты обследования: ОАК (на 3 день болезни): Hb - 145 г/л; Эритроциты (RBC): $4,9 \times 10^{12}/л$; ЦП 0,90; Лейкоциты (WBC): $10,9 \times 10^9/л$, нейтрофилы - 80%; Тромбоциты (PLT): $250 \times 10^9/л$, СОЭ 39 мм/ч. Рентгенография ОГК: легочный рисунок с выраженным сосудистым компонентом, усилен, корни легких тяжисты. Справа в средней доле очаг инфильтрации легочной ткани до 6 см.
B	3	Оцените результаты обследования, уточните показания для госпитализации.
Э	-	ОАК – воспалительные изменения, подтверждают установленный диагноз. Рентгенография ОГК – подтверждает диагноз очаговой пневмонии средней доли правого легкого. Показания для госпитализации при внебольничной среднетяжёлой пневмонии (лица старше 60 лет и/или с факторами риска) – отсутствуют у данного больного, его лечение может проводиться амбулаторно.
P2	-	Оценка результатов обследования и показаний для госпитализации определены верно и полностью
P1	-	Оценка результатов обследования и показаний к госпитализации являются неполными или Оценка результатов обследования верная, показания к госпитализации оценены не верно
P0	-	Оценка результатов обследования и показаний к госпитализации не верные.
B	4	Назначьте лечение больного.
Э	-	Антибактериальная терапия: амоксициллин, или амоксициллин/клавуланат, или амоксициллин/сульбактам, или макролиды; карбоцистеин перорально, пробиотики.
P2	-	Лечение назначено верно и полностью
P1	-	Лечение назначено не полностью.
P0	-	Лечение назначено не верно.

В	5	Укажите критерии адекватности антибактериальной терапии
Э	-	Лечение антибиотиками может быть завершено при стойкой нормализации температуры тела на протяжении 3-4 дней. Критерии адекватности антибактериальной терапии: Т° тела ниже 37,5° С, отсутствие интоксикации, дыхательной недостаточности, гнойной мокроты, Le менее 10x10 ⁹ /л, нейтрофилов менее 80%, юных форм – менее 6%, отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме.
P2	-	Критерии даны полностью верно
P1	-	Критерии даны не полностью
P0	-	Критерии даны не верно.
Н	-	015
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина 56 лет. Предъявляет жалобы на периодические головные боли, нестабильность АД в течение 1 года. Была обследована, вторичный генез АГ исключен. Гипотензивные препараты постоянно не принимает. Эпизодически принимает каптоприл для снижения повышенного АД. Не курит, алкоголь не употребляет. Менопауза наступила 3 года назад, климактерический период протекает без особенностей.</p> <p>Наследственность: мать страдает артериальной гипертонией с 50 лет, в 76 лет перенесла геморрагический инсульт.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, масса тела 66 кг, рост 158 см, объем талии 84 см, ИМТ - 26,4 кг/м²</p> <p>Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное чистое. Тоны сердца приглушены, чистые, усилен II тон над аортой. АД 148/96 (s), 151/97 (d), пульс 76 уд.в мин, ритмичный. Шумы на периферических артериях не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеки не определяются.</p> <p>В анализах: глюкоза натощак – 5,0 ммоль/л, креатинин 86 ммоль/л, СКФ (MDRD) – 61 мл/мин, ОХС - 5,46 ммоль/л, ТГ-1,56 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,76 ммоль/л, мочева кислота - 468 ммоль/л, СРБ – 2,2 мг/л, Калий 4,1 ммоль/л, АСТ – 0,32 ммоль/л, АЛТ – 0,41 ммоль/л, КФК 55 ед/л, альбумины в суточной моче – 100 мг/сутки.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 79 в мин., эл.ось не отклонена, индекс Соколова-Лайона 19 мм.</p> <p>ЭхоКГ: диаметр аорты 3,0 см, стенки уплотнены. Открытие аортального клапана 2,3 см, створки тонкие, подвижные. Диаметр левого предсердия 3,7 см. Митральный клапан не изменен. Левый желудочек: КДР=4,2 см, КСР=2,8 см, ФВ=58% (Simpson). Толщина межжелудочковой перегородки 1,0 см, задней стенки ЛЖ 1,0 см. ИММЛЖ – 96 г/м² (N- до 89 г/м²). Диастолическая дисфункция ЛЖ. Патологические потоки не выявлены. Заключение. Фиброзные изменения аорты. Диастолическая дисфункция левого желудочка.</p> <p>УЗДГ сонных артерий: ТИМ – 0,65 мм; в области бифуркации общей сонной артерии лоцируется плотная атеросклеротическая бляшка,</p>

		стенозирующая просвет сосуда на 30%.
В	1	Указать наиболее вероятный диагноз
Э	-	Гипертоническая болезнь II ст., АГ 1 степени, риск 3. ХБП II стадии, альбуминурия 2А стадия. Дизлипидемия. ХБП 3 ст. Бессимптомный атеросклероз сонных артерий. Бессимптомная гиперурикемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертонии; неверно оценена стадия хронической болезни почек; неверно оценен риск ССО.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обосновать поставленный диагноз.
Э	-	Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании жалоб на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение года); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек, атеросклеротическая бляшка в сонной артерии). Степень риска ССО поставлена на основании поражения органов-мишеней. Диагноз хронической болезни почек (ХБП) определен по наличию альбуминурии в течение более 3-х месяцев (по анамнезу) и снижения СКФ. Дислипидемия установлена по данным липидного спектра (повышение уровня ОХС и ЛПНП), гиперурикемия по повышению уровня мочевой кислоты.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составить и обосновать план дополнительного обследования пациентки.
Э	-	Рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для выявления гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, но нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано неверно.
P0	-	Не названы три дополнительных метода обследования или Обоснование назначения трех методов обследования дано неверно.

		или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств прежде всего необходимо рекомендовать пациентке в составе комбинированной терапии. Обосновать свой выбор.
Э	-	Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ИАПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – лозартан. Кроме того, лозартан уменьшает ТИМ сонной артерии и обладает уникальной среди сартанов дозозависимой способностью снижать уровень мочевой кислоты.
P2	-	Выбраны верные группы антигипертензивных препаратов выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы антигипертензивных препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы антигипертензивных лекарственных препаратов, кроме ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II.
В	5	Какой второй антигипертензивный препарат должен быть назначен больной в составе комбинированной терапии
Э	-	С учетом наличия ХБП у больной, в качестве второго препарата может быть использован амлодипин, который имеет благоприятный профиль влияния на прогноз при АГ, а в сочетании с сартаном снижает вероятность появления нежелательных эффектов амлодипина (развитие отеков). Тиазидоподобный диуретик (индапамид) может быть рекомендован данной пациентке в связи с наличием повышенного ИМТ, что определяет тенденцию к задержке жидкости.
P2		Второй препарат для комбинированной антигипертензивной терапии выбран и обоснован правильно.
P1	-	Выбраны правильные группы антигипертензивных препаратов для комбинированной терапии, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Не названы оптимальные антигипертензивные лекарственные препараты, рекомендуемые для сочетания с ИАПФ и антагонистами ангиотензиновых рецепторов.
Н		016
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У		<p>Женщина 63 лет. Длительно страдает артериальной гипертонией, 2 года назад перенесла инфаркт миокарда, после чего стала отмечать одышку и сердцебиение при ходьбе, периодически отеки голеней. Выписку из стационара потеряла. Больше к врачу не обращалась. Медикаментозно лечится нерегулярно: постоянно принимает 10 мг эналаприла, при высоком АД добавляет капотен, при появлении отеков – 1табл фуросемида. Рабочее АД 150-160/90-95 мм рт.ст. За последнее время одышка усилилась, отмечает уменьшение диуреза, для устранения отеков приходится принимать до 3 таблеток фуросемида. Боли в груди отрицает. Стул регулярный, оформленный.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести, акроцианоз. ИМТ 24,8. В нижних отделах легких немного влажных хрипов. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке. АД 150/90. Пульс 92 в 1 мин, единичные редкие экстрасистолы. Живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край чувствительный. Отеки до середины голеней.</p>
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: постинфарктный кардиосклероз, нарушения сердечного ритма по типу экстрасистолии, ХСН IIБ, III ФК. Гипертоническая болезнь III стадии, АГ I ст., риск 4.
P2	-	Диагноз установлен правильно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью или Неверно оценены характеристики артериальной гипертонии и ХСН
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Укажите и обоснуйте наиболее вероятные причины ухудшения состояния
Э	-	Увеличение функционального класса ХСН вызвано неадекватной терапией ХСН: из основных препаратов получает только ИАПФ, что является недостаточным для снижения активности РААС; отмечается тахикардия, что указывает на неконтролируемую активацию симпатoadреналовой системы; применение диуретиков ударными дозами провоцирует активацию РААС. Сохранение АД на уровне выше целевого усугубляет сердечную недостаточность даже у лиц с сохраненной сократительной способностью миокарда.
P2	-	Вероятные причины ухудшения состояния указаны и обоснованы правильно
P1	-	Вероятные причины ухудшения указаны верно, но не обоснованы или вероятные причины ухудшения указаны неполностью
P0	-	Вероятные причины ухудшения состояния не указаны
В	3	Укажите и обоснуйте необходимое обследование больной
Э	-	<p>Для правильной коррекции состояния больной необходимо провести</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ЭКГ (получить данные о перенесенном инфаркте миокарда, исключить ухудшение коронарного кровотока, оценить характер сердечного ритма и временные параметры ЭКГ), 2. ЭхоКГ (выяснить морфологические и функциональные характеристики сердца и его клапанного аппарата),

		<p>3. рентгенографию грудной клетки (для исключения пневмонии),</p> <p>4. исследовать общий анализ крови - определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов (исключить анемию и другие причины одышки)</p> <p>5. исследовать биохимические показатели: креатинин, АЛАТ, АСАТ, электролиты (для оценки функциональной способности почек, безопасного продолжения терапии ХСН, оценки прогноза)</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, но не обоснован. или Названы более 3 методов обследования или обоснование двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Названы менее трех методов обследования.
В	4	Составьте и обоснуйте медикаментозное лечение больной
Э	-	<p>Больной должны быть назначены:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ИАПФ, с учетом перенесенного инфаркта миокарда предпочтительны рамиприл или периндоприл как препараты с наибольшей тканевой аффинностью – для снижения активности РААС, улучшения прогноза и качества жизни 2. Бета-адреноблокаторы (бисопролол, или метопролола сукцинат, или карведилол) для урежения ЧСС и снижения активности симпатoadреналовой системы, улучшения прогноза и качества жизни 3. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (инспра) - для устранения нежелательных эффектов вторичного гиперальдостеронизма, улучшения прогноза и качества жизни 4. Салуретики, предпочтительно торасемид – для устранения отечного синдрома, улучшения качества жизни
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбраны только 2 группы препаратов, обоснование выбора верное.
P0	-	Выбраны 2 группы препаратов, обоснование препаратов неверное Или Выбрана и обоснована только 1 группа препаратов
Н		017
		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Больной 47 лет. Жалуется на появление в течение 2 недель головокружения, слабости. Анамнез: в течение 7 лет - гипертоническая болезнь, по поводу которой принимает эксфорж (5 мг амлодипина + 80

		<p>мг валсартана) 1 табл. в сутки. АД сохранялось на уровне 120-135/75-80 мм рт.ст. Четыре месяца назад в связи с появлением стенокардии был добавлены аторвастатин 20 мг/сут и бисопролол 10 мг/сут. Ангинозные приступы исчезли, но стали беспокоить выше указанные жалобы, отметил снижение АД до 100-110/65-70. Уменьшил дозу бисопролола до 5 мг, однако при этом появилось сердцебиение, снизилась переносимость физической нагрузки из-за появления загрудинных болей.</p> <p>Не курит. Соблюдает рекомендованные при атеросклерозе пищевые ограничения.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски. Телосложение нормальное, ИМТ 24,2. Тоны сердца слегка приглушены, чистые. АД 130/80, пульс 72 уд в мин. ритмичный. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации без особенностей. Периферических отеков нет.</p>
В	1	Объясните и обоснуйте наиболее вероятные причины ухудшения состояния и самочувствия больного.
Э	-	Изменение состояния больного связано с чрезмерным снижением АД, что обусловлено добавлением к двум антигипертензивным препаратам бета-блокатора бисопролола в дозе 10 мг. В результате произошло усиление гипотензивного эффекта.
P2	-	Причины ухудшения состояния и самочувствия больного приведены и обоснованы верно.
P1	-	Причины ухудшения состояния и самочувствия больного приведены верно, но не обоснованы
P0	-	Причины ухудшения состояния и самочувствия больного приведены и неверно.
В	2	Составьте и обоснуйте необходимое дополнительное обследование пациента
Э	-	Больному следует снять ЭКГ для исключения ухудшения коронарного кровотока и появления нарушений проводимости на фоне применения бисопролола, так как при применении бета-блокаторов возможно развитие атриовентрикулярной блокады
P2	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, но не обоснован
P0	-	План дополнительного обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Препарат какой группы можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии для устранения стенокардии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Учитывая в качестве побочного эффекта бисопролола развитие артериальной гипотонии, целесообразно его применение в суточной дозе не более 5 мг. Для достижения при стенокардии целевой частоты сердечного ритма 55-60 уд/мин у данного больного с синусовым ритмом к бета-блокаторам возможно добавление ивабрадина (ингибитор If-каналов синусового узла), эффекты которого связаны с дозозависимым снижением ЧСС при отсутствии влияния на АД и ОПСС. Препарат также не оказывает влияния на углеводный и липидный обмен, что немаловажно в условиях совместного применения с бета-блокаторами. При стенокардии сочетание бисопролола в средней дозе с ивабрадином

		позволяет более значительно повысить толерантность к физической нагрузке, чем при монотерапии бисопрололом в большей дозировке.
P2	-	Выбор и обоснование препарата верное.
P1	-	Выбор группы препаратов правильный, однако выбор не обоснован или обоснован неполностью.
P0	-	Ответ неверный: названы другие группы лекарственных препаратов.
Н		018
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		<p>Женщина 65 лет. Длительно страдает артериальной гипертонией, 2 года назад перенесла инфаркт миокарда. В прошлом году лечилась в стационаре диагнозом ИБС: постинфарктный кардиосклероз, нарушения сердечного ритма по типу суправентрикулярной экстрасистолии, ХСН IIБ, III ФК. Гипертоническая болезнь III стадии, АГ 1 ст., риск 4. После выписки из стационара чувствовала себя удовлетворительно, рекомендованные препараты (рамиприл 10 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут, торасемид 2,5-5мг/сут) принимала нерегулярно. За последние 3-4 месяца самочувствие прогрессивно ухудшается: появилось сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, отеки на ногах, усилилась одышка.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести, акроцианоз. ИМТ 26,1. В нижних отделах легких немного влажных хрипов. ЧД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, легкий систолический шум на верхушке. ЧЖС 112 уд в мин, пульс 96 в 1 мин. АД 150/90. Живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край чувствительный, свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Отеки до середины голеней. От госпитализации отказалась.</p> <p>На ЭКГ: зубцов Р нет, имеются волны f, разное расстояние между комплексами QRS, ЧЖС 120 в мин., электрическая ось отклонена влево, переходная зона в V2, $RV5 + SV2 = 38$ мм, в отведениях V2-V4 патологический Q, слабое нарастание зубца R, сегмент ST на изолинии, зубцы Т изоэлектричны, в левых грудных отведениях $RV6 > RV5 > RV4$, сегмент STV5,6 – косонисходящая депрессия, зубцы Т асимметричные отрицательные</p>
В	1	Какие изменения зарегистрированы на ЭКГ?
Э		Фибрилляция предсердий тахисистолическая форма, гипертрофия левого желудочка с нарушением процессов реполяризации, рубцовые изменения в передне-перегородочной и передне-верхушечной области левого желудочка.
P2		Изменения ЭКГ указаны верно
P1		Изменения ЭКГ указаны верно, но не полностью
P0		Изменения ЭКГ указаны неверно или указано только одно из изменений
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больной для уточнения причины аритмии и характеристики сердечной деятельности
Э	-	Необходимо 1. провести биохимические исследования: ТТГ и Т4 (для исключения

		<p>нарушений функции щитовидной железы как причины фибрилляции предсердий), АлАТ, АсАТ, билирубин (для оценки функционального состояния печени), креатинин (для расчета СКФ); глюкоза крови (для исключения нарушений углеводного обмена у больной с избытком массы тела), электролиты (для выявления возможного дефицита калия и магния у больной с нарушением сердечного ритма)</p> <p>2. ЭхоКГ для оценки морфологического и функционального состояния сердца (ФВ, выраженность гипертрофии миокарда левого желудочка, наличие дилатации полостей, состояние клапанного аппарата)</p> <p>3. рентгенографию грудной клетки – для дифференциальной диагностики причины влажных хрипов</p>
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно.
P1	-	План обследования составлен верно, но не обоснован. Или Необходимые исследования указаны неполностью, обоснован верно
P0	-	План обследования составлен неверно Или Указано только одно дополнительное исследование.
В	4	Что предпочтительно в данной ситуации: восстанавливать синусовый ритм или контролировать ЧЖС? Обоснуйте выбор
Э		У больной пожилого возраста на фоне тяжелой сердечно-сосудистой патологии предположительно в течение 3-4 мес сохраняется фибрилляция предсердий. Перечисленные факторы снижают возможность восстановления и удержания синусового ритма. У пожилых тактика восстановления и контроля ритма не имеет преимуществ перед тактикой контроля ЧЖС. Для окончательного решения вопроса в отношении восстановления синусового ритма следует учитывать размеры левого предсердия (при увеличении > 5 см удержание синусового ритма мало вероятно) и проследить динамику состояния больной при медикаментозном урежении ЧЖС.
P2		Тактика в отношении фибрилляции предсердий выбрана и обоснована верно
P1		Тактика в отношении фибрилляции предсердий выбрана верно, но не обоснована
P0		Тактика в отношении фибрилляции предсердий выбрана не верно
Н		019
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 48 лет, менеджер. Жалобы на головную боль, шум в ушах В анамнезе – около 10 лет отмечает повышение АД. Три года назад лечился в стационаре с диагнозом гипертоническая болезнь. Постоянно рекомендованные препараты не принимал, высокие цифры АД снимал каптоприлом. За последние месяцы участились эпизоды повышения АД до 170-180/105-110 мм рт. ст., что вызывает головные боли. Вчера после стресса (неприятности на работе) употребил алкоголь, долго не мог

		<p>заснуть. Утром беспокоит головная боль, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, головокружение, тошнота, однократно была рвота, не принеся облегчения.</p> <p>Из перенесенных заболеваний – простудные редко. Курит более 30 лет по пачке сигарет в день. Наследственность – у матери и младшей сестры имеется гипертоническая болезнь.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 31 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 103 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см влево от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 уд.в мин, АД - 190/110 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.</p>
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э		<p>Гипертоническая болезнь II стадии АГ 3 степени риск 4.</p> <p>Осложнения - гипертрофия левого желудочка. Гипертонический криз.</p> <p>Сопутствующий диагноз - абдоминальное ожирение I степени</p>
P2		Наиболее вероятный основной и сопутствующий диагноз сформулированы верно
P1		Наиболее вероятный диагноз сформулирован верно, но не полностью
P0		Наиболее вероятный диагноз сформулирован не верно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами основной диагноз.
Э		<p>Гипертоническую болезнь доказывают данные анамнеза (указания на гипертоническую болезнь, установленную после обследования в условиях стационара), эпизоды повышения АД, требующие приема гипотензивных препаратов.</p> <p>Стадия II стадии - имеется поражение органов-мишеней в виде гипертрофии левого желудочка (расширение левой границы сердца, данные ЭКГ).</p> <p>АГ 3 степени – в соответствии с зарегистрированным при осмотре уровнем АД 190/110.</p> <p>Риск 4 – у больного с АГ 3 степени имеются поражение органов мишеней и из известных - 3 фактора риска: отягощенная по АГ наследственность, абдоминальное ожирение, курение.</p>
P2		Основной диагноз полностью обоснован верно
P1		Основной диагноз обоснован верно, но неверно обоснованы стадия, или степень, или риск
P0		Основной диагноз обоснован не верно Или Неверно обоснованы стадия, степень и риск
В	3	Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии
Э		<p>Больному создать физический и психический покой.</p> <p>Каптоприл 50 мг + гидрохлортиазид 25 мг под язык, внутрь - диазепам 5 мг. Если в течение часа АД сохраняется выше уровня 160/100, то следует добавить еще 50 мг каптоприла.</p>

P2		Тактика оказания неотложной помощи указана верно
P1		Приведенная тактика оказания неотложной помощи допустима
P0		Тактика оказания неотложной помощи указана неверно
Н		020
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		<p>Больной 42 лет, преподаватель техникума, обратился с жалобами на жжение за грудиной, возникающее утром по дороге на работу, особенно в морозную погоду. Днем в помещении чувствовал себя совершенно нормально. Эти ощущения возникли 3 недели назад. Больной связывал их с курением и морозной погодой. Считал это проявлением простуды, поэтому для лечения использовал горчичники, чай с малиной. За последние 3 дня жжение за грудиной стало появляться и на работе во время подъема по лестнице на 1 марш, проходило в покое через 2-3 мин. Повышения температуры, усиление кашля не замечал.</p> <p>В анамнезе - курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет, у отца артериальная гипертензия, имеются случаи внезапной смерти среди родственников.</p> <p>При осмотре - состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Упитанность средняя. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Зев – без особенностей, дыхание носовое свободное. Легкие – перкуторный звук легочный с коробочным оттенком, дыхание жестковатое, единичные сухие хрипы. Тоны сердца отчетливые, раздвоение I тона и систолический шум на верхушке. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет.</p>
В	1	Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного
Э		<p>Основной диагноз: ИБС: впервые возникшая стенокардия.</p> <p>Сопутствующий диагноз: подозрение на пролапс митрального клапана; хронический бронхит вне обострения.</p>
P2		Наиболее вероятный диагноз указан верно
P1		Наиболее вероятный диагноз указан верно, но не полностью
P0		Наиболее вероятный диагноз указан неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э		<p>Жалобы на приступы жгучих боли за грудиной, которые возникают при физической нагрузке (ходьба в морозную погоду, подъем по лестнице) и проходят через 2-3 мин в состоянии покоя характерны для синдрома стенокардии. Это впервые возникшая стенокардия, так как её давность составляет меньше месяца.</p> <p>Подозрение на пролапс митрального клапана возникает по данным аускультации сердца (систолический шум и раздвоение I тона на верхушке).</p> <p>Хронический бронхит можно диагностировать, учитывая длительный стаж курения, физикальные данные (коробочный оттенок перкуторного звука, единичные сухие хрипы)</p>
P2		Диагнозы основной и сопутствующие обоснованы верно
P1		Диагноз основной обоснован верно, сопутствующие не обоснованы или обоснованы неверно

P0		Диагнозы основной обоснован неверно
B	3	Составьте план дополнительного обследования пациента. Отметьте исследования, которые необходимо провести срочно в амбулаторных условиях
Э		В амбулаторных условиях срочно необходимо снять ЭКГ. Дополнительное обследование включает: общий анализ крови и мочи; биохимические показатели крови: сердечные тропонины, МВ-КФК, глюкоза, электролиты, липидный спектр, креатинин; ЭхоКГ, рентгенографию грудной клетки
P2		План дополнительного обследования пациента составлен верно; срочные исследования, необходимые на амбулаторном этапе, отмечены верно
P1		План дополнительного обследования пациента составлен не полностью, но срочные исследования, необходимые на амбулаторном этапе, отмечены верно
P0		Срочные исследования, необходимые на амбулаторном этапе, отмечены неверно
B	4	Укажите и обоснуйте Вашу дальнейшую тактику?
Э		Учитывая, что впервые возникшая стенокардия – одно из проявлений острого коронарного синдрома, больной должен быть госпитализирован санитарным транспортом в кардиологический стационар
P2		Дальнейшая тактика выбрана и обоснована верно
P1		Дальнейшая тактика выбрана верно, но не обоснована
P0		Дальнейшая тактика выбрана неверно
H		021
I		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больной 63 лет, пенсионер. Обратился с жалобами на загрудинные боли, возникающие ходьбе около 300 м, особенно в ветренную холодную погоду, быстро проходящие в состоянии покоя или после приема 1 таблетки нитроглицерина, одышку при подъеме по лестнице. Впервые боли появились 2-3 года назад при участии в любительских лыжных соревнованиях. В последующем пациент стал регулировать темп движения, и боли не появлялись. К врачу не обращался. За последние 3 месяца отметил ухудшение переносимости нагрузки. По совету соседа стал применять при болях нитроглицерин, иногда до 3-4 таблеток в день, но после его приема отмечает сильную головную боль.</p> <p>В анамнезе – всегда считал себя здоровым, вел активный образ жизни. Несколько раз при появлении головной боли отмечалось повышение АД до 150-160/90 мм рт.ст., в связи с чем принимал какие-то таблетки. К врачу обращался только с редкими простудными заболеваниями. Вредные привычки отрицает. Наследственность – матери 84 года, с 60 лет – артериальная гипертония; отца не знает; дети здоровы.</p> <p>Занимал административные должности, в связи с реорганизацией предприятия 2 года назад ушел на пенсию. Живет вдвоем с женой. При осмотре – состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски. На веках имеются ксантелазмы, на коже предплечий ксантомы, липоидная дуга на роговице. Рост 168 см, масса тела 69 кг,</p>

		объем талии 91 см. Легкие – везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца в норме, тоны приглушены, небольшой систолический шум и усиление II тона над аортой. АД 145/90 мм рт.ст., пульс 84 в мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз
Э		ИБС: стабильная стенокардия II КФК, атеросклеротический кардиосклероз, ХСН I ст. II ФК. Атеросклероз аорты. Артериальная гипертензия I степени
P2		Наиболее вероятный диагноз сформулирован верно
P1		Наиболее вероятный диагноз сформулирован не полностью или неточно
P0		Наиболее вероятный диагноз сформулирован неверно
В	2	Обоснуйте установленный диагноз
Э		ИБС: стенокардия - установлена на основании типичных жалоб на загрудинные боли при физической нагрузке (ходьба) с быстрым эффектом нитроглицерина или устранения нагрузки (в покое) Стенокардия стабильная так как самочувствие не меняется более месяца. II КФК – приступы стенокардии возникают при ходьбе более 200 м и в ветренную погоду. Атеросклеротический кардиосклероз, ХСН IIАст. II ФК – у больного отмечается приглушенность сердечных тонов, имеется клинически выраженная стадия заболевания сердца с умеренными нарушениями гемодинамики только в малом круге кровообращения, незначительное ограничение физической активности (одышка при подъеме в лестницу). Атеросклероз аорты – имеются внешние проявления атеросклероза (на веках ксантелазмы, на коже предплечий ксантомы, липоидная дуга на роговице), признаки изменения аорты (небольшой систолический шум и усиление II тон над аортой). Артериальная гипертензия I степени – уровень АД 145/90 мм рт.ст.
P2		Диагноз обоснован верно
P1		Диагноз обоснован неполностью
P0		Диагноз обоснован неверно
В	3	Какое обследование следует провести больному?
Э		Лабораторное обследование: общий анализ крови и мочи, биохимия крови (глюкоза, липидный спектр, креатинин, АЛАТ и АсАТ). Инструментальное обследование: ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки
P2		Обследование назначенное верно
P1		Обследование назначено не полностью
P0		Обследование назначено неверно
В	4	Какое лечение Вы назначите больному?
Э		Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут Аторвастатин Периндоприл А Бисопролол
P2		Лечение назначено верно

P1		Лечение назначено неполностью
P0		Лечение назначено неверно
В	5	Какие критерии будут указывать на эффективность проводимого лечения?
Э		Нет приступов стенокардии, частота сердечного ритма в покое на уровне 55-60 ударов в мин., АД не превышает 130/80, самочувствие больного не нарушено, в крови - уровень ЛПНП меньше 1,8 ммоль/л, нет проявления нежелательных эффектов лекарственных препаратов
P2		Критерии эффективности указаны верно
P1		Критерии эффективности указаны верно, но не указаны лабораторные показатели или переносимость проводимого лечения
P0		Клинические критерии эффективности лечения указаны неверно
Н		022
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Женщина 68 лет, пенсионер, работала дояркой. Жалуется на слабость, быструю усталость при нетяжелой работе, периодически головокружение, снижение памяти, кратковременную потерю сознания.</p> <p>Анамнез: после наступления менопаузы в 53 года временами появлялись головные боли, ноющие боли в области сердца, редко – небольшое повышение АД, которое снижалось самостоятельно после отдыха. Не лечилась, считала, что это связано с эмоциональными и физическими нагрузками, возрастными изменениями. Два года назад перенесла приступ за грудиной болей длительностью более часа, после которого заметила небольшую одышку при ускоренной ходьбе, стали появляться слабость и головокружение. ЭКГ не снимала. За последние полгода стала хуже переносить домашние нагрузки, участилось головокружение. Два дня назад на короткое время теряла сознание.</p> <p>Наследственный анамнез без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ангины в молодом возрасте.</p> <p>При осмотре – общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые обычной окраски. ИМТ 27,2. Левая граница сердца +0,5 см влево от срединноключичной линии. Тоны приглушены, чистые, редкие. Пульс 44 уд. в мин, ритмичный. АД 170/90. Над легкими везикулярное чистое дыхание. Живот без особенностей. Периферических отеков нет.</p> <p>На ЭКГ: ритм синусовый, горизонтальная ЭОС, зубцы Р не изменены, их частота 84 в минуту, комплексы QRS появляются после каждого второго зубца Р; в отведениях V2-V3: зубец Q имеет длительность 0,04 сек, его амплитуда равна 1/3 R, амплитуда положительных зубцов Т снижена; RV5=25 мм, Sv1 =13 мм, RV5>RV4.</p>
В	1	Какое заключение можно сделать по ЭКГ?
Э		У больной атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц III с проведением 2:1, рубцовые изменения в переднеперегородочной области, гипертрофия левого желудочка.
P2		Заключение по ЭКГ верно
P1		Изменения ЭКГ указаны не полностью
P0		Заключение по ЭКГ неверно

В	2	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз
Э		ИБС: постинфарктный кардиосклероз, осложненный атриовентрикулярной блокадой II степени Мобитц III, ХСН IIА, ПФК. Артериальная гипертония II степени.
P2		Предварительный диагноз сформулирован верно
P1		Предварительный диагноз сформулирован неполностью или неточно
P0		Предварительный диагноз сформулирован неверно
В	3	Укажите и обоснуйте Вашу тактику в отношении АГ
Э		АГ носит компенсаторный (симптоматический) характер у больной с редким ритмом, и снижение АД может усилить проявления недостаточности мозгового кровообращения
P2		Тактика в отношении АГ и обоснование верны
P1		Тактика в отношении АГ верна, обоснование неверно
P0		Тактика в отношении АГ неверна
В	4	Какие мероприятия необходимы по купированию и профилактике синкопального состояния ?
Э		Больную необходимо направить в специализированный центр для имплантации ЭКС. При развитии синкопального состояния - атропин или изупрел в/в. Для профилактики синкопального состояния показаны препараты, способные улучшить атриовентрикулярную проводимость и увеличить частоту желудочковых сокращений: препараты атропина (беллоид, беллатаминал), нифедипин,
P2		Тактика ведения больной врачом общей практики верна
P1		Тактика дальнейшего ведения больной врачом общей практики верна, мероприятия по устранению и/или профилактике синкопального состояния указаны неверно
P0		Тактика ведения больной врачом общей практики неверна
Н		023
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		У больного 46 лет ночью возникли интенсивные боли в эпигастральной области, тошнота, слабость, потливость, сердцебиение. Такие боли возникли впервые, хотя нечеткий дискомфорт в груди при подъеме в лестницу появился в последнюю неделю. Расценив свое состояние как отравление (накануне обедал в столовой), попытался промыть желудок «ресторанным» способом, однако облегчение не наступило. По совету жены принял нитроглицерин под язык, что вызвало головную боль. При этом боль в груди ненадолго уменьшилась. Через три часа вызвал скорую помощь. На снятой ЭКГ в отведениях III и aVF выявлен куполообразный подъем на 4 мм сегмента ST, монофазно переходящий в положительный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и V1 - V4 ниже изолинии. В анамнезе – изредка повышение АД максимально до 145-150/90 мм рт.ст.; около 30 лет курит до 1 пачки сигарет в день. Имеет свой небольшой бизнес. При осмотре – состояние средней тяжести, кожные покровы влажные, бледноваты. Легкие - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, единичные экстрасистолы. АД – 130/70 мм рт. ст., ЧСС – 88 в

		мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный ведущий диагноз
Э		ИБС: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
P2		Наиболее вероятный ведущий диагноз сформулирован верно
P1		Наиболее вероятный ведущий диагноз сформулирован не полностью
P0		Наиболее вероятный ведущий диагноз сформулирован неверно
В	2	Обоснуйте установленный диагноз
Э		У больного затянувшийся ангинозный приступ, рефрактерный к приему нитроглицерина, сопровождающийся вегетативной реакцией (гипергидроз) и характерными изменениями на ЭКГ. Коронарный генез изменений подтверждает выраженность (на 4 мм) и характер подъема сегмента ST (куполообразный) в отведениях III и aVF и дискордантное смещение сегмента ST в противоположных отведениях (I, aVL и V1 - V4).
P2		Установленный диагноз обоснован полностью верно
P1		Установленный диагноз обоснован верно, но не полностью
P0		Установленный диагноз обоснован неверно
В	3	Как можно трактовать состояние больного в предшествующий период? Обоснуйте свою точку зрения
Э		В предшествующую неделю пациент ощущал нечеткий дискомфорт в груди при подъеме в лестницу. Данная клиническая картина соответствует впервые возникшей стенокардии, которая относится к острым проявлениям ИБС и обусловлена развитием атеротромбоза.
P2		Оценка предшествующего состояния больного и её обоснование верно
P1		Оценка предшествующего состояния больного верна, но не обоснована
P0		Оценка предшествующего состояния больного неверна
В	4	Какова дальнейшая тактика ведения пациента? Обоснуйте свой выбор.
Э		Необходимо экстренно вызвать бригаду скорой помощи, и в условиях физического покоя экстренно госпитализировать больного в специализированный сосудистый центр. Больному следует принять под язык 250 мг ацетилсалициловой кислоты без оболочки или 300 мг клопидогрела, 20-40 мг пропранолола с целью урежения ритма (с контролем АД); устранить сохраняющийся болевой синдром: наркотические анальгетики - морфин в/в 3-4 мг (до 10мг), кислородные ингаляции.
P2		Тактика ведения пациента на догоспитальном этапе и её обоснование верны
P1		Тактика ведения пациента на догоспитальном этапе верна, но обоснование неверно Или Тактика ведения пациента на догоспитальном этапе приведена неполностью, обоснование верно
P0		Тактика ведения пациента на догоспитальном этапе неверна
Н		024

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Девушка 19 лет, студентка 2 курса медицинского института, обратилась за справкой об освобождении от физкультуры. С её слов, за последнее время участились приступы сердцебиения, которые затрудняют выполнение физической нагрузки. Подобные приступы впервые появились в 12 лет, были кратковременными, но однажды удалось в это время снять ЭКГ, где была зарегистрирована тахикардия с частотой 188 в мин. В настоящее время учащение приступов связывает с эмоциональными нагрузками и недосыпанием вследствие интенсивного учебного процесса.</p> <p>В анамнезе – склонность к простудным заболеваниям. Менструальный цикл не нарушен. Наследственность не отягощена.</p> <p>При осмотре – астенического телосложения, питание снижено, щитовидная железа не пальпируется. Блеск глаз, тремор пальцев вытянутых рук и другие симптомы гиперфункции щитовидной железы не выявляются. Миндалины не увеличены, лимфоузлы не пальпируются. Легкие без особенностей. Сердце – границы в норме, тоны ясные, чистые, без акцентуации. АД 110/70. Пульс 72 в 1 мин., ритмичный. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>На ЭКГ – ритм синусовый, ЭОС – вертикальная. В отдельных сердечных циклах PQ имеет длительность 0,10 сек., QRS - 0,12 сек. с наличием на восходящем колене положительной Δ-волны.</p>
В	1	Как можно охарактеризовать выявленные изменения ЭКГ
Э		Данные изменения ЭКГ характерны для преходящего синдрома WPW типа А
P2		Изменения ЭКГ охарактеризованы верно
P1		Изменения ЭКГ охарактеризованы верно, но не полностью
P0		Изменения ЭКГ охарактеризованы неверно
В	2	Сформулируйте и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
Э		<p>Вероятно, у больной имеется преходящий синдром WPW с пароксизмами тахикардии.</p> <p>В отличие от феномена WPW, когда отмечаются только изменения ЭКГ, в данном случае имеются приступы сердцебиения, которыми, по-видимому, обусловлены пароксизмами тахикардии (по данным анамнеза). Поэтому можно говорить о синдроме WPW.</p> <p>Преходящий – так как на ЭКГ укорочение интервала PQ наблюдается не во всех комплексах.</p> <p>Тип А – так как отмечается положительная Δ-волн, что характерно для левостороннего расположения добавочного пучка Кента.</p> <p>Характер пароксизмов тахикардии не указан, так как нет их электрокардиографической регистрации. Вероятнее всего, развиваются пароксизмы суправентрикулярной тахикардии, что более типично для данной патологии.</p>
P2		Наиболее вероятный диагноз сформулирован и обоснован верно
P1		Наиболее вероятный диагноз сформулирован верно, но не обоснован
P0		Наиболее вероятный диагноз сформулирован неверно

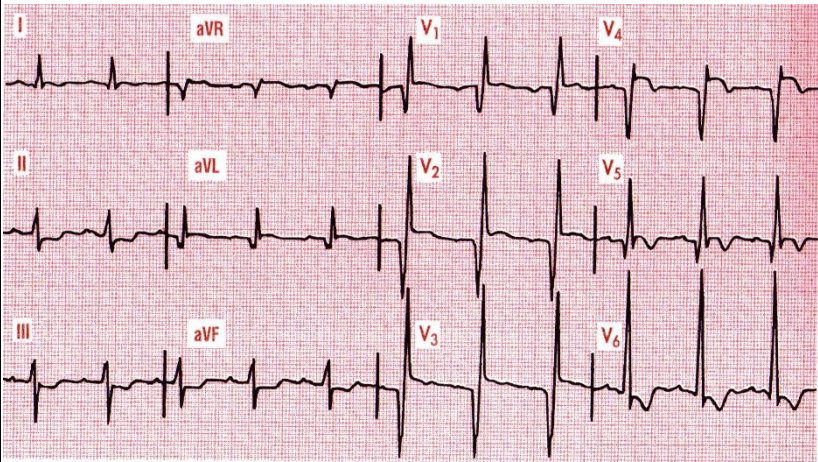
В	3	Какие препараты можно использовать для купирования пароксизма суправентрикулярной тахикардии у данной пациентки
Э		Во время пароксизма можно использовать внутривенное введение прокаинамида, амиодарона, соталола, пропafenона. Противопоказаны АТФ, верапамил, дилтиазем, бета-адреноблокаторы, дигоксин, так как они могут улучшить проводимость по добавочным проводящим путям и создать вероятность развития фибрилляции или трепетания желудочков
P2		Препараты указаны верно.
P1		Препараты указаны верно, но неполностью
P0		Препараты указаны неверно
Н		025
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мужчина 32 лет, водитель, обратился с жалобами на боль грудной клетке слева и одышку, которые возникли накануне внезапно во время утренней пробежки. Понемногу эти симптомы уменьшились. Вчера работал обычно, но с некоторым ограничением физической активности из-за одышки и сухого кашля, усиливающего боль в груди. Боль немного отдает в левое плечо. Не исключает возможной связи боли с переохлаждением (в машине опущено стекло со стороны водителя), поэтому дома вечером жена применяла согревающие процедуры на плечо.</p> <p>Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, редкие простудные заболевания. Не курит. Наследственность не отягощена.</p> <p>При осмотре – состояние средней тяжести. Кожные покровы бледноваты, чистые. Высокого роста (191 см), телосложение худощавое, арахнодактилия. Лимфоузлы не увеличены. Пальпация грудной клетки безболезненна. Отмечается ограничение амплитуды дыхательных движений. Легкие: справа при перкуссии легочный звук, голосовое дрожание проводится, везикулярное дыхание, слева - перкуторно тимпанический звук, голосовое дрожание отсутствует, дыхательные шумы не выслушиваются. ЧД 24 в мин. Сердце: границы не изменены, тоны ясные, систолический щелчок и шум на верхушке, усилен II тон над легочной артерией. АД 110/70, пульс 104 в мин., ритмичный. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.</p> <p>На ЭКГ - синусовая тахикардия (107 уд.в мин), вертикальное положение электрической оси, уплощение зубцов Т в отведениях V₁-V₃.</p>
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз
Э		<p>Первичный спонтанный левосторонний пневмоторакс</p> <p>Осложнения: рестриктивная острая дыхательная недостаточность II степени.</p> <p>Сопутствующий диагноз: подозрение на пролапс митрального клапана</p>
P2		Наиболее вероятный диагноз сформулирован верно
P1		Наиболее вероятный диагноз сформулирован верно, но не полностью
P0		Наиболее вероятный диагноз сформулирован неверно
В	2	Проведите обоснование диагноза
Э		<p>На спонтанный левосторонний пневмоторакс указывают - особенности клиники: острое начало с появления болей в левой</p>

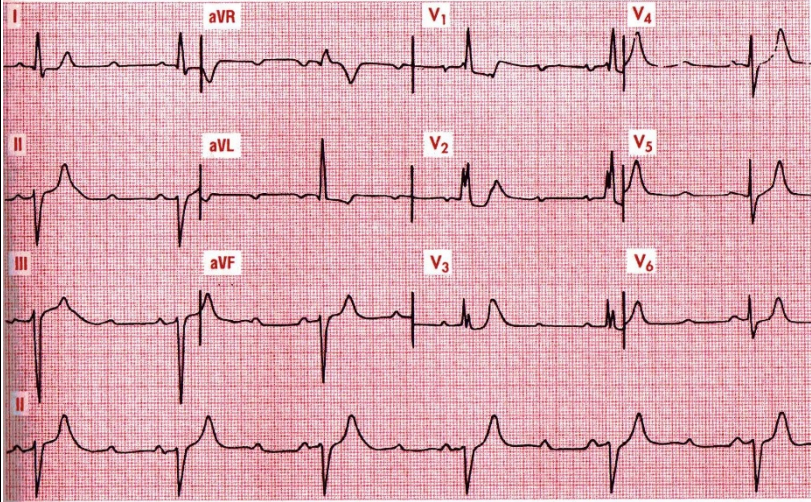
		<p>половине грудной клетки с иррадиацией в левое плечо и одышки, позднее – сухого кашля, усиливающего болевые ощущения;</p> <p>- данные физикального осмотра: ограничение амплитуды дыхательных движений, слева - перкуторно тимпанический звук, отсутствие голосового дрожания, отсутствие дыхательных шумов.</p> <p>Первичный спонтанный пневмоторакс так как он развился у пациента предшествующего без заболевания легких</p> <p>Дыхательная недостаточность - так как имеется тахипноэ (ЧД 24 в мин)</p> <p>Острая дыхательная недостаточность - так как её появление связано с острым состоянием.</p> <p>Рестриктивная – так как характеризуется ограничением способности легочной ткани к расширению и спадению.</p> <p>II степени - появление одышки при обычной нагрузке.</p> <p>Пролапс митрального клапана – характерные изменения при аускультации сердца.</p>
P2		Обоснование основного диагноза и осложнений верно
P1		Обоснование основного диагноза верно, но неполное
P0		Обоснование основного диагноза неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования больного
Э		<p>Необходимо провести рентгенографию органов грудной клетки. Это основной и самый информативный метод диагностики спонтанного пневмоторакса, так как позволяет увидеть, характерное спадение легочной ткани, а при вторичном спонтанном пневмотораксе - признаки основного заболевания, на фоне которого он возник.</p> <p>Для уточнения изменений со стороны сердца – ЭхоКГ.</p>
P2		План обследования больного составлен и обоснован верно
P1		<p>План обследования больного составлен верно, но не обоснован</p> <p>Или</p> <p>В план обследования включены необязательные или неинформативные методы</p>
P0		План обследования больного составлен неверно
В	4	Составьте и обоснуйте мероприятия неотложной помощи для данного больного
Э		<p>- Для уменьшения гипоксии - ингаляции сухого и тёплого кислорода со скоростью 10 л/мин через маску или носовые канюли;</p> <p>- Контроль гемодинамики - при коллапсе: в/в капельно мезатон 1,0 мл 1% или норэдреналин 1,0 мл 0,2% р-ра на 200 мл физ. р-ра,</p> <p>- При усилении болей – провести обезболивание: кетеролак 30 мг (1 мл) в/в медленно,</p> <p>или 1-2 мл 50% р-ра метамизола с 1 мл 1% р-ра димедрола в/м,</p> <p>или при резкой, тяжелой боли 1-2 мл 2% р-ра промедола в/в или в/м</p>
P2		Мероприятия неотложной помощи для данного больного составлены и обоснованы верно
P1		<p>Мероприятия неотложной помощи для данного больного составлены верно, но не обоснованы</p> <p>Или</p> <p>Мероприятия неотложной помощи для данного больного составлены не полностью, обоснованы верно</p>
P0		Мероприятия неотложной помощи для данного больного составлены

		неверно
В	5	Составьте дальнейший план ведения пациента и профилактики рецидива пневмоторакса.
Э		Больной должен быть госпитализирован хирургическое отделение санитарным транспортом лёжа на каталке. После выписки из стационара больной должен избегать физических нагрузок в течение 2–4 недель и воздушных перелетов в течение 2 недель, противопоказаны прыжки с парашютом, дайвинг
P2		План дальнейшего ведения пациента и профилактики рецидива пневмоторакса составлен верно
P1		План дальнейшего ведения пациента составлен верно, меры профилактики рецидива пневмоторакса указаны частично или не указаны
P0		План дальнейшего ведения пациента составлен неверно
Н		026
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мужчина 42 лет, предприниматель. При проведении диспансеризации была выявлена фибрилляция предсердий (ФП), о которой пациент не знал. Чувствует себя хорошо. При тщательном расспросе установлено, что при физической нагрузке замечал одышку и сердцебиение, но связывал это с курением и детренированностью.</p> <p>В анамнезе – аппендэктомия в возрасте 17 лет, перелом голени в школьные годы, простудные заболевания. Указаний на заболевания сердечно-сосудистой системы нет.</p> <p>Курит с 19 лет по ½ пачки сигарет в день. Алкоголь употребляет редко в небольших количествах.</p> <p>Наследственность: у матери после 60 лет артериальная гипертензия, у старшей сестры – сахарный диабет, принимает какие-то препараты. У отца была мерцательная аритмия, умер в возрасте 67 лет от инфаркта миокарда.</p> <p>При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые обычной окраски. Телосложение правильное. Упитанность повышена – ИМТ 27,3. Носовое дыхание свободное, миндалины атрофичны. Легкие – перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное, чистое. ЧД 16 в 1 мин. Сердце – границы не изменены, тоны отчетливые, чистые, аритмичные. ЧСС и пульс 72 в 1 мин., удовлетворительных качеств. АД 130/75. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.</p> <p>На ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧЖС от 62 до 83 в 1 мин, ЭОС не отклонена. Небольшие нарушения процессов реполяризации миокарда левого желудочка (+Т в грудных отведения снижен)</p>
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз
Э		Впервые выявленная нормосистолическая фибрилляция предсердий, ХСН I ст. II ФК.
P2		Наиболее вероятный предварительный диагноз сформулирован верно
P1		Наиболее вероятный предварительный диагноз сформулирован не полностью

P0		Наиболее вероятный предварительный диагноз сформулирован неверно
B	2	Составьте и обоснуйте план обследования для диагностики причины нарушения ритма у данного больного
Э		ЭКГ-мониторирование - исключить пароксизмальный характера ФП и другие нарушения ритма и проводимости, нарушения коронарного кровотока. ЭхоКГ – выяснить морфологические и функциональные характеристики сердца и его клапанного аппарата. Лабораторное обследование: - общий анализ крови, маркеры воспаления (С-реактивный белок, фибриноген), сердечные тропонины – для исключения острого повреждения миокарда, - глюкоза – для исключения сахарного диабета, - липидный спектр – для выявления атерогенных изменений, - тиреотропный гормон и Т4 – для исключения дисфункции щитовидной железы.
P2		План обследования данного больного составлен и обоснован верно
P1		План обследования данного больного составлен верно, но не обоснован Или Не полностью указаны инструментальные или лабораторные исследования, обоснование верно
P0		В плане обследования данного больного не указано большинство лабораторных и инструментальных методов
B	3	Укажите неблагоприятные факторы прогноза, связанные с ФП
Э		Тромбоэмболические осложнения, особенно в бассейн артерий головного мозга; Снижение коронарного и мозгового сосудистого резерва Развитие и/или прогрессирование сердечной недостаточности
P2		Неблагоприятные факторы прогноза, связанные с ФП, указаны верно
P1		Неблагоприятные факторы прогноза, связанные с ФП, указаны не полностью
P0		Неблагоприятные факторы прогноза, связанные с ФП, указаны неверно
B	4	Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного. Обоснуйте свое мнение
Э		Необходимость назначения антикоагулянтов при ФП определяется наличием факторов риска тромбоэмболических осложнений, к которым в соответствии со шкалой CHA2DS2-VASc относятся артериальная гипертензия, возраст старше 65 лет, сахарный диабет, перенесенный мозговой инсульт или транзиторная ишемическая атака, заболевания сосудов (атеросклеротическая бляшка в аорте, инфаркт миокарда в анамнезе, заболевания периферических артерий) и женский пол. При сборе анамнеза и осмотре эти факторы не выявлены. Если при обследовании не будет выявлен сахарный диабет, то назначение антикоагулянтов больному не показано.
P2		Вопрос о назначении антикоагулянтов решен и обоснован верно
P1		Вопрос о назначении антикоагулянтов решен верно, но не обоснован
P0		Вопрос о назначении антикоагулянтов решен неверно

Н		027
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент Ф., 53 лет, обратился в связи с набором веса. В течение года набрал 9 кг. Также беспокоят слабость, одышка, отеки ног, усилившиеся в течение нескольких месяцев.</p> <p>В анамнезе: АГ в течение 12 лет, стенокардия 5 лет. Три года назад проведено АКШ, 2 года спустя вновь появилась, а затем усилилась стенокардия, которая в последние 4 месяца возникает при ходьбе более 100 м. Постоянно принимает аспирин 150 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут, периндоприл 10 мг/сут, спиронолактон 50 мг/сут, диувер 5 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, нитраты по необходимости. АД обычно 140-150/80-90; ЧСС 55-60 уд/мин.</p> <p>При осмотре: вес 90 кг, рост 167 см. Кожные покровы сухие, бледные; гиперкератоз локтей, стоп. АД 150/80, ЧСС 54 в мин, сердце - тоны ритмичны приглушены. Дыхание везикулярное ослабленное, хрипов нет. Щитовидная железа не пальпируется. Живот мягкий безболезненный, печень +2 см. Отеки ног до середины голени.</p>
В	1	Оцените возможные причины набора веса и усиления жалоб у данного пациента. Обоснуйте Ваше мнение.
Э	-	<p>Набор веса сухость и бледность кожных покровов, непродолжительное отсутствие стенокардии после АКШ может быть связано с развитием сахарного диабета 2 типа (учитывая высокий риск у пациента с АГ, ИБС, с учетом возраста) или гипотиреоза (отеки, набор веса, сухость кожи, брадикардия).</p> <p>Также набор веса может быть проявлением первичного ожирения без другой эндокринной патологии, связанным со снижением двигательной активности и изменением образа жизни после операции. Одышка может усугубляться набором веса, отеки быть проявлением ХСН.</p> <p>Прогрессирование ХСН может также вызвать увеличение массы тела за счет задержки жидкости. Усиление одышки также возможно за счет появления анемии (имеется бледность кожных покровов).</p>
P2	-	Указаны все перечисленные варианты
P1	-	Возможные причины указаны неполностью
P0	-	Возможные причины не указаны
В	2	Сформулируйте предварительный диагноз
Э	-	ИБС. Стенокардия напряжения 3 ФК. Состояние после АКШ. ХСН IIВ 3ФК. Гипертоническая болезнь стадия 3 риск 4. Гипотиреоз? Сахарный диабет 2 типа? Ожирение 1 степени.
P2	-	Сформулирован верно и полностью
P1	-	Сформулирован верно, но неполностью
P0	-	Сформулирован неверно.
В	3	Дайте рекомендации по обследованию
Э	-	Общий анализ крови, глюкоза крови натощак и/или HbA1c, ТТГ, св.Т4. Дополнительно – общеклинические исследования: электролиты, креатинин, АсАТ, АлАТ, липиды, коагулограмма, ЭКГ, рентгенография грудной клетки.

P2	-	Рекомендации соответствуют эталону
P1	-	Не указана часть дополнительных методов
P0	-	Не указана часть основных методов обследования
У		При дообследовании: глюкоза натощак 5,2 ммоль/л; ТТГ 25 мЕд/мл (0,4-4), св.Т4 6,8 пмоль/мл (9-19). ОАК, прочие тесты – без особенностей.
В	4	Уточните диагноз, укажите дальнейшую тактику
Э	-	Первичный гипотиреоз средней тяжести. Ожирение 1 степени. ИБС. Стенокардия напряжения 3 ФК. Состояние после АКШ. ХСН ПВ 3ФК. Гипертоническая болезнь стадия 3 риск 4. Дообследование – УЗИ ЩЖ, ЭхоКГ, липидограмма, консультация эндокринолога
P2	-	Диагноз и план дообследования сформулированы верно
P1	-	Назначено избыточное/недостаточное дообследование, не указано направление к эндокринологу
P0	-	Диагноз неверный.
Н	-	028
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мужчина, 75 лет, обратился в поликлинику для планового осмотра. Перенес ИМ 4 месяца назад. В сравнении с ЭКГ, снятыми перед выпиской из стационара и месяц назад ЭКГ без динамики. Ваше заключение по ЭКГ.</p> 
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аневризма передней стенки левого желудочка
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен верно, но неправильно указана локализация аневризмы
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте свое заключение
Э		Имеются признаки Q-инфаркта миокарда передней стенки с переходом на перегородку области левого желудочка и стабильные в течение 4 месяцев реполяризационные изменения по типу «застывшей кривой» в

		той же зоне
P2	-	Обоснование заключения сделано полностью верно.
P1	-	Обоснование заключения сделано не полностью.
P0	-	Обоснование заключения сделано неверно.
B	3	Укажите другие изменения ЭКГ
Э	-	Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой
P2	-	Изменения указаны верно и полностью
P1	-	Изменения указаны верно, но неполностью
P0	-	Изменения указаны неверно
H	-	029
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Женщина, 75 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие синкопальные состояния с частотой 1 раз в месяц. По ЭКГ – выявлена аритмия.
У		
B	1	Укажите, какие нарушения ритма имеются на данной ЭКГ?
Э	-	Атрио-вентрикулярная блокада 2 степени Мобитц II ст. 3:1, полная блокада правой ножки п Гиса и передней ветви левой ножки п.Гиса
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какой метод лечения является наиболее эффективным при данном нарушении ритма?
Э		Необходим ЭКС.
P2	-	Метод лечения выбран верно
P1	-	-
P0	-	Метод лечения выбран неверно
H	-	030
Ф	ПК-2	проведение профилактических осмотров, диспансерное наблюдение за

		хроническими больными
Ф	ПК- 5	диагностика патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На приеме у врача общей практики пациент 74 лет, который наблюдает-ся по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения 2 КФК, постинфарктного кардиосклероза, НПА (II), артериальной гипертонии II ст. с хорошим медикаментозным контролем. Активно жалоб не предъявляет. В динамике самочувствие за последний год стабильное, хотя последнее время стал отмечать ухудшение памяти, концентрации внимания. Живет один, 2-3 раза в неделю приходит дочь помочь по хозяйству. При объективном осмотре по сравнению с визитом полгода назад динамики не выявлено. Пациенту предложили заполнить опросник «Возраст не помеха». В результате было набрано 4 балла.
В	1	Как оценить результаты тестирования
Э	-	4 балла соответствуют умеренной вероятности старческой астении
P2	-	Результаты оценены правильно
P1	-	-
P0	-	Результаты оценены неверно.
В	2	Что целесообразно провести для уточнения заключения о наличии старческой астении
Э	-	Целесообразно выполнение краткой батареи тестов физического функционирования и теста Мини-Ког в условиях гериатрического кабинета
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен верно, но не указано, кто должен его проводить
P0	-	План обследования составлен неверно
Н		031
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Больной В., 74 лет обратился с жалобами на приступообразную боль за грудиной при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, требующую для купирования большего числа приемов нитроглицерина, чем прежде. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, 14 лет - сахарным диабетом, 11- приступообразной болью за грудиной. Лечился ателололом, арифоном, норваском, глибенкламидом, аспирином и флувастатином. В течение последнего года появилась нерезкая боль при ходьбе в левой ноге, судороги в икроножной мышце, боль в эпигастральной области вскоре после еды, изжога. Больной не курит, алкоголь не употребляет, сократил физическую активность из-за боли в левой ноге. Строго соблюдает диету с низким содержанием холестерина. Объективно: ожирение отсутствует, в углу правого глаза ксантелазма.

		<p>Пульс регулярный, 74 удара в мин, плохо пальпируется на левой ноге. АД 180/80 мм рт.ст. Верхушечный толчок в V межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультация сердца – тоны приглушены, акцент 2 тона над аортой. Легкие - везикулярное дыхание. Печень не пальпируется, болезненность при пальпации в эпигастрии. Селезенка не пальпируется, костно-мышечная система без патологии. Отеков нет.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты- 4,5 x10¹²/л, лейкоциты - 5,0x 10⁹ /л, тромбоциты - 223 x 10⁹/л, эозинофилы- 2%, с/я нейтрофилы 61%, лимфоциты- 31%, моноциты - 6%. ОАМ: относительная плотность 1,018; PH- 5,1, белок отр, лейкоциты - 2-3 в п /з, эр. -1-2-3 в п/з.</p> <p>Биохимические исследования крови: Общий белок крови 70 г/л; общий холестерин - 5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП - 0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП - 4,4 ммоль/л, триглицериды- 1,51 ммоль/л, мочевина 10,2 ммоль/л, креатинин 0,136 ммоль/л.</p> <p>ЭКГ- ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка. Суточное ЭКГ – мониторинг - депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6 при ЧСС 106 в.мин., в течение всего периода наблюдения редкие желудочковые экстрасистолы.</p> <p>ЭХО-доплер исследование аорты и ее ветвей - сужение в месте бифуркации левой общей подвздошной артерии.</p>
В	1	1. Дайте оценку данным параклиническим методам исследования.
Э		<ul style="list-style-type: none"> - общие анализы крови и мочи без отклонений от нормы. - биохимические исследования крови: повышение уровня мочевины, креатинина и холестерина за счет липопротеинов низкой плотности,. - суточное ЭКГ-мониторирование выявило нарушение коронарного кровообращения в передне-боковой стенке левого желудочка, экстрасистолия не связана с эпизодами ишемии. - доплеровское исследование - сужение левой общей подвздошной артерии, по-видимому, атеросклеротического происхождения.
P2		Оценка данных параклинических исследований проведена правильно
P1		Не все данные параклинических исследований оценены правильно
P0		Оценка данных параклинических исследований неверна
	2	Перечислите клинические синдромы, выявленные у больного.
Э		Клинические синдромы: стенокардии; артериальной гипертонии; нарушенного углеводного обмена, или диабетические синдромы; атеросклероза магистральных и периферических сосудов; желудочной диспепсии.
P2		Клинические синдромы указаны верно и полностью
P1		Клинические синдромы указаны верно, но не полностью
P0		Клинические синдромы указаны неверно
Н		032
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Кейс-задача №2: Больной П., 70 лет, вахтер, пришел на диспансерный осмотр, жалоб не предъявляет. С 50-летнего возраста страдает гипертонической болезнью, 2 года назад перенес инфаркт миокарда.

		Регулярно принимает бисопролол 2,5 мг/сут., лозартан 50 мг/сут., кардиомагнил 75мг/сут. Объективно: отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, 2 экстрасистолы в 10 минуту. ЧСС = 72 уд./мин., АД =140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги.
В		Какую обязательную группу препаратов пациент не принимает?
Э		Статины
Р2		Ответ верный
Р1		-
Р0		Ответ неверный
В		Какие анализы необходимо провести перед назначением статинов
Э		Липидный профиль, гликированный гемоглобин, АлАТ, АсАТ, креатинин, тиреотропный гормон
Р2		Необходимые анализы указаны верно и полностью
Р1		Необходимые анализы указаны верно, но не полностью
Р0		Необходимые анализы указаны неверно
Н		033
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		В семейному врачу обратился пациент 76 лет с жалобами на тремор верхних конечностей в покое (движения пальцев по типу катания пилюль), тремор головы в покое (кивательные движения по типу «да-да»), гиперсаливацию, потливость, частые запоры. Частота дрожания 4–8 колебаний в секунду, неодинакова для разных частей тела. Родственники больного отмечают повышенную раздражительность, временами — плаксивость. Симптомы нарастают постепенно в течение нескольких месяцев. При осмотре также определяются явления мышечной скованности.
В	1	Сформулируйте предположительный диагноз
Э		Болезнь Паркинсона; ригидно-дрожательная форма
Р2		Диагноз сформулирован правильно
Р1		Диагноз сформулирован правильно, но не указана форма
Р0		Диагноз сформулирован неправильно
В	2	Какие формы заболевания существуют по преобладанию тех или иных симптомов в клинике
Э		По преобладанию тех или иных симптомов выделяют акинетико-ригидную, ригидно-дрожательную и дрожательную формы паркинсонизма.
Р2		Ответ правильный
Р1		Ответ правильный, но не полный
Р0		Ответ неправильный
Н		034
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
		Больной 63 лет на приеме у семейного врача. Доставлен родственниками. Больным себя не считает. Со слов родственников имеет место: часто повторяющаяся забывчивость, неполное воспроизведение событий, снижение активности больного, раздражительность, конфликтность. Симптомы нарастают на протяжении последнего года. Об-но в психостатусе: некоторое снижение интеллектуально-мнестических функций, легкие затруднения в определении временных взаимоотношений и в мыслительных операциях (например, в определении сходства — различия), мышление конкретное, фон настроения неустойчив, больной обидчив, раздражителен.
В	1	Какой предположительный диагноз можно поставить?
Э		Болезнь Альцгеймера, начальная стадия.
P2		Предположительный диагноз верный
P1		Предположительный диагноз установлен правильно, не указана стадия
P0		Предположительный диагноз установлен неверно
В	2	Какой должна быть тактика врача общей практики?
Э		Необходимо провести клинико-гериатрическое обследование и направить на консультацию к неврологу
P2		Ответ правильный и полный
P1		Ответ правильный, но не полный
P0		Ответ неверный

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1,УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1,УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

		аппарат		
--	--	---------	--	--

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.