

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

Дата подписания документа: 2023.08.02

Уникальный прогамный ключ:

123d1d335abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО

Н.И. Свиридова

«29 августа» 2023 г.



Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Наименование дисциплины: **«Анестезиология-реаниматология»**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.02 «Анестезиология-реаниматология»**

Квалификация (степень) выпускника: **врач – анестезиолог-реаниматолог**

Кафедра: **анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи Института НМФО**

Для обучающихся 2022 года поступления

(актуализированная версия)

Форма обучения: очная


Срок обучения: 2 года

Волгоград, 2023

Разработчики

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Понов Александр Сергеевич	Зав. кафедрой	д.м.н., доцент	анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи ИИМФО
2.	Туровед Михаил Иванович	Профессор кафедры	д.м.н.	анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи ИИМФО
2.	Окстрем Андрей Викторович	Доцент кафедры	к.м.н., доцент	анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи ИИМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.02 «Анестезиологии-реаниматология» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 1 от «28» августа 2023 г.

Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи ИИМФО, д.м.н., А.С. Попов 

Рецензенты:

Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Астраханского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор И.В. Китиашвили.

Заместитель главного врача по хирургической помощи ГУЗ «КБСМП № 25» г. Волгограда д.м.н., профессор Э.А. Пономарев.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института ИИМФО ВолГМУ, протокол № 1 от «29» августа 2023 года.

Председатель УМК



Королева М.М.

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  Науменко М.Л.

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института ИИМФО протокол № 1 от «29» августа 2023 года

Секретарь Ученого совета



Заклякова В.И.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	<ol style="list-style-type: none">1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.6. Гигиеническое воспитание и образование населения.7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.8. Система обязательного социального страхования в России.9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.13. Качество медицинской помощи, основные понятия.14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.3. Особенности изучения общей заболеваемости4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ...</p> <p>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</p> <p>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;</p> <p>в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:</p> <p>а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;</p> <p>б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это:</p> <p>а) заболеваемость по данным обращаемости;</p> <p>б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:</p> <p>а) 50–55 %;</p> <p>б) 20–25 %;</p> <p>в) 15–20 %;</p> <p>г) 10–15 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:</p> <p>а) исторический;</p> <p>б) статистический;</p> <p>в) экспериментальный;</p> <p>г) экономический;</p> <p>д) социологический;</p> <p>е) все вышеперечисленные</p> <p>6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:</p> <p>а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;</p> <p>б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;</p> <p>в) все лица перед проведением профилактических прививок</p> <p>7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:</p> <p>а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;</p> <p>б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;</p> <p>в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;</p> <p>г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;</p> <p>д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах</p>
---	--

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...

- а) **государственное социальное страхование;**
- б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;
- в) менеджмент здравоохранения;
- г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...

- а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;
- б) **составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;**
- в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации

10. Временная нетрудоспособность – это ...

- а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;
- б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;
- в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме

11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:

- а) до 10 дней;
- б) **до 15 дней;**
- в) до 4 месяцев;
- г) до 6 месяцев

12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...

- а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;
- б) **выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;**
- в) не выдается

13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:

- а) своевременность оказания медицинской помощи;
- б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
- в) степень достижения запланированного результата;
- г) **совокупность вышеуказанных характеристик**

14. Виды контроля качества медицинской помощи:

- а) государственный контроль;
- б) ведомственный контроль;
- г) внутренний контроль;
- д) **все вышеперечисленное верно**

15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...

- а) листок нетрудоспособности;
- б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;
- г) **врачебное свидетельство о смерти**

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 1.</p> <p>Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p>Задача № 2.</p> <p>В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p>Задача № 3.</p> <p>При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p>Задача № 4.</p> <p>Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p>Задача №5.</p> <p>По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
- 76 – 90%	76– 90
Хорошо (4)	91 – 100

-91-100 Отлично (5)	
-------------------------------	--

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	3	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	4	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	5	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	6	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	10	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	11	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	12	1-15	1-15	1-5	1-15	-

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II Уметь: применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II Знать: теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;			+		
Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,	Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 Уметь: толерантно			+		

этнические, конфессиональные и культурные различия	воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II Знать: теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II			+	+	
Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III			+	+	+
Первый уровень (УК-3) -1 Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1 Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1			+		
Второй уровень (УК-3) - II	Владеть: навыками самостоятельной работы			+	+	

<p>Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - П Уметь: осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - П Знать: основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - П</p>			+	+	
<p>Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p>Владеть: интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - III Знать: психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - III</p>			+	+	+
<p>Первый уровень (ПК-9)-1 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Владеть: санологическим мышлением Уметь: осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьe сбережения Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>			+	+	
<p>Второй уровень (ПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Владеть: навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление</p>			+	+	

	здоровья Знать: техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;			+	+	
Третий уровень (ПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Владеть: навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей			+	+	+
				+	+	+
				+	+	+

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от первичного текста)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов

Отлично (5)	б. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--------------------	---

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности</p>	А	100–96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.</p>	В	95–91		5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован,</p>	С	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4

логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающиеся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.	D	80-76		4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	E	75-71	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.	E	70-66		3 (3-)
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их	E	65-61	(ознакомительный, либо компетенция не сформирована)	9 3 (3-)

<p>существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>				
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Fx	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций.</p> <p>Компетентность отсутствует.</p>	F	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
		текущий контроль				
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное / групповое)	Проект	Зачёт

УК-1	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+	+	+	+	+
УК-3		+	+	+	+	+
ПК-9	+	+	+	+	+	+

12.1. Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
 13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
 14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика**: учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- | | |
|--------------------|--|
| 1. описательном | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта |

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. проективном | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания |

3. рефлексивном

В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции

Выберите один или несколько правильных ответов

12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.

3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы

4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.

3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.

4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

1) методикой воспитания

2) воспитательной технологией

3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный

- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

Дополните высказывание

46. . РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ- _____ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ- _____ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА, УСВОЕНИЕ* КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - _____ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации

- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка

- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАННИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ __ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой

- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) «Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

1. умения управлять собой

А. владение своим телом

2. умения взаимодействовать
- Б. владение эмоциональным состоянием
 - В. организаторские
 - Г. владение техникой контактного взаимодействия
 - Д. дидактические
 - Е. владение техникой речи

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- 1. внегуманитарный
 - А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития
- 2. нормативный
 - Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками
- 3. технологический
 - В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий
- 4. системный
 - Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним
- 5. концептуальный
 - Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- 1. присущие многим сферам человеческой деятельности
 - А. информационная
 - Б. конструктивная
 - В. организаторская
 - Г. коммуникативная
 - Д. гностическая
 - Е. воспитательно-развивающая
 - Ж. ориентационная
- 2. специфические педагогические
 - З. мобилизационная
 - И. исследовательская

Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - _____

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ -

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР -

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - _____

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ»

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ- _____

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - _____

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - _____

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - _____

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания

- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9

7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-9

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
 - а. **функциональная подсистема РСЧС;**
 - б. территориальная подсистема РСЧС;
 - в. структурное подразделение МЧС;
 - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.

2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
 - а. для оказания первой помощи;
 - б. для оказания первой врачебной помощи;
 - в. **для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
 - г. для оказания специализированной медицинской помощи.

3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. **хирургическое отделение;**
 - б. травматологическое отделение;
 - в. неврологическое отделение;
 - г. нейрохирургическое отделение.

4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;
 - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
 - г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;
 - в. бригады специализированной медицинской помощи;
 - г. **бригады экстренного реагирования.**

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:
 - а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
 - б. **врачебно-сестринские бригады;**
 - в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:
 - а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
 - б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
 - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
 - г. областная клиническая больница

8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:
 - а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;

б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;

в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;

б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;

в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

а. двухэтапная система ЛЭО;

б. трехэтапная система ЛЭО;

в. четырехэтапная система ЛЭО;

г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;

б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;

в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.

г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;

б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопрфилактика столбняка;

в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирующее тампонирование раны, противошоковая терапия;

б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;

в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

а. повреждение легких;

б. пневмоторакс;

в. гемоторакс;

г. повреждение сердца.

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавшим направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;

- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. активируют перекисное окисление липидов;**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммуностимулирующее;
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. повышают проницаемость мембран.**

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:

- а. через кожу и слизистые оболочки;
- б. ингаляционно;
- в. через желудочно-кишечный тракт;
- г. при любом пути поступления.**

29. Реактиватором холинэстеразы является:

- а. атропин;
- б. метацин;
- в. унитиол;
- г. дипироксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
3. тяжелой;
4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
- г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

- а. > 10 МэВ/мкм;
- б. < 10 кэВ/мкм;
- в. < 10 МэВ/мкм;
- г. > 10 кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубже лежащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
- б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
- в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;
- г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострадиационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий абортный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. 10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100\60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.

3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные. 1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно

пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Из рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Из рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76 – 90 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100	

Отлично (5)	
--------------------	--

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	12	1-11,16,17	1-10	1-11

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ФИЗИОЛОГИЯ»**

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:

- Болезнь Вакеза-Ослера
- Горная болезнь.
- Неукротимая рвота
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия

- Тетрада Фалло

ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- **Эритроцитоз**
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**

- Все перечисленное верно

ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии

- Анемия приобретенная
- Анемия наследственная
- Анемия гипохромная
- Анемия гиперхромная
- Количество ретикулоцитов увеличено
- Селезенка увеличена

ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемоглобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглинопатия S
- Гемоглинопатия E
- Гемоглинопатия M
- Гемоглинопатия C
- Дефицит цитохром альфа-редуктазы
- Воздействие нитратов или нитритов
- Воздействие анилиновых красителей
- Воздействие сульфаниламидов

ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?

- Желудок
- Пищевод
- Ротовая полость
- Двенадцатиперстная кишка
- Толстая кишка
- Проксимальный отдел тонкой кишки

ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:

- Слабость
- Повышенная утомляемость.
- Адинамия
- Миалгия
- Головокружение
- Глоссит

- Карлес
- Ангулярный стоматит
- Клойнихия (койлонихия)
- Снижение умственной и физической трудоспособности
- Тахикардия
- Нарушение глотания
- Гепатомегалия
- Ахлоргидрия
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- Извращение вкуса и запаха

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

- Гипохромной
- Гиперхромной
- Микроцитарной
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- Нормобластической
- Гемолитической
- Дисэритропоэтической

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

- для талассемии
- для анемии при уремии
- для железорефрактерной анемии
- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При В12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:

- В системе пищеварения
- В нервной системе
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- В системе крови

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В22-дефицитной анемии:

- Макроцитоз
- Микроцитоз

- Анизоцитоз
- Мегалоцитоз
- Пойкилоцитоз
- Базофильная пунктация эритроцитов
- Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- Лейкопения
- Тромбоцитоз
- Тромбоцитопения
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- Появление в крови мегалобластов

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоз:

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен
- Болезнь Иценко-Кушинга
- Врожденная метгемоглобинемия
- Локальная ишемия почки (поликистоз)
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- Гемангиобластома

ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:

- **Хроническое кровотечение**
- Гемоллиз эритроцитов

- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:

- **Микросфероцитоз**
- Цветовой показатель в норме
- **Ретикулоцитоз**
- Увеличено содержание непрямого билирубина
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов**
- Верного нет

ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглобинопатиях, обусловленных носительством гемоглобинов со сниженным сродством к кислороду:

- P_{O_2} снижено
- P_{O_2} повышено
- **P_{O_2} в норме**
- S_{O_2} увеличено
- **S_{O_2} снижено**
- S_{O_2} в норме
- **Содержание дезоксигемоглобина повышено**
- Содержание гемоглобина снижено
- **Содержание гемоглобина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:

- **Снижение цветового показателя**

- Повышение цветового показателя
- **Микроцитоз**
- Макроцитоз
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- Содержание железа в сыворотке крови не изменено
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодефицитной анемии:

- **Снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

Банк ситуационных задач

Задача №1
«Патология Гемостаза»

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты– $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 380×10^9 /л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. *О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?*
2. *Патогенез данного заболевания.*
3. *Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.*
4. *Виды тромбоцитопатий.*
5. *Принципы лечения тромбоцитопатий.*

Задача №2 **«Патология Гемостаза»**

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9$ /л), лейкоциты- $1,3 \times 10^9$ /л (N6-8 $\times 10^9$ /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакариоциты не найдены.

1. *Какая форма патологии гемостаза у больной?*
2. *Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.*
3. *Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.*
4. *Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.*
5. *Терапия тромбоцитопений.*

Задача №3 **«Патология Гемостаза»**

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

ЗАДАЧА 4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог IIIА-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

Клинический случай (III)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40°C в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39°C , появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах $39-40^{\circ}\text{C}$, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка ($38-38,5^{\circ}\text{C}$), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г.

— гиперемия 12 мм, 2006 г.— гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание понижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	Л	СОЗ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
Т-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
Т-хелперы/Т-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
Т-супрессоры/Т-цитотоксические (CD4 ⁺ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
В-лимфоциты (CD3 ⁻ CD 19 ⁺)		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерилен.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.

11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.

12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.

13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.

14. Инструментальные обследования:

— R-грамма ОГК — без особенностей;

— эхокардиограмма — без патологии;

— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипоэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипоэхогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

- кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;
- хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;
- иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;
- гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительное обследование.
3. Определить (предположить) этиологию заболевания.
4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

**12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.

19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-

серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1°C. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на

одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически -

дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38°C. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 °C. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного

цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).

19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

12.2 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты.

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов.Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

Темы рефератов

Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	1 Значение современных морфологических методов исследования. 1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы. 2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов. 3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза 4. Современные методы изучения биоптата.
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии. 2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении. 3. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии. 2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности. 3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита. 4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей. 5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких. 6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению

-пяти критериям Отлично (5)	5. Грамотность
---------------------------------------	----------------

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения. 2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс. 4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). 5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение. 6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты. 7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС. 8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию. 9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС. 10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных. 11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных. 12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения. 13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в ревматологии. 14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение. 15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP). 16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике. 17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов. 19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики. 20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков. 21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков. 22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств. 23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования,

способа введения в ревматологии.

24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.
25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.
26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.
27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.
28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.
29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в ревматологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.
30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.
31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.
32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.
33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.
34. Последствия нерационального применения АМП
35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.
36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в ревматологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
40. Общие подходы к антимикробной профилактике в ревматологии.
41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в ревматологической практике.
42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
45. Выбор гемостатических препаратов в ревматологии.
46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического

	<p>криза, приступа стенокардии.</p> <p>47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.</p> <p>48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.</p> <p>49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НПР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в ревматологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача ревматолога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в ревматологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1	1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической
---------------------------	--

«Общие вопросы фармакологии»

- фармакологии.
2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.
 3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.
 4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.
 5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.
 6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.
 7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.
 8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.
 9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.
 10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.
 11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.
 12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.
 13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.
 14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).
 15. Дайте определение понятия фармакодинамика.
 16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.
 17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.
 18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.
 19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.
 20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.
 21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.
 22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.
 23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.
 24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.
 25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.
 26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.

	<p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы. Антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению.</p>

	<p>Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</p> <p>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</p> <p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в ревматологии</p> <p>53. Специфические антидоты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»

1. Областью изучения клинической фармакологии являются:
 - А) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.**
 - В) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.
 - С) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.
 - Д) Клинические испытания лекарственных средств.

2. Основной целью фармакоэкономического анализа является:
 - А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.
 - В) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.**
 - С) Выбор наиболее эффективного вида терапии.
 - Д) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.

3. Лекарственная форма это:
 - А) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.**
 - В) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.
 - С) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.

4. К методам фармакоэкономического анализа не относятся:
 - А) Метод затраты-эффективность.
 - В) Метод затраты-прибыль.**
 - С) Метод затраты-полезность.
 - Д) Метод затраты-выгода

5. Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :
 - А) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
 - В) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
 - С) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
 - Д) Не требует изучения генотипа больного.

6. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:
 - А) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
 - В) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
 - С) Хромосомные aberrации.
 - Д) Хромосомные транслокации.

7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:
- A) **CYP2D6.**
 - B) CYP3A4
 - C) **CYP2C9**
 - D) **CYP2C19**
8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :
- A) Иммуноферментного анализа.
 - B) Иммунофлюоресцентного анализа.
 - C) **ПЦР.**
 - D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.
9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:
- A) Высокая
 - B) Нормальная
 - C) **Низкая**
10. Биодоступность ЛС это:
- A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
 - B) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**
 - C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.
11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:
- A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
 - B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
 - C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
 - D) **Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**
12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:
- A) всасывание;
 - B) распределение;
 - C) метаболизм (биотрансформация);
 - D) выведение;
 - E) **все вышеперечисленные.**
13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:
- A) всасывание;

- В) распределение;
- С) метаболизм (биотрансформация);
- Д) выведение;
- Е) механизм действия.**

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

- А) макролиды;
- В) фторхинолоны;
- С) тетрациклины;
- Д) все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- А) 30 мин;
- В) 1 час;
- С) 2 ч и более;**
- Д) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- А) угнетается;**
- В) усиливается;
- С) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- А) угнетается;**
- В) усиливается;
- С) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами,

повышающими рН мочи:

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- А) пенициллины;
- В) тетрациклины;
- С) фторхинолоны;
- Д) макролиды;
- д) правильно В и С.**

22. Агонисты рецепторов это:

- А) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- В) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- С) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- Д) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- А) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- В) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- С) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
- Д) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.

24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- А) типа А;
- В) типа В;
- С) типа С;**
- Д) типа D;
- Е) типа Е

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- А) пожилой возраст;
- В) тяжелое состояние больного;
- С) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
- Д) генетическая предрасположенность;
- Е) все вышеперечисленное**

26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные

	<p><u>реакции:</u> А) приводящие к смерти; В) требующие госпитализации или ее продления; С) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); D) приводящие стойкому снижению трудоспособности; Е) все вышеперечисленное верно.</p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u> А) типа А; В) типа В; С) типа С; D) типа D; Е) типа Е.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u> А) комплаенсом; В) фармаконадзором; С) фармакоэпидемиологией; D) фармакоинспекцией.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u> а) диклофенак; б) индометацин; с) целекоксиб; д) ибупрофен;</p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u> а) аспирин; б) лорноксикам; с) целекоксиб; d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u> А) преднизолон В) метилпреднизолон С) дексаметазон А) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u> А) аспирин; В) нимесулид; С) целекоксиб; D) лорноксикам;</p> <p>33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u> а) через 2 суток;</p>

- b) через 5-7 суток;
- c) через 7-10 суток;
- d) через 10-14 суток;**

34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:
- A) преднизон
 - B) бетаметазон**
 - C) беклометазона дипропионат
 - D) метилпреднизолон
35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:
- A) циклооксигеназа**
 - B) фосфодиэстераза
 - C) 5-липооксигеназа
 - D) фосфолипаза A2
36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:
- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
 - B) неэффективность пульс-терапии
 - C) стабилизация общего состояния больного**
 - D) декомпенсированное состояние больного
37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:
- A) Т-лимфоциты
 - B) В-лимфоциты
 - C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
 - D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты
38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:
- A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
 - B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
 - C) однократно утром
 - D) 3 раза в день в равных дозах
39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:
- A) Преднизолон.
 - B) Метилпреднизолон.
 - C) Дексаметазон.
 - D) Гидрокортизон.**
40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:
- A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.

- В) Истончение кожи, образование стрий.
- С) Остеопороз, асептические некрозы костей.
- Д) Учащение и утяжеление инфекций.
- Е) Артериальная гипотензия.**
- Ф) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

- А) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- В) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- С) Характеристики пациента
- Д) Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

- А) 24 часа
- В) 3 дня**
- С) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- А) 5-10% случаев**
- В) 20-30% случаев
- С) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- А) обладают иммуностимулирующим действием
- В) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- С) способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

- А) Возможно
- В) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- С) Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- А) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- В) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за

бактерии «полезные»

С) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) Цефалеперзон.**
- F) Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.

D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- A) **IIa, Xa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямими антикоагулянтами является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) **Протамина сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) **Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) **Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) **ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлоксацин
- B) линкомицин
- C) **ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в

отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные α/ γ интерфероны
- B) кагоцел
- C) ингавирин**
- D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- D) моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) Азитромицин**
- B) левомицетин
- C) имипенем
- D) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический
- B) анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- 1. потливость
- A. верно 1, 2, 3

2. сердцебиение В. верно 1, 4, 5
3. сухость во рту С. **верно 3, 4, 5**
4. нарушение аккомодации D. верно 1, 2, 5
5. задержка мочеиспускания E. верно 2, 3, 4

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- A) аминофиллин
D) верапамил
C) омепразол
D) **диазепам**
E) все ответы правильные

69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:

- A) **местное**
B) общее (наркоз)
C) комбинированное
D) нейролептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- A) вагосимпатическая блокада
B) спинальная анестезия
C) стволовая анестезия
D) **внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- A) **обратимое торможение нервной ЦНС**
B) необратимое торможение ЦНС
C) блокада основного нервного ствола
D) возбуждение ЦНС

72. Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:

- A) обморок
B) **контрактура нижней челюсти**
C) анафилактический шок
D) коллапс

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- A) контрактура
B) **коллапс**
C) некроз
D) гематома

74. Непосредственным осложнением местной анестезии является:

- A) **обморок**
B) гематома
C) контрактура
D) кровотечение
E) пародонтит

	<p>75. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</p> <p>A) внутривенно 1 мл мезатона</p> <p>B) внутримышечно 1 мл норадреналин</p> <p>C) внутримышечно метамезон</p> <p>D) внутривенно 1 мл атропина</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	
	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям Хорошо (4)	
-пяти или шести критериям Отлично (5)	

10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям Хорошо (4)	
-пяти или шести критериям Отлично (5)	

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1	1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
ПК	2	1,25,26	4,11
	7	1 - 75	1-57
	9	1- 28	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б1.Б.6	<i>Анестезиология-реаниматология</i>	
Б1.Б.6.1	Нормативно-правовая база деятельности и службы АиР в РФ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Состояние и перспективы развития Службы АИР в РФ. 2. Социально-экономическая значимость urgentных заболеваний. 3. Ведение документации. Форма учета и отчетности. 4. Организация Службы АиР. 5. Принципы диспансеризации больных. 6. Организационно-методические аспекты службы. 7. Основная документация в амбулатории и стационаре. 8. Основы трудовой экспертизы больных. 9. Понятие медицинской психологии и медицинской деонтологии. <p>Субъективная картина болезни. Отношение к болезни. Личность хронического больного. Проблема боли при ревматических болезнях.</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Психологические факторы в лечении больных ревматическими заболеваниями. Психологические и социальные аспекты реабилитации. <p>Информация больных о заболевании (образование больных).</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Основные группы болезней по МКБ. Номенклатура и классификация заболеваний. Вопросы номенклатуры и терминологии заболеваний. 12. Международная классификация заболеваний. . 13. Эпидемиология заболеваний. Методы эпидемиологических исследований. Массовые обследования населения (основные требования).
Б1.Б.6.1.1	Юридические и правовые аспекты службы АиР	<ol style="list-style-type: none"> 11. Основные понятия и принципы анестезиолого-реанимационной медицинской помощи 12. Отделение анестезиологии-реанимации. Руководство и функции 13. Штаты. Функции. Должностные обязанности 14. Показатели, характеризующие работу службы АиР 15. Правовые и социальные аспекты деятельности службы АиР 16. Регулирование деятельности и финансирование службы АиР 17. Обеспечение качества медицинской помощи в работе АиР 18. Повышение квалификации медицинских работников службы АиР 19. Организация работы и функции медицинской организации, оказывающей АиР медицинскую помощь, в стационарных условиях 20. Взаимодействие догоспитального и госпитального этапов оказания АиР помощи 21. Стационарное отделение АиР медицинской помощи: структура, принципы организации, финансирование, роль в системе оказания, экономические аспекты деятельности
Б1.Б.6.1.2	АиР - интегральная роль	<ol style="list-style-type: none"> 22. Виды и методы анестезиологического пособия, применяемые при оказании АиР помощи вне медицинской организации 23. Основные фармакологические средства, используемые в

<p>практической отрасли здравоохранения</p>		<p>анестезиологии и реаниматологии при оказании АиР помощи вне медицинской организации</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. Реанимация и интенсивная терапия при оказании АиР медицинской помощи вне медицинской организации 25. Внезапное прекращение кровообращения 26. Внезапное прекращение дыхания 27. Проведение комплексной сердечно-легочной и церебральной реанимации с определением условий отказа от ее проведения и показаний к ее прекращению 28. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, в том числе с помощью воздуховодов, ларингеальной трубки, комбитьюба, ларингеальной маски, интубации трахеи методом прямой ларингоскопии 29. Проведение закрытого массажа сердца (ручного и с помощью специальных медицинских изделий) 30. Электроимпульсная терапия (дефибриляция, кардиоверсия). Искусственная вентиляция легких с использованием аппаратов искусственной вентиляции легких различных типов, комплектов дыхательных для ручной искусственной вентиляции легких 31. Применение искусственной вентиляции легких в режимах: с контролем по объему, контролем по давлению. Применение вспомогательной вентиляции легких 32. Пункция и катетеризация периферических и наружной яремной вен, в том числе с использованием ультразвуковой навигации 33. Проведение мониторинга состояния пациента по показателям электрокардиограммы, артериального давления, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии, температуры с помощью транспортных аппаратов мониторинга жизненно-важных функций организма 34. Оценка глубины расстройств сознания по шкале Глазго, оценка признаков внутричерепной гипертензии, оценка признаков гипертензионно-дислокационного синдрома, оценка степени дегидратации 35. Профилактика и лечение аспирационного синдрома 36. Профилактика и лечение жировой эмболии 37. Коникотомия, коникостомия, коникопункция и микротрахеостомия 38. Пульсоксиметрия 39. Оксигенотерапия 40. Внутрикожное, подкожное, внутримышечное, внутривенное, внутрикостное, сублингвальное, эндотрахеальное введение лекарственных препаратов 41. Проведение инфузионной терапии, в том числе с использованием инфузоматов 42. Противошоковый костюм: показания и противопоказания к использованию, методика применения 43. АиР помощь вне медицинской организации при шоке, в том числе при гиповолемическом шоке, травматическом шоке, септическом шоке, анафилактическом шоке, ожоговом шоке 44. АиР помощь вне медицинской организации при поражении электрическим током и молнией 45. АиР помощь вне медицинской организации при асфиксии 46. АиР помощь вне медицинской организации при утоплении 47. АиР помощь вне медицинской организации при перегревании и тепловом ударе 48. АиР помощь вне медицинской организации при синдроме
---	--	--

		<p>длительного сдавления</p> <p>49. АиР помощь вне медицинской организации при общем охлаждении</p> <p>50. АиР помощь вне медицинской организации при токсическом эпидермальном некролизе</p>
Б1.Б.6.2	Теоретические аспекты анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основы электрокардиографии. Методика регистрации электрокардиограммы. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных. 2. Типы электрокардиостимуляции и электрокардиостимуляторов 3. Электрическая дефибрилляция сердца 4. Исследование уровня глюкозы в крови 5. Проведение системного тромболитика 6. Ингаляционное введение лекарственных препаратов с помощью ингаляторов, небулайзеров 7. АиР помощь вне медицинской организации при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST на электрокардиограмме 8. АиР помощь вне медицинской организации при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме 9. АиР помощь вне медицинской организации при внезапной сердечной смерти. 10. АиР помощь вне медицинской организации при острой сердечной недостаточности 11. АиР помощь вне медицинской организации при кардиогенном шоке 12. АиР помощь вне медицинской организации при брадиаритмиях 13. АиР помощь вне медицинской организации при тахикардиях 14. АиР помощь вне медицинской организации при повышении при повышении артериального давления. 15. АиР помощь вне медицинской организации при тромбоэмболии легочной артерии 16. АиР помощь вне медицинской организации при острой дыхательной недостаточности. 17. АиР помощь вне медицинской организации при внебольничной пневмонии 18. АиР помощь вне медицинской организации при обострении бронхиальной астмы 19. АиР помощь вне медицинской организации при кровотечении из верхних дыхательных путей (легочном кровотечении) 20. АиР помощь вне медицинской организации при гипергликемических состояниях 21. АиР помощь вне медицинской организации при гипогликемических состояниях 22. АиР помощь вне медицинской организации при крапивнице 23. АиР помощь вне медицинской организации при ангионевротическом отеке легких
Б1.Б.6.2.1	Клинико-анатомические аспекты оказания АиР помощи	<ol style="list-style-type: none"> 1. АиР помощь вне медицинской организации при кровотечениях из челюстно-лицевой области 2. АиР помощь вне медицинской организации при острой боли в челюстно-лицевой области 3. АиР помощь вне медицинской организации при инфекционно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области 4. АиР помощь вне медицинской организации при переломах костей лицевого черепа 5. АиР помощь вне медицинской организации при инфекционно-

		<p>воспалительных заболеваниях глаз</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. АиР помощь вне медицинской организации при ранении глаз 7. АиР помощь вне медицинской организации при термических и химических ожогах глаз 8. АиР помощь вне медицинской организации при окклюзии центральной артерии сетчатки 9. АиР помощь вне медицинской организации при болезни Меньера 10. АиР помощь вне медицинской организации при острой нейросенсорной тугоухости 11. АиР помощь вне медицинской организации при остром стенозе гортани 12. АиР помощь вне медицинской организации при остром синусите 13. АиР помощь вне медицинской организации при остром гнойном среднем отите 14. АиР помощь вне медицинской организации при инфекционно-воспалительных заболеваниях глотки и гортани
<p>Б1.Б.6.4</p>	<p>Неотложная помощь</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основы электрокардиографии. Методика регистрации электрокардиограммы. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных. 2. Типы электрокардиостимуляции и электрокардиостимуляторов 3. Электрическая дефибрилляция сердца 4. Исследование уровня глюкозы в крови 5. Проведение системного тромболизиса 6. Ингаляционное введение лекарственных препаратов с помощью ингаляторов, небулайзеров 7. АиР помощь вне медицинской организации при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST на электрокардиограмме 8. АиР помощь вне медицинской организации при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме 9. АиР помощь вне медицинской организации при внезапной сердечной смерти. 10. АиР помощь вне медицинской организации при острой сердечной недостаточности 11. АиР помощь вне медицинской организации при кардиогенном шоке 12. АиР помощь вне медицинской организации при брадиаритмиях 13. АиР помощь вне медицинской организации при тахиаритмиях 14. АиР помощь вне медицинской организации при повышении при повышении артериального давления. 15. АиР помощь вне медицинской организации при тромбоэмболии легочной артерии 16. АиР помощь вне медицинской организации при острой дыхательной недостаточности. 17. АиР помощь вне медицинской организации при внебольничной пневмонии 18. АиР помощь вне медицинской организации при обострении бронхиальной астмы 19. АиР помощь вне медицинской организации при кровотечении из верхних дыхательных путей (легочном кровотечении) 20. АиР помощь вне медицинской организации при гипергликемических состояниях 21. АиР помощь вне медицинской организации при

		<p>гипогликемических состояниях</p> <p>22. АиР помощь вне медицинской организации при крапивнице</p> <p>23. АиР помощь вне медицинской организации при ангионевротическом отеке легких</p>
<p>Б1.Б.6.5</p>	<p>Общая реаниматология</p>	<p>24. Виды и методы реанимационного пособия, применяемые при оказании скорой медицинской помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи</p> <p>25. Основные фармакологические средства, используемые в анестезиологии и реаниматологии при оказании скорой медицинской помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи</p> <p>26. Вопросы предоперационного обследования и подготовки больного к операции и анестезии</p> <p>27. Риск операции и анестезии</p> <p>28. Современная наркозно-дыхательная аппаратура</p> <p>29. Реанимация и интенсивная терапия при оказании скорой медицинской помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи</p> <p>30. Внезапное прекращение кровообращения: причины, симптомы, диагностика. Виды остановки сердца. Основные методы восстановления кровообращения</p> <p>31. Проведение комплексной сердечно-легочной и церебральной реанимации с определением условий отказа от ее проведения и показаний к ее прекращению</p> <p>32. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, в том числе с помощью воздуховодов, ларингеальной трубки, комбитьюба, ларингеальной маски</p> <p>33. Интубация трахеи, показания и противопоказания, осложнения. "Трудные дыхательные пути"</p> <p>34. Проведение закрытого массажа сердца (ручного и с помощью специальных медицинских изделий)</p> <p>35. Электроимпульсная терапия (дефибрилляция)</p> <p>36. Накожная и чреспищеводная кардиостимуляция</p> <p>37. Искусственная вентиляция легких с использованием аппаратов искусственной вентиляции легких различных типов, комплектов дыхательных для ручной искусственной вентиляции легких</p> <p>38. Применение искусственной вентиляции легких в режимах: с контролем по объему, контролем по давлению</p> <p>39. Применение вспомогательной вентиляции легких</p> <p>40. Пункция и катетеризация периферических и центральных вен, в том числе с использованием ультразвуковой навигации, венесекции периферических сосудов</p> <p>41. Проведение мониторинга состояния пациента по показателям электрокардиограммы, артериального давления, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии, температуры с помощью аппаратов мониторинга</p> <p>42. Оценка глубины расстройств сознания по шкале Глазго, оценка признаков внутричерепной гипертензии, оценка признаков гипертензионно-дислокационного синдрома, оценка степени дегидратации</p> <p>43. Профилактика и лечение аспирационного синдрома</p> <p>44. Профилактика и лечение жировой эмболии</p> <p>45. Коникотомия, коникостомия, коникопункция и микротрахеостомия</p> <p>46. Пульсоксиметрия</p> <p>47. Капнометрия</p>

		<p>48. Определение кровопотери по гемоглобину и гематокриту</p> <p>49. Оксигенотерапия</p> <p>50. Обезболивание с помощью основных методов общей анестезии с использованием аппаратуры для ингаляционного наркоза</p> <p>51. Спинномозговая пункция</p> <p>52. Применение сортировочных шкал оценки тяжести состояния пациента, шкал оценки гиповолемии по шокковому индексу, шкал оценки тяжести травм</p> <p>53. Терминальные состояния. Ведущие патогенетические факторы. Этапы умирания, патогенез. Смерть мозга, медицинские и юридические аспекты</p> <p>54. Постреанимационная болезнь</p> <p>55. Инфузионная терапия. Классификация инфузионных сред. Проведение и контроль инфузионной терапии, в том числе с помощью инфузоматов</p> <p>56. Внутрикожное, подкожное, внутримышечное, внутривенное, внутриартериальное, внутрикостное, сублингвальное, эндотрахеальное введение лекарственных препаратов, в том числе с применением шприцевых и волюметрических дозаторов, с расчетом дозы и скорости введения препаратов</p> <p>57. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при шоке, в том числе при гиповолемическом шоке, травматическом шоке, септическом шоке, анафилактическом шоке, ожоговом шоке</p> <p>58. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при поражении электротоком и молнией</p> <p>59. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при асфиксии</p> <p>60. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при утоплении</p> <p>61. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при перегревании и тепловом ударе</p> <p>62. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при синдроме длительного сдавления</p> <p>63. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при общем охлаждении</p> <p>64. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при токсическом эпидермальном некролизе</p>
<p>Б1.Б.6.6</p>	<p>Реанимация и ИТ при критических состояниях</p>	<p>65. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных в стационарном отделении скорой медицинской помощи</p> <p>66. Интерпретация данных эхокардиографии, рентгенографических изображений, компьютерных томограмм и магнитно-резонансных томограмм, результатов эндоскопических методов исследования желудочно-кишечного тракта и бронхиального дерева</p> <p>67. Интерпретация показателей клинического и биохимического анализа крови, коагулограммы, кислотно-основного состояния крови, анализа мочи</p> <p>68. Исследование уровня глюкозы в крови</p> <p>69. Обнаружение кетоновых тел в моче</p> <p>70. Интерпретация исследования уровня биохимических маркеров некроза миокарда</p> <p>71. Проведение системного тромболитика</p> <p>72. Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков с помощью пикфлоуметра</p>

		<p>73. Ингаляционное введение лекарственных препаратов с помощью ингаляторов, небулайзеров</p> <p>74. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST на электрокардиограмме</p> <p>75. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме</p> <p>76. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти</p> <p>77. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при острой сердечной недостаточности</p> <p>78. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при кардиогенном шоке</p> <p>79. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при брадиаритмиях</p> <p>80. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при тахиаритмиях</p> <p>81. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при повышении при повышении артериального давления</p> <p>82. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при тромбоэмболии легочной артерии</p> <p>83. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности</p> <p>84. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии</p> <p>85. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при обострении бронхиальной астмы</p> <p>86. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при кровотечении из верхних дыхательных путей (легочном кровотечении)</p> <p>87. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при гипергликемических состояниях</p> <p>88. АиР помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи при гипогликемических состояниях</p> <p>89. АиР помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи при крапивнице</p> <p>90. АиР помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи при ангионевротическом отеке легки</p>
<p>Б1.Б.6.6 .1</p>	<p>РИТ при шоке любой этиологии, острой травме, кровотечениях, аллергии и анафилаксии, кардиогенный шок. ТЭЛА</p>	<p>91. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при ургентных негравидарных метроррагиях</p> <p>92. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при угрозе прерывания беременности на сроках гестации до 22 недель</p> <p>93. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при эклампсии и преэклампсии</p> <p>94. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при самопроизвольных родах</p> <p>95. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при травмах женских мочеполовых органов</p> <p>96. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при эктопической беременности</p> <p>97. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при апоплексии яичника</p> <p>98. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи</p>

		помощи при воспалительных заболеваниях женских половых органов
Б1.Б.6.6.2	РИТ у детей	<p>99. Реанимация и интенсивная терапия у детей при оказании скорой медицинской помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи</p> <p>100. Виды и методы анестезиологического пособия у детей при оказании скорой медицинской помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи</p> <p>101. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при синдроме внезапной смерти младенцев</p> <p>102. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при шоке у детей</p> <p>103. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при судорогах у детей</p> <p>104. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при обострении бронхиальной астмы у детей</p> <p>105. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при остром обструктивном ларинготрахеите у детей</p> <p>106. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии у детей</p> <p>107. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей</p> <p>108. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при острой сердечной недостаточности у детей</p> <p>109. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при ожогах у детей</p> <p>110. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при острых отравлениях у детей</p> <p>111. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при острых (хирургических) заболеваниях органов брюшной полости у детей</p> <p>112. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при генерализованной менингококковой инфекции у детей</p> <p>113. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при острых осложнениях сахарного диабета 1-го типа у детей диабетическом кетоацидозе и гипогликемии</p> <p>114. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при травматическом шоке у детей</p> <p>115. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при травмах головы у детей</p> <p>116. АиР помощь в стационарном отделении скорой медицинской помощи при травмах верхних и нижних конечностей у детей</p>
Б1.Б.6.6.3	Медицина чрезвычайных ситуаций и санитарно-авиационная эвакуация	<p>1. Медико-технические характеристики очагов аварий, катастроф и стихийных бедствий. Термины и определения. Общие закономерности поражения населения при катастрофах</p> <p>2. Автомобильные катастрофы. Медицинские последствия дорожно-транспортных происшествий</p> <p>3. Авиационные катастрофы. Определение понятий и</p>

		<p>классификация. Медицинские последствия и причины авиационных катастроф.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Железнодорожные катастрофы и их классификация. Причины и медицинские последствия железнодорожных катастроф 5. Понятие о пожаровзрывоопасных объектах. Классификация пожаров по масштабам и интенсивности. Медицинские последствия пожаров 6. Современный терроризм, его истоки, характерные черты и особенности. Масштабы, содержание и виды терроризма. Терроризм, осуществляемый с применением взрывных устройств. Химический, радиационный и биологический терроризм. Медицинские последствия терроризма 7. Медико-тактическая характеристика террористических актов. Принципы организации оказания медицинской помощи населению при террористических актах 8. Организация оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации в чрезвычайных ситуациях 9. Основные варианты организации лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах катастроф 10. Организация оказания медицинской помощи пораженному населению на догоспитальном этапе 11. Организация оказания медицинской помощи пораженному населению на госпитальном этапе 12. Основы взаимодействия с экстренными оперативными службами, силами гражданской обороны, функциональной подсистемой единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций 13. Организация и оказание пораженным экстренной медицинской помощи. Организация эвакуации пораженных 14. Медицинская эвакуация - задачи и порядок организации 15. Принципы медицинской сортировки и установления последовательности оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при массовых заболеваниях, травмах или иных состояниях, в том числе при ликвидации медицинских последствий чрезвычайной ситуации 16. Медицинская авиация, особенности организации и работы в составе авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи
--	--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б1.Б.6	<i>АиР помощь</i>	
Б1.Б.6.1	Нормативно-правовая база деятельности и службы АиР в РФ	<ol style="list-style-type: none"> 4. Организация Службы АИР . Организация работы выездной бригады. 5. Принципы диспансеризации больных. 6. Организационно-методические аспекты службы. 7. Основная документация в амбулатории и стационаре. 8. Основы трудовой экспертизы больных. 9. Понятие медицинской психологии и медицинской деонтологии. <p>Субъективная картина болезни. Отношение к болезни. Личность хронического больного. Проблема боли при ревматических болезнях.</p>
Б1.Б.6.1 .1	Юридические и правовые	<ol style="list-style-type: none"> 51. Основные понятия и принципы оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

	аспекты службы АиР	<p>52. Отделения АиР. Руководство и функции</p> <p>53. Функции. Должностные обязанности</p> <p>54. Показатели, характеризующие работу службы АиР Правовые и социальные аспекты деятельности службы скорой медицинской помощи</p> <p>55. Регулирование деятельности и финансирование службы АиР</p> <p>56. Обеспечение качества медицинской помощи в работе службы АиР</p> <p>57. Повышение квалификации медицинских работников службы АиР .</p> <p>58. Организация работы и функции медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, в стационарных условиях</p> <p>59. Взаимодействие догоспитального и госпитального этапов оказания АиР</p> <p>60. Стационарное отделение АиР : структура, принципы организации, финансирование, роль в системе оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, экономические аспекты деятельности</p>
Б1.Б.6.1 .2	АИР - интегральная область практической отрасли здравоохранения	<p>61. Виды и методы анестезиологического пособия, применяемые при оказании АиР вне медицинской организации</p> <p>62. Основные фармакологические средства, используемые в анестезиологии и реаниматологии при оказании АиР вне медицинской организации</p> <p>63. Реанимация и интенсивная терапия при оказании АиР вне медицинской организации</p> <p>64. Внезапное прекращение кровообращения</p> <p>65. Внезапное прекращение дыхания</p> <p>66. Проведение комплексной сердечно-легочной и церебральной реанимации с определением условий отказа от ее проведения и показаний к ее прекращению</p> <p>67. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, в том числе с помощью воздуховодов, ларингеальной трубки, комбитьюба, ларингеальной маски, интубации трахеи методом прямой ларингоскопии</p> <p>68. Проведение закрытого массажа сердца (ручного и с помощью специальных медицинских изделий)</p> <p>69. Электроимпульсная терапия (дефибриляция, кардиоверсия). Искусственная вентиляция легких с использованием аппаратов искусственной вентиляции легких различных типов, комплектов дыхательных для ручной искусственной вентиляции легких</p> <p>70. Применение искусственной вентиляции легких в режимах: с контролем по объему, контролем по давлению. Применение вспомогательной вентиляции легких</p> <p>71. Пункция и катетеризация периферических и наружной яремной вен, в том числе с использованием ультразвуковой навигации</p> <p>72. Проведение мониторинга состояния пациента по показателям электрокардиограммы, артериального давления, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии, температуры с помощью транспортных аппаратов мониторинга жизненно-важных функций организма</p> <p>73. Оценка глубины расстройств сознания по шкале Глазго, оценка признаков внутричерепной гипертензии, оценка признаков гипертензионно-дислокационного синдрома, оценка степени дегидратации</p> <p>74. Профилактика и лечение аспирационного синдрома</p>

		<p>75. Профилактика и лечение жировой эмболии</p> <p>76. Коникотомия, коникостомия, коникопункция и микротрахеостомия</p> <p>77. Пульсоксиметрия</p> <p>78. Оксигенотерапия</p> <p>79. Внутрикожное, подкожное, внутримышечное, внутривенное, внутрикостное, сублингвальное, эндотрахеальное введение лекарственных препаратов</p> <p>80. Проведение инфузионной терапии, в том числе с использованием инфузоматов</p> <p>81. Противошоковый костюм: показания и противопоказания к использованию, методика применения</p> <p>82. АиР помощь вне медицинской организации при шоке, в том числе при гиповолемическом шоке, травматическом шоке, септическом шоке, анафилактическом шоке, ожоговом шоке</p> <p>83. АиР помощь вне медицинской организации при поражении током и молнией</p> <p>84. АиР помощь вне медицинской организации при асфиксии</p> <p>85. АиР помощь вне медицинской организации при утоплении</p> <p>86. АиР помощь вне медицинской организации при перегревании и тепловом ударе</p> <p>87. АиР помощь вне медицинской организации при синдроме длительного сдавления</p> <p>88. АиР помощь вне медицинской организации при общем охлаждении</p> <p>89. АиР помощь вне медицинской организации при токсическом эпидермальном некролизе</p>
<p>Б1.Б.6.2</p>	<p>Теоретические аспекты реанимации и интенсивной терапии</p>	<p>24. Основы электрокардиографии. Методика регистрации электрокардиограммы. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных.</p> <p>25. Типы электрокардиостимуляции и электрокардиостимуляторов</p> <p>26. Электрическая дефибрилляция сердца</p> <p>27. Исследование уровня глюкозы в крови</p> <p>28. Проведение системного тромболизиса</p> <p>29. Ингаляционное введение лекарственных препаратов с помощью ингаляторов, небулайзеров</p> <p>30. АиР помощь вне медицинской организации при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST на электрокардиограмме</p> <p>31. АиР помощь вне медицинской организации при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме</p> <p>32. АиР помощь вне медицинской организации при внезапной сердечной смерти.</p> <p>33. АиР помощь вне медицинской организации при острой сердечной недостаточности</p> <p>34. АиР помощь вне медицинской организации при кардиогенном шоке</p> <p>35. АиР помощь вне медицинской организации при брадиаритмиях</p> <p>36. АиР помощь вне медицинской организации при тахикардиях</p> <p>37. АиР помощь вне медицинской организации при повышении при повышении артериального давления.</p> <p>38. АиР помощь вне медицинской организации при тромбоэмболии легочной артерии</p> <p>39. АиР помощь вне медицинской организации при острой дыхательной недостаточности.</p>

		<p>40. АиР помощь вне медицинской организации при внебольничной пневмонии</p> <p>41. АиР помощь вне медицинской организации при обострении бронхиальной астмы</p> <p>42. АиР помощь вне медицинской организации при кровотечении из верхних дыхательных путей (легочном кровотечении)</p> <p>43. АиР помощь вне медицинской организации при гипергликемических состояниях</p> <p>44. АиР помощь вне медицинской организации при гипогликемических состояниях</p> <p>45. АиР помощь вне медицинской организации при крапивнице</p> <p>46. АиР помощь вне медицинской организации при ангионевротическом отеке легких</p>
Б1.Б.6.2 .1	Клинико-анатомические аспекты оказания АиР	<p>15. АиР помощь вне медицинской организации при кровотечениях из челюстно-лицевой области</p> <p>16. АиР помощь вне медицинской организации при острой боли в челюстно-лицевой области</p> <p>17. АиР помощь вне медицинской организации при инфекционно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области</p> <p>18. АиР помощь вне медицинской организации при переломах костей лицевого черепа</p> <p>19. АиР помощь вне медицинской организации при инфекционно-воспалительных заболеваниях глаз</p> <p>20. АиР помощь вне медицинской организации при ранении глаз</p> <p>21. АиР помощь вне медицинской организации при термических и химических ожогах глаз</p> <p>22. АиР помощь вне медицинской организации при окклюзии центральной артерии сетчатки</p> <p>23. АиР помощь вне медицинской организации при болезни Меньера</p> <p>24. АиР помощь вне медицинской организации при острой нейросенсорной тугоухости</p> <p>25. АиР помощь вне медицинской организации при остром стенозе гортани</p> <p>26. АиР помощь вне медицинской организации при остром синусите</p> <p>27. АиР помощь вне медицинской организации при остром гнойном среднем отите</p> <p>28. АиР помощь вне медицинской организации при инфекционно-воспалительных заболеваниях глотки и гортани</p>
Б1.Б.6.4	Неотложная помощь	<p>117. Основы электрокардиографии. Методика регистрации электрокардиограммы. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных.</p> <p>118. Типы электрокардиостимуляции и электрокардиостимуляторов</p> <p>119. Электрическая дефибриляция сердца</p> <p>120. Исследование уровня глюкозы в крови</p> <p>121. Проведение системного тромболитика</p> <p>122. Ингаляционное введение лекарственных препаратов с помощью ингаляторов, небулайзеров</p> <p>123. АиР помощь вне медицинской организации при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST на электрокардиограмме</p> <p>124. АиР помощь вне медицинской организации при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме</p>

		<p>125. АиР помощь вне медицинской организации при внезапной сердечной смерти.</p> <p>126. АиР помощь вне медицинской организации при острой сердечной недостаточности</p> <p>127. АиР помощь вне медицинской организации при кардиогенном шоке</p> <p>128. АиР помощь вне медицинской организации при брадиаритмиях</p> <p>129. АиР помощь вне медицинской организации при тахикардиях</p> <p>130. АиР помощь вне медицинской организации при повышении при повышении артериального давления.</p> <p>131. АиР помощь вне медицинской организации при тромбоэмболии легочной артерии</p> <p>132. АиР помощь вне медицинской организации при острой дыхательной недостаточности.</p> <p>133. АиР помощь вне медицинской организации при внебольничной пневмонии</p> <p>134. АиР помощь вне медицинской организации при обострении бронхиальной астмы</p> <p>135. АиР помощь вне медицинской организации при кровотечении из верхних дыхательных путей (легочном кровотечении)</p> <p>136. АиР помощь вне медицинской организации при гипергликемических состояниях</p> <p>137. АиР помощь вне медицинской организации при гипогликемических состояниях</p> <p>138. АиР помощь вне медицинской организации при крапивнице</p> <p>139. АиР помощь вне медицинской организации при ангионевротическом отеке легких</p>
<p>Б1.Б.6.5</p>	<p>Общая реаниматология</p>	<p>140. Виды и методы реанимационного пособия, применяемые при оказании АиР в стационарном отделении АиР</p> <p>141. Основные фармакологические средства, используемые в анестезиологии и реаниматологии при оказании АиР в стационарном отделении АиР</p> <p>142. Вопросы предоперационного обследования и подготовки больного к операции и анестезии</p> <p>143. Риск операции и анестезии</p> <p>144. Современная наркозно-дыхательная аппаратура</p> <p>145. Реанимация и интенсивная терапия при оказании АиР в стационарном отделении АиР</p> <p>146. Внезапное прекращение кровообращения: причины, симптомы, диагностика. Виды остановки сердца. Основные методы восстановления кровообращения</p> <p>147. Проведение комплексной сердечно-легочной и церебральной реанимации с определением условий отказа от ее проведения и показаний к ее прекращению</p> <p>148. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, в том числе с помощью воздуховодов, ларингеальной трубки, комбитьюба, ларингеальной маски</p> <p>149. Интубация трахеи, показания и противопоказания, осложнения. "Трудные дыхательные пути"</p> <p>150. Проведение закрытого массажа сердца (ручного и с помощью специальных медицинских изделий)</p> <p>151. Электроимпульсная терапия (дефибрилляция)</p>

		<p>152. Накожная и чреспищеводная кардиостимуляция</p> <p>153. Искусственная вентиляция легких с использованием аппаратов искусственной вентиляции легких различных типов, комплектов дыхательных для ручной искусственной вентиляции легких</p> <p>154. Применение искусственной вентиляции легких в режимах: с контролем по объему, контролем по давлению</p> <p>155. Применение вспомогательной вентиляции легких</p> <p>156. Пункция и катетеризация периферических и центральных вен, в том числе с использованием ультразвуковой навигации, венесекции периферических сосудов</p> <p>157. Проведение мониторинга состояния пациента по показателям электрокардиограммы, артериального давления, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии, температуры с помощью аппаратов мониторинга</p> <p>158. Оценка глубины расстройств сознания по шкале Глазго, оценка признаков внутричерепной гипертензии, оценка признаков гипертензионно-дислокационного синдрома, оценка степени дегидратации</p> <p>159. Профилактика и лечение аспирационного синдрома</p> <p>160. Профилактика и лечение жировой эмболии</p> <p>161. Коникотомия, коникостомия, коникопункция и микротрахеостомия</p> <p>162. Пульсоксиметрия</p> <p>163. Капнометрия</p> <p>164. Определение кровопотери по гемоглобину и гематокриту</p> <p>165. Оксигенотерапия</p> <p>166. Обезболивание с помощью основных методов общей анестезии с использованием аппаратуры для ингаляционного наркоза</p> <p>167. Спинномозговая пункция</p> <p>168. Применение сортировочных шкал оценки тяжести состояния пациента, шкал оценки гиповолемии по шокловому индексу, шкал оценки тяжести травм</p> <p>169. Терминальные состояния. Ведущие патогенетические факторы. Этапы умирания, патогенез. Смерть мозга, медицинские и юридические аспекты</p> <p>170. Постреанимационная болезнь</p> <p>171. Инфузионная терапия. Классификация инфузионных сред. Проведение и контроль инфузионной терапии, в том числе с помощью инфузоматов</p> <p>172. Внутрикожное, подкожное, внутримышечное, внутривенное, внутриартериальное, внутрикостное, сублингвальное, эндотрахеальное введение лекарственных препаратов, в том числе с применением шприцевых и волюметрических дозаторов, с расчетом дозы и скорости введения препаратов</p> <p>173. АиР помощь в стационарном отделении АиР при шоке, в том числе при гиповолемическом шоке, травматическом шоке, септическом шоке, анафилактическом шоке, ожоговом шоке</p> <p>174. АиР помощь в стационарном отделении АиР при поражении электротоком и молнией</p> <p>175. АиР помощь в стационарном отделении АиР при асфиксии</p> <p>176. АиР помощь в стационарном отделении АиР при утоплении</p>
--	--	--

		<p>177. AiP помощь в стационарном отделении AiP при перегревании и тепловом ударе</p> <p>178. AiP помощь в стационарном отделении AiP при синдроме длительного сдавления</p> <p>179. AiP помощь в стационарном отделении AiP при общем охлаждении</p> <p>180. AiP помощь в стационарном отделении AiP при токсическом эпидермальном некролизе</p>
<p>Б1.Б.6.6</p>	<p>Реанимация и ИТ при критических состояниях</p>	<p>181. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных в стационарном отделении AiP</p> <p>182. Интерпретация данных эхокардиографии, рентгенографических изображений, компьютерных томограмм и магнитно-резонансных томограмм, результатов эндоскопических методов исследования желудочно-кишечного тракта и бронхиального дерева</p> <p>183. Интерпретация показателей клинического и биохимического анализа крови, коагулограммы, кислотно-основного состояния крови, анализа мочи</p> <p>184. Исследование уровня глюкозы в крови</p> <p>185. Обнаружение кетоновых тел в моче</p> <p>186. Интерпретация исследования уровня биохимических маркеров некроза миокарда</p> <p>187. Проведение системного тромболизиса</p> <p>188. Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков с помощью пикфлоуметра</p> <p>189. Ингаляционное введение лекарственных препаратов с помощью ингаляторов, небулайзеров</p> <p>190. AiP помощь в стационарном отделении AiP при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST на электрокардиограмме</p> <p>191. AiP помощь в стационарном отделении AiP при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме</p> <p>192. AiP помощь в стационарном отделении AiP при внезапной сердечной смерти</p> <p>193. AiP помощь в стационарном отделении AiP при острой сердечной недостаточности</p> <p>194. AiP помощь в стационарном отделении AiP при кардиогенном шоке</p> <p>195. AiP помощь в стационарном отделении AiP при брадиаритмиях</p> <p>196. AiP помощь в стационарном отделении AiP при тахиаритмиях</p> <p>197. AiP помощь в стационарном отделении AiP при повышении при повышении артериального давления</p> <p>198. AiP помощь в стационарном отделении AiP при тромбоэмболии легочной артерии</p> <p>199. AiP помощь в стационарном отделении AiP при острой дыхательной недостаточности</p> <p>200. AiP помощь в стационарном отделении AiP при внебольничной пневмонии</p> <p>201. AiP помощь в стационарном отделении AiP при обострении бронхиальной астмы</p> <p>202. AiP помощь в стационарном отделении AiP при кровотечении из верхних дыхательных путей (легочном</p>

		<p>кровотечении)</p> <p>203. АиР помощь в стационарном отделении АиР при гипергликемических состояниях</p> <p>204. АиР помощь в стационарном отделении АиР при гипогликемических состояниях</p> <p>205. АиР помощь в стационарном отделении АиР при крапивнице</p> <p>206. АиР помощь в стационарном отделении АиР при ангионевротическом отеке легки</p>
Б1.Б.6.6.1	РИТ при шоке любой этиологии, острой травме, кровотечениях, аллергии и анафилаксии, кардиогенный шок. ТЭЛА	<p>207. АиР помощь в стационарном отделении АиР при urgentных негравидарных метроррагиях</p> <p>208. АиР помощь в стационарном отделении АиР при угрозе прерывания беременности на сроках гестации до 22 недель</p> <p>209. АиР помощь в стационарном отделении АиР при эклампсии и преэклампсии</p> <p>210. АиР помощь в стационарном отделении АиР при самопроизвольных родах</p> <p>211. АиР помощь в стационарном отделении АиР при травмах женских мочеполовых органов</p> <p>212. АиР помощь в стационарном отделении АиР при эктопической беременности</p> <p>213. АиР помощь в стационарном отделении АиР при апоплексии яичника</p> <p>214. АиР помощь в стационарном отделении АиР при воспалительных заболеваниях женских половых органов</p>
Б1.Б.6.6.2	РИТ у детей	<p>215. Реанимация и интенсивная терапия у детей при оказании АиР в стационарном отделении АиР</p> <p>216. Виды и методы анестезиологического пособия у детей при оказании АиР в стационарном отделении АиР</p> <p>217. АиР помощь в стационарном отделении АиР при синдроме внезапной смерти младенцев</p> <p>218. АиР помощь в стационарном отделении АиР при шоке у детей</p> <p>219. АиР помощь в стационарном отделении АиР при судорогах у детей</p> <p>220. АиР помощь в стационарном отделении АиР при обострении бронхиальной астмы у детей</p> <p>221. АиР помощь в стационарном отделении АиР при остром обструктивном ларинготрахеите у детей</p> <p>222. АиР помощь в стационарном отделении АиР при внебольничной пневмонии у детей</p> <p>223. АиР помощь в стационарном отделении АиР при острой лихорадке у детей</p> <p>224. АиР помощь в стационарном отделении АиР при острой сердечной недостаточности у детей</p> <p>225. АиР помощь в стационарном отделении АиР при ожогах у детей</p> <p>226. АиР помощь в стационарном отделении АиР при острых отравлениях у детей</p> <p>227. АиР помощь в стационарном отделении АиР при острых (хирургических) заболеваниях органов брюшной полости у детей</p> <p>228. АиР помощь в стационарном отделении АиР при генерализованной менингококковой инфекции у детей</p> <p>229. АиР помощь в стационарном отделении АиР при острых осложнениях сахарного диабета 1-го типа у детей</p>

		<p>диабетическом кетоацидозе и гипогликемии</p> <p>230. АиР помощь в стационарном отделении АиР при травматическом шоке у детей</p> <p>231. АиР помощь в стационарном отделении АиР при травмах головы у детей</p> <p>232. АиР помощь в стационарном отделении АиР при травмах верхних и нижних конечностей у детей</p>
<p>Б1.Б.6.6 .3</p>	<p>Медицина чрезвычайных ситуаций и санитарно-авиационная эвакуация</p>	<p>17. Медико-технические характеристики очагов аварий, катастроф и стихийных бедствий. Термины и определения. Общие закономерности поражения населения при катастрофах</p> <p>18. Автомобильные катастрофы. Медицинские последствия дорожно-транспортных происшествий</p> <p>19. Авиационные катастрофы. Определение понятий и классификация. Медицинские последствия и причины авиационных катастроф.</p> <p>20. Железнодорожные катастрофы и их классификация. Причины и медицинские последствия железнодорожных катастроф</p> <p>21. Понятие о пожаровзрывоопасных объектах. Классификация пожаров по масштабам и интенсивности. Медицинские последствия пожаров</p> <p>22. Современный терроризм, его истоки, характерные черты и особенности. Масштабы, содержание и виды терроризма. Терроризм, осуществляемый с применением взрывных устройств. Химический, радиационный и биологический терроризм. Медицинские последствия терроризма</p> <p>23. Медико-тактическая характеристика террористических актов. Принципы организации оказания медицинской помощи населению при террористических актах</p> <p>24. Организация оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации в чрезвычайных ситуациях</p> <p>25. Основные варианты организации лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах катастроф</p> <p>26. Организация оказания медицинской помощи пораженному населению на догоспитальном этапе</p> <p>27. Организация оказания медицинской помощи пораженному населению на госпитальном этапе</p> <p>28. Основы взаимодействия с экстренными оперативными службами, силами гражданской обороны, функциональной подсистемой единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций</p> <p>29. Организация и оказание пораженным экстренной медицинской помощи. Организация эвакуации пораженных</p> <p>30. Медицинская эвакуация - задачи и порядок организации</p> <p>31. Принципы медицинской сортировки и установления последовательности оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при массовых заболеваниях, травмах или иных состояниях, в том числе при ликвидации медицинских последствий чрезвычайной ситуации</p> <p>32. Медицинская авиация, особенности организации и работы в составе авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи</p>

Банк тестовых заданий (с ответами);

Выберите один правильный ответ:

001. Критерии фибрилляции предсердий по данным электрокардиограммы (далее - ЭКГ):

а) На ЭКГ отсутствуют волны Р и регистрируются волны f различной амплитуды и продолжительности, частота желудочкового ритма (QRS) нерегулярная и зависит от пропускной способности АВ узла или регулярная, если имеется полная АВ блокада.

б) На ЭКГ регистрируются волны Р и комплексы QRS, каждый в своем ритме. Предсердный ритм по частоте выше, чем желудочковый.

в) На ЭКГ отсутствуют волны Р и регистрируются волны F регулярные с частотой 300 в минуту, частота желудочкового ритма (QRS) нерегулярная и зависит от пропускной способности АВ узла или регулярная, если имеется полная АВ блокада.

г) На ЭКГ регистрируется регулярный желудочковый ритм с частотой 170 в минуту, комплексы QRS широкие, имеются сливные комплексы.

д) На ЭКГ регистрируются регулярные зубцы Р (положительные во II, III, AVF и отрицательные в отведении AVR), с частотой 75 в минуту, за каждым зубцом Р следует комплекс QRS. Интервал PQ(R) 0,20 с.

002. Диагноз "пароксизмальная форма фибрилляции предсердий" ставится, если:

а) Фибрилляция предсердий существует длительно, кардиоверсия неэффективна или не проводилась или когда больной и врач "смирились" с сохраняющейся аритмией.

б) Продолжительность эпизода фибрилляции предсердий более 7 дней или существует необходимость в фармакологической или электрической кардиоверсии.

в) У пациента было 2 и более приступов фибрилляции предсердий.

г) Приступ фибрилляция предсердий длится менее 7 дней, в большинстве случаев менее 24 часов, купируется самостоятельно.

д) У пациента было 3 и более приступов фибрилляции предсердий.

003. Тактика оказания АиР при ущемленной грыже:

а) Попытка вправить грыжу, введение спазмолитиков, обезболивание.

б) Доставка пациента в профильный стационар, не вводить спазмолитики, не обезболивать.

в) Не вводить спазмолитики, не обезболивать, консультация врача-хирурга поликлиники.

г) Доставка пациента в профильный стационар при нарастании болей в животе.

004. Перечислите основные симптомы, характерные для острого холецистита:

а) Ортнера, Мэрфи, Кера, Мюсси.

б) Ортнера, Курвуазье, Кера, Щеткина-Блюмберга.

в) Мэрфи, Керте, Ортнера, Мейо-Робсона.

г) Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Кера, Ровзинга.

005. Причиной механической желтухи чаще всего является:

а) Гиперспленизм.

б) Цирроз печени.

в) Отравление гемолитическими ядами.

г) Холедохолитиаз.

006. Какие переломы называют осложненными?

а) Переломы с выраженной костной деформацией.

б) Переломы, сопровождающиеся повреждением магистральных сосудов и нервов, повреждением органов, открытые.

в) Переломы, сопровождающиеся разрывом мышц и связок.

г) Оскольчатые переломы.

007. Выберите правильный порядок мероприятий при оказании АиР пострадавшему с открытым переломом бедра:

а) Обезболивание, наложение асептической повязки, иммобилизация, медицинская эвакуация в профильный стационар.

б) Оценка травматогенеза со слов пострадавшего, иммобилизация, медицинская эвакуация в профильный стационар.

в) Контроль артериального давления, остановка кровотечения, введение плазмозамещающих растворов, иммобилизация.

г) Наложение давящей повязки, обезболивание, медицинская эвакуация в профильный стационар.

008. Методом транспортной иммобилизации при переломах костей таза являются:

а) Фиксация на щите во всех отделах туловища и конечностей.

б) Транспортировка в полусидячем положении.

в) Транспортировка на щите в позе "лягушки".

г) Применение шин Крамера.

009. В отличие от взрослых у детей при стандартной сердечно-легочной реанимации нет необходимости в:

а) Нанесении прекардиальных ударов.

б) Разгибании головы.

в) Введении атропина.

г) Введении натрия гидрокарбоната.

010. Для синдрома Лайелла у детей характерны следующие признаки, кроме:

- а) Геморрагии.
- б) Симптома Никольского.
- в) Отслойки эпидермиса.
- г) Симптома Хвостека.

011. В терапию стеноза гортани у детей спазмолитики включают:

- а) Вообще не включают.
- б) При отечно-инфильтративной форме.
- в) При обтурационной форме.
- г) При спазмофилии.

012. Определение пиковой скорости выдоха пикфлоуметром необходимо при оказании АиР при приступе бронхиальной астмы для:

- а) Определения минутного объема вентиляции.
- б) Определения частоты дыхания.
- в) Оценки эффективности бронхолитической терапии.
- г) Определения дыхательного объема.

013. Признаками "бледной" лихорадки являются:

- а) Холодные конечности, бледность.
- б) Хорошая теплоотдача.
- в) Отсутствие значительной тахикардии.
- г) Теплый и влажный кожный покров.

014. Основная причина дыхательной недостаточности при ботулизме:

- а) Угнетение дыхательного центра.
- б) Токсический отек легких.

в) Паралич дыхательной мускулатуры.

г) Аспирация рвотных масс.

015. Наиболее частая причина кровотечения в раннем послеродовом периоде:

а) Гипотония матки.

б) Повышение температуры в родах.

в) Разрыв шейки матки.

г) Остатки плацентарной ткани.

016. Скорая медицинская помощь при остром нарушении кровообращения в центральной артерии сетчатки:

а) Все нижеперечисленное верно.

б) Полезен массаж глазного яблока.

в) Назначаются сосудорасширяющие средства.

г) Эффективна в первые 40-60 мин.

017. Наиболее частая причина острой задержки мочи у мужчин старше 60 лет:

а) Острый уретрит.

б) Почечная колика.

в) Аденома простаты.

г) Острый пиелонефрит.

018. С какого раствора нужно начать инфузионную терапию больному только что пострадавшему от ожогов?

а) Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид].

б) Декстран.

в) 0,125% раствор прокаина.

г) Раствор декстрозы.

019. У больного эпилептический статус. Какие лекарственные препараты нужно назначить:

а) Диазепам, метамизол натрия, декстро́за.

б) Фуросемид, диазепам, декстро́за.

в) Магния сульфат внутримышечно, декстро́за 40% внутривенно.

г) Фуросемид, магния сульфат, метамизол натрия.

020. Длительность "терапевтического окна" при ишемическом инсульте:

а) 6 часов.

б) 12 часов.

в) Первые 2 часа от момента заболевания.

г) Первые сутки от момента заболевания.

Ответы на тестовые задания

Ответы на тестовые задания

№ вопроса	ответ
1	А
2	В
3	Б
4	А
5	Г
6	Б
7	А
8	В

9	А
10	В
11	А
12	В
13	А
14	В
15	А
16	В
17	А
18	А
19	Б
20	А

Банк ситуационных клинических задач

1. У пациентки 45 лет после укуса пчелы в течение 5-10 минут появились зуд, крапивница, эритема, чувство жжения, осиплость голоса. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 120 в 1 мин., АД 60/30, тоны сердца глухие, при аускультации затрудненный выдох, множественные сухие хрипы.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- Опишите тактику оказания АиР помощи при данном состоянии.
- Что является лекарственным препаратом первого выбора при анафилактическом шоке, укажите дозировку для взрослых и детей?
- Какую лекарственную терапию вы будете проводить при наличии у пациентки бронхоспазма?

2. У пациента 18 лет после внутривенного введения антибиотика в течение нескольких секунд развилась артериальная гипотензия, пульс на

периферических артериях не определяется, дыхание носит агональный характер, зрачки расширены, реакция на свет зачастую отсутствует, свистящее дыхание с удлиненным выдохом, резкая бледность кожных покровов.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.

- Обоснуйте поставленный вами диагноз.

- Опишите тактику оказания медицинской помощи при данном состоянии.

- Что является препаратом первого выбора при анафилактическом шоке, укажите дозировку для взрослых и детей?

3. Вызов на улицу, на автобусную остановку. Мужчина, около 45 лет, внезапно упал, перестал дышать. При осмотре: сознание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется, дыхания нет. На мониторе крупноволновая фибрилляция желудочков.

- Предположите наиболее вероятный диагноз. Основные критерии постановки этого диагноза.

- Опишите тактику оказания медицинской помощи при данном состоянии.

- Каковы приоритеты при проведении сердечно-легочной реанимации в данном случае?

- Какие лекарственные препараты, а также в каких дозировках, вы будете применять в данной ситуации?

- Когда вы можете прекратить проводить реанимационные мероприятия?

4. Больной Б. 58 лет. Вызов врача медицинской помощи на дом. Повод к вызову: перебои в работе сердца. Считает себя больным около 5 часов, когда появилось ощущение сердцебиения. Ранее нарушений ритма не

отмечал. В анамнезе гипертоническая болезнь, более 10 лет, постоянно получает гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, диуретики). Вредные привычки отрицает. Имеется избыточная масса тела (индекс массы тела - 32)

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, теплые, умеренной влажности. Конституция нормостеническая. ЧД - 23 в минуту, дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум на верхушке. Границы сердца расширены влево. ЧСС около 150 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения, около 120 в мин. Дефицит пульса - до 30 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Данные ЭКГ:

- Предположите наиболее вероятный диагноз. Дайте заключение по представленной ЭКГ.

- Обоснуйте поставленный вами диагноз.

- Опишите тактику оказания медицинской помощи при данном состоянии.

- Какие данные обследований будут подтверждать ваш предполагаемый диагноз.

- Ваши рекомендации по дальнейшему лечению пациента.

5. Женщина 19 лет. Жалобы на внезапно возникшую острую боль внизу живота справа, возникшую в конце полового акта, на высоте болей кратковременная потеря сознания, рвота однократно, слабость, головокружение, боль иррадирует в эпигастральную область. Анамнез: Соматически здорова. Травм, операций не было. Менструации с 12 лет, установились в течение года, по 5 дней, через 28-30 дней - регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Контрацепция - прерванный половой акт. Беременностей не было. По данным женщины,

исходя из даты последних менструаций, которые прошли без особенностей, в настоящее время 17-ый день менструального цикла. Состояние тяжелое. Вынужденное положение: лежит на правом боку, подогнув ноги к животу. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные. Пульс на периферических артериях с частотой 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Живот болезненный преимущественно в нижней части, определяются перитонеальные симптомы в нижних отделах, перкуторно в брюшной полости определяется свободная жидкость. Выделения слизистые.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
- Опишите тактику оказания медицинской помощи при данном состоянии.

6. Больной около 30 лет (неизвестный, без документов, анамнез не известен, время экспозиции не известно). Найден на кладбище, без сознания, Доставлен в стационар выездной бригадой скорой медицинской помощи. На догоспитальном этапе кома 1, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений 120/мин, акцент 2 тона в точке Боткина; pO₂арт 78 мм.рт.ст. Дыхание самостоятельное 22/мин. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Живот мягкий, безболезненный, перистальтических шумов нет. Зрачки D=S, 8 мм в диаметре. Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе: фенилэфрин 2 мл в 400,0 мл декстрана, установлен воздуховод. В стационарном отделении скорой медицинской помощи: сознание кома 1; Артериальное давление 80/50 мм.рт.ст.; частота сердечных сокращений 115/мин, pO₂арт 78 мм.рт.ст. Кожные покровы и слизистые бледные, влажные. Дыхание самостоятельное 22/мин. Живот мягкий, безболезненный, перистальтики нет; зрачки D=S, 8

мм в диаметре, фотореакция снижена, одинаковая с обеих сторон, глазные яблоки - фиксированы. Нистагма нет, лицо симметричное. Сухожильные и периостальные рефлексы ослаблены, мышечный тонус и реакция на боль снижены. Менингеальных знаков нет. Инфузия фенилэфрин и декстран. Проведена фармакологическая проба декстроза (25 г) + тиамин (200 мг) + налоксон 200 мкг - без эффекта (судорог, увеличения частоты сердечных сокращений после пробы не наблюдалось). На ЭКГ: синусовый ритм, блокада правой ножки Пучка Гиса, комплекс QRS 0,14 с.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- Опишите тактику оказания медицинской помощи при данном состоянии.
- Ваши рекомендации по плану дальнейшего лечения пациента.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3)	
- 76 – 90%	
Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	11. Полнота знания учебного материала по теме

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	занятия
	12.Знание алгоритма решения
	13.Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15.Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Скорая медицинская помощь»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование		ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
	Тесты		Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
УК	1	1–180	1-22	1–193	1–141	
ПК	1	4, 6, 7, 12–14, 17, 20–23, 25–27, 30, 31, 41, 42, 49, 51, 55, 56, 61, 62, 66, 67, 71–75, 78–82, 85–90, 102–110, 112–120, 122, 126–132, 134, –139, 141–148, 150–153, 155–161, 163–168, 173–175, 177, 178, 180,	1-22	10–12, 15–23, 67–69, 79–90, 93–113, 116–156, 159, 161, 162, 164–181, 193	9–14, 31–34, 40,41, 42, 44–52, 54–61, 64–104, 107, 109, 110, 112–129, 141	
	2	1-12	1-22	2, 9, 78, 1623	5, 8, 39, 106, 111–114	
	4	117, 50,46,30,31	-	1, 2, 3, 4	2, 3, 6, 7, 14	
	5	1, 2, 15, 16, 18, 24, 26, 28,29, 3–40, 43–45, 48, 50, 52–54, 60, 65, 68, 70, 77, 83, 91–101, 111, 124, 149, 167, 168, 171–	1-22	24–66, 70, 79–90, 93–111, 114,	15–30, 35, 41, 42, 44–52, 54–	

	173,		116– 156, 159, 162, 164–181	59, 62, 64–104, 107, 110, 112–129, 141	
6	3, 5, 8, 9, 10, 11, 19, 46, 47, 57, 58, 59, 63, 64, 69, 76, 84, 121, 123, 125, 133, 140, 154, 162, 169, 170, 176,	1-22	71–75, 79–89, 91–111, 115– 154,157, 160, 163, 164–188, 191, 192	36, 41, 42, 44– 51, 53, 54–59, 63, 64– 102, 105, 108, 111–136, 139–141	
7	-	-	192	140	
8		1-22	13, 76, 77, 79- 88, 158, 160, 189, 190	37, 108, 137, 138	
9	1-12	1-22	14	10	
10	1-12	-	2,3,4,5, 6, 7, 8	1–4, 6, 7	
12	-	-	2. 3, 4	4, 6, 140	

ФОНД
оценочных средств (ФОС) по специальности 31.08.48 Скорая
медицинская помощь
к базовой части Б1 ОПОП - Б1.Б.6

Название оценки знаний: тест, собеседование по результатам тестирования
Специальность: Скорая медицинская помощь
Целевая аудитория: клинические ординаторы

Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и
матрица компетенций

Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии,	Формы текущего и рубежного
		УК	ПК		

		1	1, 2,	3, 4,	5, 6, 7	8, 9,	10	способы и методы обучения	контроля успеваемости
Б1.Б6. Анестезиология и реаниматология.	936	+	+	+	+	+	+	Л, Р, РКС	С, Т

Список сокращений:

Образовательные технологии, способы и методы обучения:

Л - традиционная лекция,

РКС - разбор клинических случаев,

Р - подготовка и защита рефератов,

Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:

Т – тестирование,

Пр – оценка освоения практических навыков (умений), если проводится

ЗС – решение ситуационных задач,

КР – контрольная работа,

С – собеседование по контрольным вопросам.

Содержание и структура компетенций по специальности «Скорая медицинская помощь» 31.08.48 , для подготовки специалистов в клинической ординатуре.

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 - основные понятия, используемые в анестезиологии и реаниматологии; 2 – структурно-функциональные особенности дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем человека, а также системы гемостаза и гомеостаза; 3 - основные принципы функционирования дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем человека, их взаимосвязь с другими органами и системами; 4 - научные идеи и тенденции развития анестезиологии и реаниматологии	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; 3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; 3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.

<p style="text-align: center;">ПК-1</p>	<p style="text-align: center;">Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>1 -основные этапы формирования здорового образа жизни и укрепления здоровья; 2 - формирование приобретенного активного иммунитета при применении вакцин различного типа; 3 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной, а также кроветворной и иммунной систем человека (врожденные, приобретенные, инфекционные, онкологические и др.); 4 - виды и показания к специфической терапии, согласно нозологии</p>	<p>1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первичной и вторичной профилактики дыхательных, сердечно-сосудистых, неврологических и др. заболеваний; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом сердечно-сосудистого, неврологического, респираторного, иммунного и гемостазиологического статуса.</p>	<p>1 - обосновывать с анестезиологических и реанимационных позиций выбор профилактических лекарственных и нелекарственных мероприятий, вакцинации, режимов питания и физической активности; 2 - владеть методиками профилактики для предупреждения развития основных терапевтических и хирургических заболеваний, а также инфекционных, иммунных и онкологических заболеваний у всех возрастных групп пациентов.</p>
<p style="text-align: center;">ПК-2</p>	<p style="text-align: center;">Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>1 – этиологию и патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний, связанных с нарушениями основных систем человека (дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной и др.); 2 - виды и показания к анестезиологической помощи и интенсивной терапии. 3-основные принципы оказания анестезиолого-реанимационной помощи</p>	<p>1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первичной и вторичной профилактики заболеваний; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом респираторного, гемодинамического, неврологического статуса пациента 4-определять показания и противопоказания к анестезиологической помощи, реанимационной помощи и интенсивной терапии.</p>	<p>1 - обосновывать с анестезиолого-реанимационных позиций выбор профилактических и лечебных мероприятий, использование инфузионно-трансфузионных, гормональных, нутритивных, противомикробных, антикоагулянтных и антитромботических препаратов 2 - владеть методиками применения и введения различных лекарственных, инфузионно-трансфузионных, вазоактивных препаратов, с выбором и обеспечением сосудистого доступа. 3- методами профилактики развития инфекционных и неинфекционных заболеваний 4- навыками проведения экстракорпоральных методов детоксикации (заместительная почечная терапия, гемодиализ)</p>
<p style="text-align: center;">ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо</p>	<p>1 – этиологию, патогенез и клиническое проявление опасных инфекций,</p>	<p>1-оценивать опасность окружающей обстановки 2-выполнять медицинскую сортировку</p>	<p>1-навыком работы с лабораторным, диагностическим и лечебным оборудованием</p>

	опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	2 – основные проявления заболеваний, связанных с радиационной, отравляющей, биологической обстановкой при стихийных бедствиях и ЧС 3 – проявление данных ситуаций 4 – основы профилактических и противоэпидемических мероприятий в очаге, 5-основы токсикологии, инфекционных болезней и радиологии	пострадавших 3-проводить противоэпидемические и лечебные мероприятия с пострадавшими и ликвидаторами ЧС. 4-организовывать мероприятия по защите населения в опасных очагах при стихийных бедствиях и ЧС 5-организовывать эвакуацию здорового населения и пострадавших из опасных зон. 6-заполнять медицинскую документацию	в очаге 2-методами проведения противоэпидемических мероприятий при ЧС 3-методами оказания профилактической и лечебной помощи здоровому населению и пострадавшим 4-навыками сортировки и транспортировки пострадавших 5-навыками защиты себя и окружающих в очагах особо опасных инфекций и неблагоприятной радиационной, химической и биологической обстановках и иных ЧС.
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений; 2 - экспертизу трудоспособности.	1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, 2- вести медицинскую документацию.	1 – владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - возрастные особенности дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем человека, а также системы гемостаза и гомеостаза, общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека; 2 - методы (шкалы, системы) оценки тяжести состояния пациента и прогнозирование исхода заболевания, наркозного риска 3 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний дыхательной, нервной и сердечно-сосудистой систем человека (а также взаимосвязь с иммунодефицитными, гематологическими, онкологическими, возрастными особенностями организма и др.); 4 – структуру международной статистической	1 - интерпретировать результаты оценки тяжести состояния пациента по основным органам и системам, согласно современным требованиям и критериям; 2 - обосновать необходимость адекватного клинико-диагностического, лабораторного и инструментального обследования; 3 - обосновать необходимость применения основных подходов к интенсивной терапии, анестезиологического вмешательства, с учетом доказательной медицины, международных стандартов, объяснять действие назначаемых анестезиологом-реаниматологом лекарственных препаратов (в том числе трансфузионных сред и компонентов крови, взаимодействие лекарственных препаратов и возможных осложнений при нарушении назначения.	1- дифференциальной диагностикой основных заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем человека; 2 - методикой сбора эпидемиологического, трансфузионного, иммунологического, аллергологического анамнеза, анамнеза основного заболевания у пациентов всех возрастных групп; 3 - способностью оценивать тяжесть состояния пациента и прогнозирование исхода заболевания, наркозного риска; 4 - анализом этиопатогенетического течения процесса наиболее опасных и жизнеугрожающих состояний или заболеваний человека; 5 - алгоритмом постановки предварительного клинического диагноза, в соответствии с МКБ, с позиций анестезиолога-реаниматолога, согласно должностной инструкции данной специальности.

		классификации болезней.		
ПК-6	готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий	<p>1 - возрастные особенности при проведении анестезиолого-реанимационной помощи и интенсивной терапии;</p> <p>2 - общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека;</p> <p>3 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем человека (врожденные, приобретенные, связанные с иммунным, инфекционным, онкологическим статусом, с хирургической или внешней травмой организма)</p> <p>4 - показания к различным видам лечения и оказания экстренной и неотложной помощи (лекарственной, респираторной, инфузионно-трансфузионной, заместительной почечной терапии, хирургической и др.)</p> <p>5 - современные методы диагностики групп крови человека (система АВО, система Резус, другие групповые системы человека)</p>	<p>1 -обосновать необходимость применения лекарственного, инвазивного и других методов лечения, объяснять действие лекарственных препаратов, возможных осложнений и побочных эффектов, связанных с интенсивной терапией и/или анестезиологическим вмешательством.</p> <p>2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом состояния пациента</p> <p>3 - оказать неотложную помощь больным с шоком, кровопотерей, нарушением гемостаза, нарушением дыхательной, сердечно-сосудистой и витальных функций и др. различными жизнеугрожающими состояниями и заболеваниями</p> <p>4-проводить СЛР</p> <p>5 - применять принципы назначения инфузионно-трансфузионных сред, компонентов крови, парентеральных и энтеральных препаратов в комплексном лечении пациентов с различными заболеваниями (в том числе раннего возраста).</p> <p>6 – проводить различные виды анестезиологических пособий (общая и регионарная анестезии)</p>	<p>1 - методами и принципами ведения и лечения пациентов, нуждающихся анестезиолого-реанимационной помощи и интенсивной терапии в соответствии с Федеральными законами, приказами МЗ РФ, региональными приказами, клиническими рекомендациями.</p> <p>2 – различными методами и навыками анестезиологических пособий;</p> <p>3- методиками работы с лабораторно-диагностическим оборудованием, согласно утвержденному перечню оборудования в анестезиолого-реанимационных отделениях;</p> <p>4-навыками работы со следящей и дыхательной аппаратурой;</p> <p>5-навыком определения групп крови и резус-фактора).</p>
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	<p>1 – основы медицинской сортировки и эвакуации при ЧС</p> <p>2 – правила оказания неотложной и экстренной помощи при различных ситуациях в зоне ЧС</p>	<p>1- Оценивать окружающую обстановку</p> <p>2- Диагностировать состояние пострадавшего и определять объем медицинской помощи</p>	<p>1- Навыком сбора и интерпретации информации об окружающей обстановке и угрозе жизни медицинскому персоналу и пострадавшим</p>

		3 – требования к заполнению соответствующей медицинской документации	3- Назначать и проводить необходимое лечение 4- Заполнить необходимую медицинскую документацию	2- Методами оценки состояния пострадавших по основным органам и системам (шкала Глазго и др.) 3- Навыком проведения мониторинга (клинического, инструментального, лабораторного) за пациентами 4- Оказания неотложной и экстренной помощи при критических и жизнеугрожающих состояниях пострадавших
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1-принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1-определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при различных нозологиях и вариантах течения заболеваний по основным органам и системам (дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной) 2 – применять различные методы лекарственной и немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в длительной реабилитации (ЛФК, физиотерапия, лечебный массаж, плазмаферез, назначение лечебного питания и диет, витаминотерапия и др.)	1 - достаточными знаниями о различных видах медицинской реабилитации с возможностью привлечения разных специалистов для комплексного восстановления функций организма. 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при различных нозологиях и вариантах течения заболеваний по основным органам и системам (дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной)
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1 - патогенез и исходы основных заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем человека, а также системы гемостаза и гомеостаза. 2- механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экогенных, профессиональных и др.) на дыхательную, сердечно-сосудистую, нервную, кроветворную, иммунную системы организма 3- принципы ведения здорового образа жизни 4-основные подходы к укреплению здоровья человека	1 - проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье, о мерах по профилактике различных патологических состояний.	1 – медицинскими приемами к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих 2-психологическими подходами и навыком убеждения, направленными на сбережение здоровья различных групп населения и пациентов

ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основные нормативные документы, регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача анестезиолога-реаниматолога	1-организовать работу отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии стационара для взрослого населения и в педиатрии, 2-организовать работу по оказанию экстренной помощи, анестезиологической помощи в поликлинике, для всех групп населения.	Навыками организации работы анестезиолого-реанимационной службы врачом-анестезиологом-реаниматологом, на уровне поликлинического, стационарного звена ЛПУ для взрослого и детского населения с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ по данной службе.
-------	---	---	---	--

РАЗДЕЛ 1. Смежные дисциплины.

1. Закон Стерлинга для сердца: 1. соотносит потребление миокардом кислорода с производимой работой; 2. соотносит объем правого предсердия с частотой сердечных сокращений; 3. соотносит сердечный выброс с периферической резистентностью; 4. касается длины мышц сердца в покое; 5. дифференцирует мышцы сердца от скелетных мышц.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

2. Кровоток через скелетные мышцы: 1. увеличивается при симпатической нервной стимуляции; 2. в состоянии покоя в расчете на 1 грамм он больше, чем в миокарде; 3. увеличивается во время максимального изометрического сокращения; 4. увеличивается при местном тканевом ацидозе; 5. в покое составляет примерно 1% сердечного выброса.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

3. Перфузия коронарных артерий: 1. обратно пропорциональна диастолическому артериальному давлению; 2. увеличивается во время вызванной нагрузкой тахикардии; 3. уменьшается при умеренной гипоксемии; 4. увеличивается при инфузии нитритов; 5. возрастает под действием вазопрессина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

4. Давление в левом предсердии: 1. имеет прямую связь с диастолическим давлением в легочной артерии; 2. в норме больше 15 мм рт ст; 3. ниже конечно-диастолического давления в левом желудочке; 4. ниже, чем среднее давление в легочной артерии; 5. имеет прямую связь с центральным венозным давлением.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

5. Стимуляция барорецепторов каротидного синуса: 1. повышает передачу афферентного импульса в центральную нервную систему; 2. увеличивает частоту сердечных сокращений; 3. снижает симпатический тонус; 4. повышает артериальное давление; 5. повышает секрецию предсердных натуретических пептидов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

6. Сурфактантный материал, выстилающий легочные альвеолы: 1. поддерживает податливость легких; 2. содержит трипсин; 3. вырабатывается типом II пневмоцитов; 4. повышает поверхностное натяжение альвеолярной жидкости; 5. высвобождается из протекающей через легочные капилляры крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

7. Физиологическое мёртвое пространство увеличивается при: 1. использовании слишком большой маски у детей; 2. анестезии испаримыми веществами; 3. легочной эмболии; 4. положительном давлении в конце выдоха (РЕЕР); 5. тяжелой гиповолемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

8. Функциональная остаточная емкость: 1. это объем газа в легких после нормального вдоха; 2. возрастает при хронических обструктивных заболеваниях воздушных путей; 3. составляет около 3 л/кв м у молодого здорового человека; 4. может быть определена по вымыванию азота; 5. меньше в положении стоя, чем лежа.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

9. Углекислота: 1. более растворима в жидкостях тела, чем кислород; 2. в основном переносится кровью в виде карбаминогемоглобина; 3. диффундирует через плаценту с большей готовностью, чем кислород; 4. 10-15 % переносится кровью в виде простого раствора; 5. переносится легче в оксигенированной крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

10. Факторы, связанные с акклиматизацией на большой высоте включают: 1. увеличение способности переноса кислорода; 2. увеличение минутного объема дыхания; 3. увеличение выброса сердца; 4. увеличение частоты сердечных сокращений; 5. увеличение вязкости крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

11. Касательно кислорода в крови: 1. нормальное содержание кислорода в артериальной крови 20 мл.дл *⁻¹; 2. нормальное содержание кислорода в венозной крови 15 мл.дл *⁻¹; 3. сродство гемоглобина к кислороду увеличивается при алкалозе; 4. сродство гемоглобина к кислороду увеличивается при гипотермии; 5. сродство гемоглобина к кислороду увеличивается при падении концентрации 2, 3 DPG (2,3-Diphosphoglycerate).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

12. Лабеталол: 1. является агонистом бета-адренорецепторов; 2. является "гибридным" альфа - и бета-адреноблокатором; 3. суживает афферентные почечные артериолы; 4. уменьшает потребность миокарда в кислороде; 5. является антагонистом ангиотензина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

13. Снижение кровяного давления, наблюдаемое после длительной терапии тиазидными диуретиками зависит от: 1. снижения активности ренина; 2. уменьшения объема плазмы; 3. высвобождения гистамина; 4. снижения периферической сосудистой резистентности; 5. уменьшения синтеза катехоламинов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

14. На давление в верхней полой вене влияют: 1. деятельность правого желудочка; 2. положение больного; 3. инфузионная терапия; 4. среднее давление в воздушных путях; 5. полноценность трикуспидального клапана.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

15. Антидиуретический гормон: 1. высвобождение стимулируется при повышении осмоляльности плазмы; 2. нежелательное высвобождение может произойти во время операции; 3. является вазоконстриктором; 4. высвобождение стимулируется при увеличении объема внеклеточной жидкости; 5. образуется в задней доле гипофиза.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

16. Эндокринный ответный механизм регулирует секрецию: 1. АКТГ; 2. кортизола; 3. тироксина; 4. инсулина; 5. адреналина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

17. Скорость нервной проводимости: 1. независима от диаметра волокон; 2. независима от силы раздражителя; 3. медленнее в миелинизированных волокнах; 4. изменяется от температуры; 5. уменьшается при "скачущей" проводимости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

18. Цереброспинальная жидкость: 1. активно секретируется хориоидным сплетением; 2. является главным источником питания мозга; 3. реабсорбируется через арахноидальные ворсинки; 4. более щелочная, чем артериальная кровь; 5. не содержит глюкозы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

19. Мембранный потенциал в покое: 1. в норме -80 mV в нейроне; 2. зависит от трансмембранного градиента концентрации хлорида; 3. зависит от активности натриево-калиевого насоса; 4. зависит от экстрацеллюлярной концентрации калия; 5. находится под влиянием изменений экстрацеллюлярной концентрации натрия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

20. Адреналин: 1. синтезируется из триптофана; 2. увеличивает гастроинтестинальные движения; 3. метаболизируется до 5 гидроксиндолоуксусной кислоты; 4. увеличивает липолиз; 5. вырабатывается специальными клетками в слизистой кишечника.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

21. Реабсорбция натрия в нефроне: 1. является важным потребителем энергии в деятельности почек; 2. больше в дистальном, чем в проксимальном извитом канальце; 3. зависит от скорости гломерулярной фильтрации; 4. происходит только в обмен на экскрецию калия; 5. является главным объектом противоточной множительной системы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

22. Почки помогают компенсировать метаболический ацидоз с помощью: 1. экскреции свободных кислот; 2. обмена водородного иона на натрий; 3. секреции аммония; 4. экскреции бикарбоната; 5. реабсорбции хлоридов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

23. Юкстагломерулярный аппарат: 1. влияет на объем мочи; 2. влияет на реабсорбцию натрия; 3. секретирует ренин; 4. секретирует альдостерон; 5. поддерживает кислотно-щелочной баланс.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

24. Фетальный гемоглобин: 1. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт.ст; 2. имеет большее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; 3. имеет концентрацию при рождении свыше 150 г/л; 4. ни при каких условиях не обнаруживается у взрослых; 5. имеет смещенную вправо по сравнению с взрослыми кривую диссоциации гемоглобина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

25. Гентамицин: 1. быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта; 2. токсичен для 8-го черепного нерва; 3. гепатотоксичен; 4. потенцирует недеполяризующий нейромышечный блок; 5. проходит нормальный гематоэнцефалический барьер.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

26. Норадrenalин: 1. повышает систолическое давление; 2. снижает диастолическое давление; 3. вызывает рефлекторную брадикардию; 4. снижает среднее артериальное давление; 5. является антагонистом альфа-1 адренорецепторов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

27. Нитропруссид натрия: 1. является прямым вазодилататором; 2. передозировка может вызвать метаболический ацидоз; 3. может вызвать синусовую тахикардию; 4. раствор не стоек; 5. при интоксикации эффективен цианкоболамин (витамин В 12).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

28. Дигоксин: 1. повышает возбудимость миокарда; 2. увеличивает рефрактерный период проводящих тканей; 3. токсичность потенцируется гиперкальциемией; 4. метаболизм происходит в мышце сердца; 5. увеличивает тонус вагуса.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

29. Передозировка трициклических антидепрессантов связана с: 1. острой задержкой мочи; 2. mydriasis; 3. расстройством аккомодации; 4. myoclonus; 5. суправентрикулярной тахикардией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

30. Бензодиазепины: 1. усиливают действие GABA (gamma-amino-butyric acid); 2. уменьшают потребление кислорода мозгом; 3. могут антагонизироваться физостигмином; 4. вызывают зависимое от дозы снижение мозгового кровотока; 5. не подвергаются биотрансформации в печени.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

31. Внутричерепной объем крови увеличивается под влиянием: 1. фторотана; 2. сукцинилхолина; 3. нитроглицерина; 4. тиопентала; 5. кетамина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

32. Ацетазоламид (диакарб): 1. увеличивает объем плазмы; 2 увеличивает гломерулярную фильтрацию; 3 угнетает реабсорбцию воды в дистальных канальцах; 4 угнетает карбоангидразу; 5 увеличивает концентрацию бикарбоната в плазме.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

33. Наследственные дефекты ферментов изменяют реакцию на: 1. варфарин (кумарин); 2. сукцинилхолин; 3. атракуриум; 4. тиопентал; 5. этомидат.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

34. Инсулин: 1. увеличивает образование гликогена; 2. угнетает глюконеогенез; 3. увеличивает синтез белка; 4. снижает концентрацию калия в сыворотке; 5. увеличивает синтез жира.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

35. Энфлюран: 1. является изомером изофлюрана; 2. слабее фторотана; 3. более совместим с введением адреналина, чем фторотан; 4. имеет точку кипения 56,5 градуса С; 5. депрессия дыхания более вероятна, чем при фторотане.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

36. Бупивакаин: 1. является рацемической смесью; 2. блокирует медленные кальциевые каналы; 3. может вызвать фибрилляцию желудочков; 4. подходит для внутривенной региональной анестезии; 5. метаболизируется холинэстеразой.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

37. Недеполяризующая нейромышечная блокада усиливается при: 1. гипотермии; 2. введении неомицина; 3. введении дантролена; 4. введении дигоксина; 5. введении аминофиллина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

38. Ацетилсалициловая кислота (аспирин): 1. вызывает раздражение слизистой желудка; 2. угнетает действие многих ферментов; 3. у детей передозировка может вызвать

критическое ухудшение состояния; 4. при передозировке может вызвать дыхательный алкалоз; 5. угнетает синтез простагландинов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

39. Фентанил: 1. повышает давление цереброспинальной жидкости; 2. уменьшает податливость грудной клетки; 3. уменьшает маточный кровоток; 4. увеличивает тонус сфинктера Одди; 5. вызывает системную вазоконстрикцию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

40. Налоксон: 1. является агонистом каппа-рецепторов; 2. обладает антихолинэргическим действием; 3. угнетает преобразование ангиотензина I; 4. является антагонистом мю-рецепторов; 5. угнетает дрожь во время пробуждения.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

41. Примеры взаимодействия лекарств, происходящие в плазме включают: 1. варфарин (кумарин) и витамин К; 2. диазепам и флюмазенил; 3. морфин и налоксон; 4. гепарин и протамина; 5. не-деполяризующие нейромышечные блокаторы и аминогликозидные антибиотики.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

42. Клофелин: 1. это агонист альфа-2 адренорецепторов; 2. прекращение дачи может вызвать усиление гипертензии; 3. усиливает анестезирующее действие фторотана; 4. это антагонистдопамина; 5. вызывает тахикардию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

43. Пропофол (диприван): 1. в основном выводится не измененным с мочой; 2. увеличивает мозговой кровоток; 3. может вызвать злокачественную гипертермию; 4. уменьшает рефлекс верхних дыхательных путей; 5. усиливает нервномышечную блокаду.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

44. При индукции скорость диффузии через альвеолярно-капиллярную мембрану находится под влиянием: 1. разницы парциальных давлений между альвеолярным и растворенным в крови газом; 2. толщины мембраны; 3. присутствия азота внутри альвеол; 4. присутствия азота внутри альвеол; 5. гипервентиляции.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

45. Осмоляльность плазмы: 1. увеличивается при острой олигурической почечной недостаточности; 2. может быть измерена по снижению точки замерзания; 3. используется вместо осмолярности, чтобы избежать влияния температуры на объем раствора; 4. для клинических целей эквивалентна осмолярности; 5. в норме 300 mosm/kg.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

46. Поверхностное натяжение: 1. больше в маленьких, чем в крупных альвеолах; 2. возникает от сил трения между молекулами жидкости; 3. повышается, если легочный объем снижается; 4. вызывает градиент давления с обеих сторон альвеолярно-капиллярной мембраны; 5. прямо соотносится с диаметром альвеолы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

47. Реакция углекислоты с натронной известью включает: 1. образование карбоната натрия; 2. образование карбоната кальция; 3. выделение тепла; 4. выделение воды; 5. уплотнение (затвердевание) гранул.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

48. Закон Пуазелли устанавливает, что скорость потока жидкости меняется: 1. с градиентом давления; 2. с четвертой степенью радиуса трубки; 3. обратно пропорционально вязкости жидкости; 4. с числом Рейно; 5. с плотностью жидкости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

49. Клиническое применение эффекта Доплера вовлекает измерение изменений: 1. электропроводимости движущегося потока крови; 2. частотной реакции артериальной стенки; 3. частоты отраженных ультразвуковых волн; 4. температуры крови; 5. вязкости крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

50. В сравнении с уровнем моря, на большой высоте: 1. испаримые анестетики испаряются с большей готовностью при температуре 20 град.С; 2. концентрация, поступающая из испарителя выше указанной на шкале; 3. парциальное давление вещества, поступающего из испарителя остается неизменным; 4. плотность газа-переносчика не меняется; 5. гипоксические поражения развиваются медленнее.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

51. Касательно физики газов и паров: 1. скорость диффузии закиси азота такая же, как азота; 2. давление в баллоне, содержащем жидкую закись азота равно давлению ее насыщенных паров; 3. критическая температура пара изменяется в зависимости от окружающего давления; 4. переход из жидкого состояния в газообразное сопровождается охлаждением; 5. при 100% относительной влажности содержание воды в воздухе при 20 и 30 град С одинаково.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

52. При прекращении дачи закиси азота факторы, ведущие к диффузионной гипоксии включают: 1. растворимость закиси азота в крови; 2. вентиляцию окружающим воздухом;

3. превышение выдыхаемого объема газа над вдыхаемым; 4. присутствие фторотана; 5. длительность анестезии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

53. Касательно пневмотахографа: 1. он измеряет изменения давление через сопротивление; 2. он должен иметь сопротивление достаточное для обеспечения ламинарного тока газов; 3. на его точность влияет изменение температуры; 4. он не подходит для точного мониторинга при каждом дыхательном цикле; 5. на его точность не влияют изменения состава газов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

54. Расход испаримого анестетика меняется в обратной пропорции с: 1. коэффициентом растворимости жир/вода; 2. точкой кипения; 3. коэффициентом растворимости кровь/газ; 4. минимальной альвеолярной концентрацией (МАК); 5. давлением насыщенных паров.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

55. Измерение внутриплеврального давления может быть сделано регистрацией давления в: 1. трахее; 2. плетизмографе тела; 3. легочной артерии; 4. средней части пищевода; 5. верхней полой вене.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

56. Пробы на вымывание азота: 1. может использоваться для измерения объема закрытия; 2. легче всего выполнить с использованием азотометра; 3. измеряет анатомическое мертвое пространство; 4. требует однократного вдоха чистого азота; 5. прямым образом измеряет функциональную остаточную емкость.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

57. Необходимо знать артериальное PCO_2 для того, чтобы измерить: 1. выведение углекислоты; 2. минутный объем вентиляции; 3. остаточный объем легких; 4. физиологическое мертвое пространство; 5. функциональную остаточную емкость.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

58. Петля давления-объема может измерять: 1. податливость легких; 2. резистентность воздушных путей; 3. жизненную емкость; 4. функциональную остаточную емкость; 5. объем закрытия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

59. Измерения сердечного выброса методом термодилуций надежны: 1. при пороках сердца; 2. при наличии фибрилляции предсердий; 3. при наличии А-V (узлового) ритма; 4. при использовании РЕЕР; 5. при использовании внутрисосудистых красителей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

60. Газы и пары, мешающиеся в инфра-красный газовый анализ углекислоты включают: 1. закись азота; 2. фторотан; 3. водяные пары; 4. гелий; 5. кислород.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

61. Расчет системного сосудистого сопротивления требует измерений: 1. среднего артериального кровяного давления; 2. сердечного выброса; 3. центрального венозного давления; 4. легочного капиллярного давления заклинивания; 5. ударного объема.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

62. Рандомизация клинического исследования двух методов лечения означает, что: 1. результаты обрабатываются в случайном порядке; 2. лечение выбрано по какому-то предсказуемому признаку; 3. две группы должны быть поставлены в соответствие по всем аспектам; 4. методы лечения могут быть назначены в соответствии с последовательностью случайных чисел; 5. методы лечения должно выбирать независимое лицо.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

63. Двойное слепое исследование: 1. требует использования плацебо; 2. требует, чтобы только пациент не знал, какой агент применен; 3. это открытое клиническое исследование; 4. должно быть осуществлено с помощью случайного процесса (рандомизации); 5. используется только в фазе III терапевтического исследования.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

64. Увеличение общего (валового) вентиляционно-перфузионного соотношения в легких может произойти вследствие: 1. увеличения венозного примешивания; 2. перехода в положение стоя; 3. уменьшения физиологического мертвого пространства; 4. увеличения сердечного выброса; 5. положительного давления в конце выдоха.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

65. Влияние 15 секундной пробы Вальсальва включает: 1. снижение систолического артериального давления; 2. уменьшение легочного объема крови; 3. снижение пульсового давления; 4. снижение центрального венозного давления; 5. брадикардию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

66. Вазодилатация периферических артериол происходит под влиянием: 1. аденозина; 2. окиси азота (nitric oxide); 3. простаглицина (эпопростенола); 4. тромбксана A₂; 5. эндотелина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

67. Периферические хеморецепторы: 1. расположены в легочной артерии; 2. имеют высокий уровень метаболизма на грамм ткани; 3. более чувствительнее к P_{aCO_2} , чем к P_{aO_2} ; 4. более чувствительны к гипоксии, чем таковые в продолговатом мозге; 5. иннервируются только блуждающим нервом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

68. При механической вентиляции в два раза превышающей минутный объем в покое: 1. уменьшается содержание CO_2 в артериальной крови; 2. происходит вазоконстрикция кожных сосудов; 3. повышается рН артериальной крови; 4. снижается сердечный выброс; 5. снижается ионизированный кальций плазмы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

69. В нормальном легочном сосудистом ложе: 1. среднее артериальное давление составляет половину среднего аортального давления; 2. сосудистое сопротивление ниже системного сосудистого сопротивления; 3. находится в покое 50% от общего объема крови; 4. давление заклинивания (wedge) эквивалентно капиллярному давлению; 5. гипоксия вызывает расширение сосудов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

70. Внутрплевральное давление: 1. ниже атмосферного; 2. зависит от давления в воздушных путях; 3. изменяется в процессе дыхательного цикла; 4. одинаково во всех отделах плеврального пространства; 5. увеличивается при глотании.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

71. Касательно ноцицепции: 1. она передается по латеральным спиноталамическим путям; 2. может быть модулирована энкефалинергическими нейрональными связями спинального уровня; 3. модифицируется на спинальном уровне нисходящими из серого вещества

волокнами области Сильвиева водопровода; 4. волокна из лобного отдела коры угнетают таламическую интерпретацию боли; 5. кора мозга не чувствительна к боли.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

72. Цереброспинальная жидкость: 1. секреция составляет менее 250 мл за 24 часа; 2. секреция увеличивается при уменьшении церебрального объема крови; 3. абсорбируется в венозных сплетениях спинного мозга; 4. в положении на боку ее давление ниже 15 мм рт ст; 5. имеет более высокую чем в плазме концентрацию глюкозы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

73. Альфа-1 адренергическая стимуляция вызывает: 1. снижение почечного кровотока; 2. тахикардию; 3. уменьшение моторики кишечника; 4. релаксацию беременной матки; 5. вазодилатацию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

74. Предсердный натриуретический пептид: 1. высвобождается в ответ на растяжение правого предсердия; 2. синтезируется в области сердца; 3. увеличивает скорость гломерулярной фильтрации; 4. является вазодилататором; 5. способствует потерям жидкости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

75. Повышение мочеотделения происходит при: 1. деструкции задней доли гипофиза; 2. гипергликемии; 3. повышении давления наполнения правого предсердия; 4. уменьшении системного артериального давления; 5. увеличении секреции альдостерона.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

76. Основные факторы, определяющие осмоляльность плазмы включают: 1. натрий; 2. хлориды; 3. протеины практически не участвуют; 4. мочевины; 5. глюкозу.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

77. Роль тромбоцитов в коагуляции включает: 1. прилипание к обнаженному коллагену; 2. высвобождение вазоактивного амина; 3. образование простагландин эндопероксидазы; 4. угнетение образования тромбоксана A₂; 5. угнетение цикло-оксигеназы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

78. Клетки плазмы: 1. содержат большие количества RNA; 2. продуцируют антитела; 3. происходят из В-лимфоцитов; 4. синтезируют альбумин; 5. являются фагоцитами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

79. Новорожденный ребенок в состоянии поддерживать температуру тела с помощью: 1. вазоконстрикции; 2. мобилизации энергии из коричневых жиров; 3. выделения тироксина; 4. гиперпное; 5. дрожи.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

80. Бета-2 адренэргические агонисты вызывают: 1. гипокалиемию; 2. бронходилатацию; 3. дрожь скелетных мышц; 4. повышенную моторику желудочно-кишечного тракта; 5. усиленные сокращения беременной матки.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

81. Лечение неселективными ингибиторами моноаминоксидазы связано с: 1. увеличением эндогенных запасов норадреналина; 2. гипертензивными кризами при введении некоторых опиоидных анальгетиков; 3. угнетением ферментов печени,

участвующих в метаболизме лекарств; 4. ортостатической гипотензией; 5. возможным взаимодействием с препаратами для общей анестезии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

82. Действие леводопа включает: 1. блокаду ганглиев; 2. центральное допаминовое истощение; 3. блокаду альфа-адренорецепторов; 4. образование и высвобождение нейротрансмиттеров; 5. блокаду бета-адренорецепторов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

83. Нитроглицерин: 1. расширяет емкостные сосуды; 2. расширяет периферические артериолы; 3. образование ложных нейротрансмиттеров; 4. вызывает брадикардию; 5. блокирует бета-2 адренорецепторы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

84. Введение обзидана (пропранолола) снижает: 1. сердечный выброс; 2. потребление миокардом кислорода; 3. утилизацию глюкозы; 4. резистентность воздушных путей; 5. мозговой кровоток.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

85. Побочные экстрапирамидные эффекты являются известными осложнениями при лечении: 1. метоклопрамидом (церукалом); 2. дроперидолом; 3. фенотиазинами; 4. кополамином (гиосцином); 5. апоморфином.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

86. Бензодиазепины: 1. усиливают действие ГАВА (gamma-amino-butyric acid); 2. снижают мозговой кровоток; 3. уменьшают потребление кислорода мозгом; 4. их седативное

действие может быть снято физостигмином (прозеринном); 5. подвергаются биотрансформации в печени.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

87. Плацентарная проницаемость лекарств зависит от: 1. жировой растворимости; 2. рН материнской крови; 3. связывания с белками материнской плазмы; 4. молекулярного веса; 5. плацентарного кровотока.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

88. Тонкий кишечник является основным местом всасывания: 1. железа; 2. витамина В12; 3. глюкозы; 4. желчных солей; 5. жирорастворимых витаминов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

89. Закись азота при длительной экспозиции: 1. инактивирует витамин В12; 2. нарушает метаболизм метионина; 3. нарушает метаболизм фолатов; 4. ухудшает синтез дезоксирибонуклеиновой кислоты; 5. вызывает мегалобластический гемопоэз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

90. Минимальная альвеолярная концентрация (МАС) уменьшается при: 1. метаболическом ацидозе; 2. гипоксии; 3. искусственной гипотензии; 4. введении клофелина; 5. гипотермии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

91. Механизмы, влияющие на плацентарное прохождение местных анестетиков включает: 1. материнскую концентрацию местного анестетика; 2. рН соотношение плода и матери; 3. связывание местного анестетика с белками; 4. активное прохождение (транспорт) местного анестетика; 5. уровень эпидурального введения.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

92. Недеполяризирующая нейромышечная блокада усиливается при: 1. гипотермии; 2. неомицине; 3. дантролене; 4. дигоксине; 5. аминофиллине.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

93. Аспирин: 1. может вызвать железодефицитную анемию; 2. может вызвать бронхоспазм; 3. является антипиретиком; 4. проходит через плаценту; 5. в больших дозах вызывает шум в ушах.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

94. К веществам, которые считаются способными индуцировать (стимулировать) микросомальные ферменты печени относятся: 1. фенобарбитал (люминал); 2. изониазид; 3. дифенин (фенитоин); 4. циметидин; 5. левомецитин (хлорамфеникол).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

95. Низкий уровень белков плазмы усиливает действие: 1. сукцинилхолина; 2. диазепама (седуксена); 3. обзидана (пропранолола); 4. атракуриума (тракриума); 5. атропина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

96. Пропофол (диприван): 1. в основном выводится не измененным с мочей; 2. увеличивает мозговой кровоток; 3. запускает злокачественную гипертермию; 4. уменьшает рефлексы верхних дыхательных путей; 5. усиливает нервномышечную блокаду.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

97. Касательно осмоса: 1. осмолярность определяет число осмолей на 1 литр раствора; 2. растворы одинаковой концентрации (грамм/литр) имеют разную осмолярность; 3. чем выше осмолярность, тем ниже точка замерзания; 4. снижение давления паров растворителя пропорционально молярной концентрации раствора; 5. вклад белков плазмы в осмолярность плазмы составляет около 1 mosmo /литр.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

98. Касательно диффузии: 1. закон Фика соотносит скорость диффузии к концентрационному градиенту; 2. на клеточном уровне равновесие углекислоты наступает менее чем через 0,1 сек; 3. скорость диффузии большинства испаримых анестетиков одинакова с углекислотой; 4. окись углерода используется для измерения легочной диффузионной способности; 5. скорость диффузии вещества не пропорциональна его молекулярному размеру.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

99. Ожогу кожи при использовании обычного монополярного электрокоагулятора способствует: 1. дефект изоляции преобразователя; 2. плохой контакт с пластиной заземления; 3. высокий ток при коагуляции; 4. заземление операционного стола; 5. внезапное повышение вольтажа на линии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

100. Кислородные концентраторы: 1. отделяют азот от остальных составляющих воздуха; 2. используют молекулярное сито из силиката алюминия (zeolite); 3. основаны на чередовании работы двух колонок для постоянного образования кислорода; 4. не требуют источника энергии; 5. способны образовывать не более 40% кислород при скорости потока 3 л/мин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

101. Давление в полном баллоне с закисью азота: 1. равно давлению паров закиси азота, при температуре имеющейся внутри баллона; 2. повышается на $1/273$ на каждый градус повышения температуры по С; 3. начинает падать, когда газ выпускают при высокой скорости тока; 4. остается постоянным при всех обстоятельствах; 5. указывает на количество имеющейся жидкости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

102. Касательно "эффекта второго газа": 1. чем выше растворимость в крови второго газа, тем больше эффект; 2. он подразумевает уменьшение альвеолярной концентрации второго газа при более быстром поглощении первого газа; 3. при закиси азота эффект ограничен первыми 5-10 минутами индукции; 4. он увеличивается при уменьшении концентрации менее растворимого второго агента; 5. он усиливается при увеличении альвеолярной вентиляции.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

103. Концентрация углекислоты может быть измерена с помощью: 1. масс-спектрометрии; 2. пламенной фотометрии; 3. инфра-красного поглощения; 4. изменений в пьезоэлектрическом эффекте; 5. полярографии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

104. Касательно увлажнителей: 1. конденсирующие увлажнители (искусственный нос) полностью насыщают вдыхаемый газ при 37 гр С; 2. газо-поточные распылители используют эффект Бернулли; 3. распыленные частицы воды в 10 микронов проходят при вдохе прямо в альвеолы; 4. ультразвуковые распылители могут вызывать перегрузку жидкостью; 5. уровень влажности при 37 гр С в верхней части трахеи около 20 грамм на куб. метр.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

105. Альвеолярное давление водяных паров является функцией: 1. влажности окружающей среды; 2. барометрического давления; 3. вдыхаемой газовой смеси; 4. температуры тела; 5. окружающей температуры.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

106. Диффузия анестетических газов через легочный эпителий зависит от: 1. молекулярного веса газа; 2. толщины альвеолярно-капиллярной мембраны; 3. концентрации анестетического газа в крови легочных капилляров; 4. температуры больного; 5. объема вентиляции легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

107. Функциональная остаточная емкость у взрослого: 1. если меньше, чем объем закрытия легких, то это ведет к региональной гиповентиляции; 2. измеряется разведением гелия; 3. ее уменьшение ведет к возрастанию альвеолярно-артериальной разницы напряжения кислорода; 4. уменьшается с возрастом; 5. увеличивается при анестезии со спонтанным дыханием.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

108. Пульсоксиметрия не точна в присутствии: 1. метгемоглобина; 2. внутрисосудистых красителей; 3. карбоксигемоглобина; 4. кожной пигментации; 5. серповидно-клеточной болезни.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

109. Касательно мертвого пространства: 1. анатомическое мертвое пространство примерно равно 2 мл/к; 2. в уравнении Бора для вычисления мертвого пространства требуется измерение смешанного выдыхаемого и альвеолярного; 3. в уравнении Бора вдыхаемую PCO_2 можно в клинической практике игнорировать; 4. физиологическое мертвое пространство это анатомическое минус альвеолярное мертвое пространство; 5. физиологическое мертвое пространство может быть измерен вымыванием единичного вдоха азота.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

110. Следующее может быть использовано при статистической анализе результатов клинического исследования: 1. непарный t-test; 2. X² (chi-квадратный) тест; 3. анализ вариаций; 4. последовательный анализ; 5. парный t-test.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

111. Касательно клинических оценок: 1. они называются простыми слепыми, когда только субъекту неизвестно примененное лечение; 2. они называются двойными слепыми, когда ни врачу, ни субъект неизвестно примененное лечение; 3. влияние предубеждений наблюдателя может, тем не менее произойти в двойном слепом исследовании; 4. простые слепые оценки не требуют placebo; 5. последовательный анализ не подходит для двойных слепых исследований.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

112. Ответ сердечно-сосудистой системы, поступающий через 1 минуту после внезапного повышения внутригрудного давления включает: 1. тахикардию; 2. периферическую вазоконстрикцию; 3. артериальную гипотензию; 4. повышение венозного притока; 5. увеличение выброса сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

113. Касательно коронарного кровообращения: 1. как левая, так и правая коронарная артерия участвуют в кровоснабжении левого желудочка; 2. коронарный синус впадает в правое предсердие; 3. содержание кислорода в коронарном синусе самое низкое в организме; 4. передняя нисходящая артерия является ветвью левой коронарной артерии; 5. тебезиевы вены опорожняются в левый желудочек.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

114. Изоволюметрическое сокращение левого желудочка: 1. начинается когда митральный клапан закрывается; 2. заканчивается когда аортальный клапан открывается; 3. возрастает от адреналина; 4. преодолевает постнагрузку (afterload); 5. усиливается снижением преднагрузки (preload).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

115. Перенос жидкости из капилляров в интерстициальное пространство усиливается при снижении: 1. среднего артериального давления; 2. концентрации белка в интерстициальных жидкостях; 3. венозного давления; 4. онкотического давления плазмы; 5. концентрации натрия в плазме.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

116. Частота дыхания повышается: 1. при повышении температуры тела; 2. при пробуждении после нормального сна; 3. у беременных при наступлении родов; 4. при снижении рН крови; 5. при снижении податливости (compliance) легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

117. Функциональная остаточная емкость (ФОЕ): 1. увеличена при ПДКВ (РЕЕР); 2. не меняется при изменениях податливости легких; 3. уменьшена у больных с острой дыхательной недостаточностью; 4. увеличивается при интубации трахеи; 5. остается неизменной при внутривенной индукции тиопенталом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

118. Гипоталамус: 1. участвует в регуляции температуры; 2. образует часть крыши третьего желудочка; 3. участвует в секреции эндорфинов; 4. управляет тонкой моторикой движений; 5. является местом синтеза гормона роста.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

119. Важные механизмы прекращения действия катехоламинов включают: 1. окислительное дезаминирование моноаминоксидазой; 2. захват катехоламинов адренергическими нервными окончаниями; 3. метаболизирование катехол-о-метилтрансферазой; 4. О-метилирование до метанефрина; 5. конкурентное угнетение ложными трансмиттерами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

120. Паратиреоидный гормон: 1. его действие опосредуется через 3,5 циклическую АМФ (3,5 cyclic AMP); 2. секретируется в ответ на низкий уровень ионизированного кальция сыворотки; 3. секреция повышена при первичном гиперпаратиреозидизме; 4. является стероидом; 5. вырабатывается С-клетками.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

121. Гормоны, участвующие в регуляции объема крови, включают: 1. ренин; 2. предсердный натриуретический пептид (ANP); 3. преднизолон; 4. альдостерон; 5. антидиуретический гормон (ADH).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

122. Анионная разница: 1. в норме 12 ммол/л; 2. увеличена при лактатацидозе; 3. повышена при почечной недостаточности; 4. снижена при отравлении аспирином; 5. снижена при диабетическом кетоацидозе.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

123. Гиперкалиемия связана с: 1. стимуляцией бета-адренорецепторов; 2. первичным гиперпаратиреозом; 3. секретирующими альдостерон опухольями; 4. заостренными зубцами Т на электрокардиограмме; 5. повышенными зубцами Р в грудных отведениях электрокардиограммы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

124. Бурый жир: 1. иннервируется симпатическими нервами; 2. присутствует главным образом у новорожденных; 3. является термогенным; 4. содержит меланин; 5. является источником триглицеридов крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

125. Физиологические изменения при нормальной беременности включают повышение: 1. уровня бикарбоната сыворотки; 2. функциональной остаточной емкости; 3. объема плазмы; 4. сосудистого сопротивления матки; 5. массы эритроцитов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

126. Норадrenalин: 1. повышает систолическое давление; 2. является агонистом альфа-1 адренорецепторов; 3. вызывает рефлекторную брадикардию; 4. снижает диастолическое давление; 5. снижает среднее артериальное давление.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

127. Бета-2 агонисты адренорецепторов вызывают: 1. гипокалиемию; 2. бронходилатацию; 3. дрожь скелетных мышц; 4. повышение моторики желудочно-кишечного тракта; 5. усиление сократимости беременной матки.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

128. Инфузия нитроглицерина увеличивает: 1. частоту сердечных сокращений; 2. внутричерепное давление; 3. печеночный кровоток; 4. $PaCO_2$; 5. PaO_2 .

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

129. Введение глюкагона увеличивает: 1. возбудимость синусового узла; 2. внутриклеточную концентрацию кальция в миокарде; 3. тошноту; 4. активность аденил циклазы; 5. сократимость миокарда.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

130. Дроперидол: 1. стимулирует экстрапирамидную систему; 2. обладает альфа-адреноблокирующим действием; 3. является антагонистом допамина; 4. часто вызывает тошноту и рвоту; 5. обладает бета-адреноблокирующим действием.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

131. Алкалоз угнетает диуретическое действие: 1. фуросемида; 2. ацетазоламида; 3. маннитола; 4. спиронолактона; 5. тиазидов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

132. Касательно почечной экскреции: 1. ощелачивание мочи увеличивает выведение фенобарбитона; 2. ацидификация (повышение кислотности) мочи снижает выведение аспирина; 3. выведение водородных ионов почками зависит от активности карбоангидразы; 4. лечение ацетазоламидом может вызвать гипокалиемию; 5. механическая гипервентиляция снижает выведение ионов водорода.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

133. Инсулин: 1. вырабатывается в бета-клетках поджелудочной железы; 2. увеличивает запас гликогена в мышцах; 3. выделяется неизменным с мочой; 4. повышает глюконеогенез; 5. увеличивает потребление глюкозы мозгом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

134. Анестезия энфлюраном снижает: 1. дыхательный объем; 2. функциональную остаточную емкость; 3. гипоксическую легочную вазоконстрикцию; 4. активность рефлексов барорецепторов; 5. тонус скелетной мускулатуры.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

135. Токсическое действие местных анестетиков включает: 1. депрессию миокарда; 2. метгемоглобинемию; 3. возбуждение центральной нервной системы; 4. карбаминогемоглобинемию; 5. гипертермию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

136. Важными факторами в выведении мивакуриума являются: 1. гломерулярная фильтрация; 2. связывание белками; 3. метаболизм в печени; 4. гидролиз холинэстеразой плазмы; 5. рН крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

137. Касательно опиатов: 1. морфин-6-глюкоронид это фармакологически активный метаболит морфина; 2. морфин-6-глюкоронид аккумулируется при почечной недостаточности; 3. морфин является агонистом мю-рецепторов; 4. морфин является антагонистом мю-рецепторов; 5. метаболизм фентанила включает фармакологически активные метаболиты.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

138. Скополамин (гиосцин): 1. имеет антиэметическое действие; 2. вызывает амнезию; 3. вызывает задержку мочи; 4. может вызвать бронхоспазм; 5. усиливает секрецию желудка.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

139. Анафилаксия на внутривенные анестетики: 1. предупреждается премедикацией антигистаминным; 2. характеризуется глубокой гипотензией; 3. случается только при повторном введении; 4. может произойти благодаря растворяющему веществу; 5. зависит от дозы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

140. Кетамин повышает: 1. церебральный кровоток; 2. артериальное давление; 3. церебральное перфузионное давление 4. церебральную артериолярную реакцию на изменения в PaCO_2 ; 5. легочное сосудистое сопротивление.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

141. Повышение альвеолярной концентрации испаримого анестетика происходит быстрее когда: 1. вдыхаемая концентрация увеличивается; 2. альвеолярная вентиляция увеличивается; 3. закись азота содержится во вдыхаемой смеси; 4. сердечный выброс повышается; 5. агент более растворим в крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

142. Касательно высокочастотной вентиляции: 1. минутный объем вентиляции увеличивается вместе с частотой; 2. уменьшение рабочего давления вызывает снижение PaCO_2 ; 3. она противопоказана больным с бронхоплевральным свищем; 4. увеличение времени вдоха увеличивает объем легких; 5. выведение CO_2 улучшается при увеличении частоты.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

143. В циркулярной системе с испарителем вне контура следующие факторы влияют на концентрацию фторсодержащего агента во вдыхаемой смеси газов: 1. объем системы; 2.

приток свежего газа в систему; 3. поглощение агента натронной известью; 4. поглощение агента пациентом; 5. температура в испарителе.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

144. Касательно вязкости: 1. увеличение концентрации белка плазмы увеличивает вязкость крови; 2. снижение кровотока увеличивает вязкость; 3. снижение температуры повышает вязкость крови; 4. гелий улучшает поток газа через отверстие с помощью снижения вязкости; 5. вязкость влияет на скорость установившегося турбулентного потока.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

145. В обычной электрокардиограмме: 1. стандартное отведение III записывает разницу потенциалов между левой и правой ногами; 2. отведение V измеряет разницу потенциалов между отведением с груди и ноги; 3. амплитуда зубца составляет примерно 10 mV; 4. при скорости протяжки бумаги 25 мм/сек 1 мм соответствует 0,04 сек; 5. записывающее устройство принято устанавливать так, что 1 mV дает отклонение на 1 см.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

146. Следующее связано с падением температуры: 1. компрессия газа; 2. испарение жидкости; 3. поглощение углекислоты гидроокисью натрия; 4. эффект Venturi; 5. изменение потока от ламинарного к турбулентному.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

147. Касательно теплопотери у взрослых: 1. количество теряемого при потении тепла может увеличиться десятикратно; 2. конвекция является важным путем потери тепла; 3. в холодной воде потери тепла благодаря проводимости являются наиболее важным фактором; 4. нормальная температура поверхности тела 32-35 гр С; 5. нормальная внутренняя температура варьирует в течение на 0,4 гр С.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

148. Датчик напряжения (деформации) может быть использован для измерения: 1. силы мышечного сокращения; 2. внутричерепного давления; 3. артериального давления; 4. сердечного выброса; 5. парциального давления углекислоты.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

149. При использовании техники термодилуции для измерения выброса сердца: 1. артериальная пункция не является необходимой; 2. измерения могут часто повторяться; 3. забор пробы крови не является необходимым; 4. точные результаты получаются у пациентов с внутрисердечным шунтом; 5. механическая вентиляция не влияет на измерения.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

150. У здорового мужчины 30 лет и весом 70 кг: 1. альвеолярная вентиляция в покое 4,2 л/мин; 2. анатомическое мертвое пространство составляет 140 мл; 3. во время максимального вдоха внутриплевральное-давление падает до 30 см вод ст.; 4. функциональная остаточная емкость составляет 1, 2 л; 5. общая поверхность, доступная для газообмена составляет примерно 20 кв м.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

151. Методы измерения анатомического мертвого пространства включают: 1. тест единичного вдоха азота; 2. анализ углекислоты в конце выдоха; 3. измерение артериального PCO₂; 4. разведение гелия; 5. плетизмографию тела.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

152. Принятые методы выявления венозного тромбоза: 1. венография; 2. ультразвук Доплера; 3. компьютерная томография; 4. импедансная плетизмография; 5. исследование коагулограммы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

153. Индикаторы тканевой оксигенации включают: 1. рН венозной крови; 2. венозное насыщение кислородом; 3. артерио-венозную разницу по кислороду; 4. дефицит оснований артериальной крови; 5. концентрацию лактата артериальной крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

154. Измерение FEV1/FVC соотношения (показателя Тифно) полезно для выявления: 1. рестриктивных легочных заболеваний; 2. увеличения функциональной остаточной емкости; 3. скорости инспираторного потока; 4. обструктивных легочных заболеваний; 5. изменений податливости легкого.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

155. Касательно анатомии диафрагмы: 1. отверстие полой вены расположено напротив Т 8-9; 2. блуждающие нервы располагаются в пищеводном отверстии; 3. отверстие Морганьи (hiatus Morgagni) доходит до мечевидного отростка; 4. аортальное отверстие расположено вправо от средней линии; 5. v.azygos сопровождает нижнюю полую вену.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

156. В модуляции болевых импульсов участвуют следующие вещества: 1. серотонин; 2. гамма-аминобутировая кислота (ГАБА); 3. энкефалины; 4. цикло-оксигеназа; 5. субстанция Р.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

157. Дача 100% кислорода при нормальном барометрическом давлении: 1. будет токсична в пределах 4 часов; 2. удвоит артериальное содержание кислорода; 3. увеличит артерио-

венозную разницу содержания кислорода; 4. может вызывать ателектаз; 5. корригирует гипоксию, вызванную внутрилегочным шунтированием.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

158. Мозговой кровоток обратно пропорционален: 1. P_aCO_2 ; 2. потреблению мозгом кислорода; 3. вдыхаемой концентрации фторотана; 4. P_aO_2 ; 5. среднего артериального давления.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

159. Опиоиды с жировой растворимостью превышающей таковую морфина, включают: 1. фентанил; 2. алфентанил; 3. суфентанил; 4. бупренорфин; 5. метадон.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

160. Касательно плечевого сплетения: 1. его корни лежат позади *scalenus anterior*; 2. его маркировка на поверхности лежит между мышцами *sternocleidomastoideus* и *trapezius*; 3. оно отходит от C4 - T1; 4. его задний отдел продолжается как лучевой нерв; 5. оно иннервирует кожу на предплечье.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

161. Седалищный нерв: 1. образуется из передних ветвей L4,5 и S1,2,3; 2. лежит позади мышцы *quadratus femoris*; 3. образует переднюю ветвь к тазобедренному суставу; 4. снабжает ягодичные мышцы; 5. лежит медиальнее заднего кожного нерва бедра (*femoral cutaneous*).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

162. Лучевой нерв: 1. вызывает сгибание назад (dorsiflexion) запястного сустава; 2. в запястье лежит латеральнее лучевой артерии; 3. иннервирует дельтовидную мышцу; 4. иннервирует трехглавую мышцу; 5. не имеет чувствительных ветвей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

163. Лучевая артерия: 1. является основной артерией, образующей глубокую ладонную дугу; 2. снабжает все пальцы; 3. может проходить через scaphoid fossa ("нюхательная" ямка); 4. находится медиальнее лучевого нерва на запястье; 5. является концевой артерией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

164. При дыхании 100% кислородом: 1. исчезают ателектазы; 2. уменьшается вздутие кишечника; 3. увеличивается мертвое пространство; 4. уменьшаются в объеме полости, наполненные газом; 5. в хорошо вентилируемых сегментах лёгких развивается шунтирование.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

165. Для расчета физиологического мертвого пространства используется: 1. измерение напряжения кислорода в легочной артерии; 2. измерение CO₂ в смешанной венозной крови; 3. плетизмография тела; 4. уравнение Бора; 5. специальная номограмма.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

166. Число Raynold's касается: 1. величины поверхностного натяжения; 2. диффузии углекислоты; 3. транспорта кислорода; 4. соотношения турбулентного и ламинарного потока; 5. критической величины влажности в дыхательных путях.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

167. Неизменная частота пульса, наблюдаемая во время и сразу после пробы Вальсальвы наблюдается при: 1. автономной блокаде; 2. сахарном диабете; 3. сердечной недостаточности; 4. недостаточности аорты; 5. синдроме Горнера.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

168. Находки, указывающие на высокую секрецию АДГ (ADH) включают: 1. низкую концентрацию кортизола плазмы; 2. гипернатриемию; 3. повышенный креатинин сыворотки; 4. высокую осмоляльность мочи; 5. протеинурию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

169. Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы: 1. обеспечить наилучшее лечение; 2. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного; 3. установить доверительные отношения с больным; 4. установить доверительные отношения с родственниками больного; 5. врачи должны поддерживать между собой коллегиальные отношения.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

170. Отделение (группа) анестезиологии-реанимации организуется: 1. в областных (краевых, республиканских) больницах; 2. в городских (центральных городских) больницах; 3. в центральных районных больницах; 4. в детских городских больницах; 5. в составе других лечебно-профилактических учреждений в зависимости от потребности.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

171. Палаты реанимации и интенсивной терапии организуются в городских больницах: 1. при наличии в больнице не менее 500 коек и 70 коек хирургического профиля; 2. при наличии не менее 800 коек для взрослых; 3. в городах с населением более 500.000 человек; 4. в любой больнице города независимо от ее мощности; 5. при наличии не менее 300 коек без учета их профиля.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

172. В составе лечебно-профилактического учреждения имеется ожоговое отделение на 100 коек. Сколько должностей врачей анестезиологов-реаниматологов должно быть в этом отделении?: 1. ставки выделяются на общих основаниях, как для отделения хирургического профиля; 2. 4.75 должностей; 3. 1 должность; 4. 2 должности; 5. 3 должности.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

173. В реанимационных отделениях центральных районных больниц на 200 и более коек для оказания реанимационной помощи детям выделяется: 1. 3 койки; 2. в зависимости от общей мощности стационара; 3. койки в составе отделения для детей; 4. 30% реанимационных коек; 5. по усмотрению главного врача.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

174. Показания к госпитализации в отделение реанимации определяет: 1. главный врач больницы; 2. зам. главного врача по лечебной части; 3. профильный дежурный специалист приемного отделения; 4. заведующий отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач; 5. заведующий профильным отделением.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

175. Наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде осуществляется анестезиологом-реаниматологом: 1. в течение 2-4 часов; 2. в течение 4-8 часов; 3. в течение 8-24 часов; 4. до стабилизации функции жизненно важных органов; 5. в зависимости от вида анестезии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

176. Сколько должностей врачей анестезиологов-реаниматологов должно быть на 12 реанимационных коек?: 1. 3.75 должностей; 2. 4.75 должностей; 3. 7.75 должностей; 4. 9.5 должностей; 5. 12 должностей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

177. Для обеспечения круглосуточной работы врача анестезиолога-реаниматолога необходимо: 1. 3.5 ставок; 2. 3.75 ставки; 3. 4 ставки; 4. 4.75 ставок; 5. 5 ставок.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

178. Должности медицинских сестер для обеспечения работы палат реанимации и интенсивной терапии устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост: 1. на 6 коек; 2. на 5 коек; 3. на 4 койки; 4. на 3 койки; 5. на 2 койки.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

179. В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии и реанимации его персонал: 1. определяет оптимальный метод и проводит общую анестезию; 2. определяет оптимальный метод и проводит регионарную анестезию; 3. осуществляет медикаментозную предоперационную подготовку; 4. проводит мониторинг жизненно-важных функций во время операций; 5. проводит мониторинг и лечение нарушений жизненно-важных функций после операции до их стабилизации.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

180. Профиль коек палат реанимации и интенсивной терапии: 1. считается терапевтическим; 2. считается хирургическим; 3. считается гнойно-септическими; 4. не входит в число сметных коек больницы; 5. определяется в зависимости от потребности.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

181. Врач анестезиолог-реаниматолог обязан назначить вид обезболивания с учетом: 1. своих знаний и профессиональных навыков; 2. материально-технических возможностей лечебного учреждения; 3. состояния больного; 4. особенностей оперативного вмешательства или специального метода исследования; 5. желания и согласия больного.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

182. Вопрос о переводе больных из отделения анестезиологии-реанимации в профильное отделение решают: 1. сотрудники профильного отделения; 2. заведующий профильным отделением; 3. главный врач больницы или его заместитель; 4. заведующий и сотрудники отделения анестезиологии-реаниматологии; 5. согласно приказу главного врача, так как он не оговорен юридическими документами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

183. Сертификация врача анестезиолога-реаниматолога и присвоение ему звания врача-специалиста проводится: 1. по окончании 5-месячного курса специализации; 2. при наличии 2-х летнего стажа по специальности; 3. при наличии 3-х летнего стажа по специальности; 4. после окончания 2-х летней клинической ординатуры; 5. при наличии 5-летнего стажа по специальности.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

184. Аттестация врача-анестезиолога на присвоение первой квалификационной категории проводится при стаже работы анестезиологом не менее: 1. 3 лет; 2. 5 лет; 3. 6 лет; 4. 7 лет; 5. 10 лет.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

185. Аттестация врача-анестезиолога на присвоение высшей квалификационной категории проводится при стаже работы анестезиологом не менее: 1. 5 лет; 2. 7 лет; 3. 10 лет; 4. 12 лет; 5. 15 лет.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

РАЗДЕЛ 2. Скорая медицинская помощь.

01. Увеличенный легочный кровоток имеет место при: 1. стенозе легочной артерии; 2. тетраде Fallot; 3. коарктации аорты; 4. дефекте межжелудочковой перегородки; 5. атрезии трикуспидального клапана.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

02. У больного со стенозом аортального клапана: 1. имеет место значительное увеличение полости левого желудочка; 2. характерен низкий вольтаж ЭКГ; 3. защита от ишемии происходит благодаря большому левому желудочку; 4. наблюдается быстро прогрессирующее ухудшение симптоматики; 5. стенка левого желудочка очень податлива.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

03. Кетамин обычно увеличивает: 1. АД; 2. сердечный выброс; 3. потребление миокардом кислорода; 4. ЧСС; 5. кровоток мозга.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

04. К антагонистам фибринолиза относятся: 1. апротинин; 2. стрептокиназа; 3. эписилон-амино-капроновая кислота; 4. активатор тканевого плазминогена; 5. гепарин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

05. Витамин К: 1. требуется для синтеза факторов свертывания VII, IX, X и II (протромбина); 2. является антагонистом гепарина; 3. является антагонистом варфарина; 4. является антагонистом протаминсульфата; 5. не действует при приеме внутрь.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

06. Эритропоэтин: 1. вырабатывается в почках; 2. увеличивает образование тромбоцитов; 3. увеличивает образование эритроцитов; 4. увеличивает образование лейкоцитов; 5. вырабатывается в печени.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

07. Являются альфа-адреноблокирующими веществами: 1. пирроксан (пропоксан); 2. фентоламин; 3. лабетолол; 4. клофелин; 5. нифедипин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

08. Преимущественно не прямым прессорным действием обладает: 1. норадреналин; 2. адреналин; 3. изопроterenол; 4. эфедрин; 5. брeвиблок.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

09. Среди местных анестетиков может вызвать метгемоглобинемию: 1. лидокаин; 2. прилокаин; 3. бупивакаин; 4. бензокаин; 5. новокаин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

10. Дигиталис: 1. угнетает атриовентрикулярную проводимость; 2. снижает внутриклеточное содержание кальция; 3. увеличивает сократимость миокарда; 4. увеличивает сосудистый тонус; 5. вызывает тахикардию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

11. Введение кальция: 1. Уменьшает сократимость миокарда; 2. уменьшает возбудимость сердца; 3. вызывает гипотензию; 4. может усиливать симптомы токсичности дигиталиса; 5. противопоказано при ишемической болезни сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

12. Для получения точных показателей ЦВД: 1. конец катетера должен находиться в торакальной части поллой вены; 2. конец катетера может быть продвинут до места впадения поллой вены в предсердие; 3. показатели давления колеблются в соответствии с дыхательными движениями; 4. кровь должна легко аспирироваться шприцем; 5. катетер может быть введен через периферическую вену.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

13. Определение сердечного выброса методом термодилуции: 1. требует введения в легочную артерию катетера с термистором (термодатчиком); 2. основано на том же принципе, который использует разведение красителя; 3. требует введения точного объема жидкости с определенной температурой; 4. не требует измерения температуры в месте стояния конца катетера; 5. зависит от температуры операционной.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

14. Анафилактическая реакция во время анестезии: 1. всегда начинается с отека гортани; 2. всегда включает ларингеальные, респираторные и циркуляторные симптомы; 3. всегда имеет короткую продолжительность; 4. должна незамедлительно интенсивно лечиться; 5. лечение не представляет трудностей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

15. Действие недеполяризующих нейромышечных блокаторов: 1. потенцируется аминогликозидными антибиотиками; 2. потенцируется эдрофониумом; 3. усиливается при

миастении гравис; 4. антагонизируется magnesium sulphate; 5. уменьшается при почечной недостаточности.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

16. Кетамин: 1. быстро метаболизируется в печени; 2. подходит для больных астмой; 3. противопоказан при наличии гипертензии; 4. противопоказан у больных с атопией; 5. подходит для использования у больных с повышенным внутричерепным давлением.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

17. Значение минимальной альвеолярной концентрации (МАК) уменьшается при: 1. пожилом возрасте; 2. гипотермии; 3. введении опиоидов; 4. беременности; 5. введении клофелина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

18. Плацентарный кровоток: 1. не зависит от сокращения матки; 2. уменьшается от эфедрина; 3. увеличивается при региональной анестезии; 4. уменьшается при гипокарбии; 5. увеличивается при изофлюране.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

19. Типичные антихолинергические эффекты включают: 1. сужение зрачков; 2. усиление потоотделения; 3. повышение моторики желудка и кишечника; 4. бронходилатацию; 5. брадикардию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

20. К действующим как частичные антагонисты опиоидов препаратам относятся: 1. фортрал; 2. налоксон; 3. налорфин; 4. клофелин; 5. метадон.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

21. Интенсивная периферическая вазоконстрикция может быть уменьшена под действием:
1. фентоламина; 2. нитропруссиды натрия; 3. гиперкапнии; 4. нифедипина (коринфара); 5. высокой спинальной анестезии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

22. Натронная известь: 1. содержит гидроксид кальция и натрия; 2. может нагреться до 60 гр С во время активной абсорбции CO₂; 3. при клиническом использовании образует воду; 4. противопоказана при применении энфлюрана; 5. разлагает изофлюран.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

23. Препараты, повышающие барьерное давление в желудочно-пищеводном соустье, включают: 1. дроперидол; 2. прозерин; 3. атропин; 4. метоклопрамид (церукал); 5. фентанил.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

24. Общий печеночный кровоток снижается: 1. во время анестезии фторотаном; 2. при применении ПДКВ (РЕЕР); 3. во время спинальной анестезии до Т4; 4. при инфузии вазопрессина (адиурекрина); 5. при гипотермии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

25. Проявлениями токсичности лигнокаина (лидокаина) являются: 1. покалывание вокруг рта; 2. подергивания мышц; 3. седация; 4. шум в ушах; 5. затруднения речи.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

26. Поверхностная анестезия грушевидной ямки приводит к анестезированию: 1. recurrent laryngeal nerve; 2. glossopharyngeal nerve; 3. hypoglossal nerve; 4. superior laryngeal nerve; 5. ansa nervae hypoglossi.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

27. Левожелудочковое конечно-диастолическое давление снижено: 1. во время сна; 2. при эпидуральной анестезии; 3. при легочной эмболии; 4. при ишемии миокарда; 5. при септическом шоке.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

28. Градиент между PCO_2 в артерии и PCO_2 в конце выдоха увеличивается при: 1. эмфиземе легких; 2. легочной эмболии; 3. искусственной гипотензии; 4. злокачественной гипертермии; 5. ателектазе легкого.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

29. Случайная гипотермия (30 гр.С) приводит к снижению: 1. уровня метаболизма; 2. сахара крови; 3. Р 50 гемоглобина; 4. Q-T интервала; 5. гематокрита.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

30. Нарушения секреции антидиуретического гормона после операции проявляются: 1. гипернатриемией; 2. снижением осмолярности мочи; 3. гиповолемией; 4. поддержанием нормальной функции почек; 5. гипогликемией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

31. Нарушения кровотоковости, которые впервые выявились во время операции могут возникнуть вследствие: 1. диссеминированного внутрисосудистого свертывания; 2. переливания несовместимой крови; 3. активации плазминогена; 4. болезни Фон Виллебранда (Von Willebrand's); 5. массивной гемогрансфузии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

32. Удлиненный Q-T интервал может наблюдаться при: 1. лечении амиодароном (кордароном); 2. остановке сердца; 3. глухоте; 4. гипокальцемии; 5. острым инфаркте миокарда.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

33. Низкий уровень активности сывороточной холинэстеразы связан с: 1. болезнями печени; 2. альбуминемией; 3. третьим триместром беременности; 4. застойной сердечной недостаточностью; 5. тяжелым сепсисом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

34. Уменьшение общей легочной податливости обычно наблюдается при: 1. левожелудочковой недостаточности; 2. кифосколиозе; 3. фиброзе легких; 4. астме; 5. эмфиземе.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

35. Гипердинамия кровообращения наблюдается при: 1. анемии; 2. беременности; 3. болезни Педжета; 4. легочной эмболии; 5. микседеме.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

36. Фиброз легких развивается при: 1. врожденной патологии; 2. ревматоидном артрите; 3. некоторых тяжелых отравлениях; 4. легочной эмболии; 5. уремии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

37. Низкий фиксированный сердечный выброс наблюдается при: 1. аортальном стенозе; 2. констриктивном перикардите; 3. митральном стенозе; 4. легочном сердце; 5. токсичном действии дигоксина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

38. Увеличение физиологического мертвого пространства происходит при: 1. застойной сердечной недостаточности; 2. ателектазе; 3. легочной эмболии; 4. ингаляционной анестезии; 5. эмфиземе.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

39. Снижение системной сосудистой резистентности происходит при: 1. беременности; 2. повышении внутричерепного давления; 3. анемии; 4. анестезии кетаминем; 5. феохромоцитоме.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

40. Диагностика ишемии миокарда по данным мониторинга сегмента затруднена в присутствии: 1. мерцательной аритмии; 2. блокады левой ножки пучка; 3. гипертрофии левого желудочка; 4. полной блокады сердца; 5. лечения дигоксином.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

41. Патологические состояния, которые вызывают мышечный паралич благодаря нарушениям высвобождения ацетилхолина на уровне нейромышечного соединения включают: 1. myasthenia gravis; 2. столбняк; 3. полиомиелит; 4. нарушения функции псевдохолинэстеразы; 5. прогрессирующую мышечную дистрофию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

42. Наступающее в начале кислородотерапии апноэ у больного с хроническим обструктивным заболеванием воздушных путей: 1. объясняется хронически низкими уровнями PaCO_2 ; 2. может быть предотвращено постепенным возрастанием FIO_2 ; 3. прекращается при добавлении 5% углекислоты во вдыхаемую смесь газов; 4. связано с рефлексом с каротидных телец; 5. предотвращается при лечении ацетазоламидом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

43. Изофлюран: 1. снижает дыхательный объем; 2. снижает ФОЕ (функциональную остаточную емкость); 3. ослабляет гипоксическую легочную вазоконстрикцию; 4. снижает рефлексы барорецепторов; 5. устраняет бронхоконстрикцию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

44. Обычный механизм обеспечения безопасности при падении потока кислорода в наркозном аппарате: 1. устраняет возможность аноксической смеси газов; 2. прерывает ток всех газов при активации; 3. чувствителен к потоку; 4. чувствителен к давлению; 5. зависит от интактной проводки закиси азота.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

45. Активность (псевдо) холинэстеразы низкая у: 1. фермеров, использующих фосфоорганические инсектициды; 2. больных с печеночной недостаточностью; 3. женщин на последнем месяце беременности; 4. больных, получающих лечение пилокарпином в глазных каплях; 5. больных, страдающих *myasthenia gravis*.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

46. Механическая гипервентиляция у нормального пациента в течение всей анестезии приведет к: 1. выраженному уменьшению потребности в послеоперационной аналгезии; 2. смещению вправо кривой диссоциации оксигемоглобина; 3. снижению PaO_2 ; 4. послеоперационной гиповентиляции; 5. кожной вазодилатации.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

47. Результаты лабораторных исследований, специфичные для вызванного фторотаном гепатита включают: 1. повышение билирубина сыворотки; 2. выраженное повышение трансаминаз сыворотки (SGOT, SGPT); 3. значительное возрастание щелочной фосфатазы; 4. наличие антител против измененных галотаном антигенов гепатоцитов; 5. наличие Австралийского антигена.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

48. Вещества, которые могут вызвать во время анестезии (бронхоспазм, включают: 1. суксаметониум; 2. инфузию желатины; 3. атракуриум; 4. кетамин; 5. метоклопрамид (церукал).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

49. Кетамин: 1. не повышает АД у больных, получающих блокаторы бета-адренорецепторов; 2. угнетает саливацию; 3. сохраняет нормальные ларингеальные рефлексy; 4. является аналгетиком в субнаркологических концентрациях; 5. противопоказан при диабете.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

50. Факторы, которые увеличивают вероятность регургитации при индукции включают: 1. ожирение; 2. возбуждение (беспокойство); 3. премедикацию атропином; 4. вводный наркоз фторотаном; 5. премедикацию метоклопрамидом (церукалом).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

51. Блокада бета-адренорецепторов: 1. должна быть прекращена за 2 дня до анестезии и операции; 2. может вызвать сердечную недостаточность; 3. вызывает необратимую брадикардию; 4. утяжеляет сердечно-сосудистую недостаточность при анафилактическом шоке; 5. противопоказана в сочетании с фторотаном.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

52. Закись азота: 1. не соединяется с гемоглобином; 2. может вызвать повышение давления в плевнотораксе; 3. может вызвать аплазию костного мозга; 4. не метаболизируется в печени; 5. может вызвать диффузионную гипоксию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

53. Кожный кровоток: 1. увеличивается при симпатической гиперактивности; 2. не изменяется при анестезии изофлюраном; 3. уменьшается от индукционной дозы тиопентона; 4. увеличивается при фторотановой анестезии; 5. не меняется при гиповолемическом шоке.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

54. Концентрация CO₂ в конце выдоха снижается при: 1. легочной эмболии; 2. уменьшении сердечного выброса; 3. увеличении альвеолярного мертвого пространства; 4. гипертермии; 5. инфузии бикарбоната.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

55. Анестезирующие вещества, которые могут уменьшить вентиляторный ответ на гипоксемию включают: 1. энфлюран; 2. фторотан; 3. морфин; 4. тиопентон; 5. фентанил.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

56. Моторика кишечника снижается под влиянием: 1. стимуляции чревного нерва; 2. опиатов; 3. фторотана; 4. промедола; 5. ондансетрона.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

57. При нарушенной ауторегуляции, кровоток мозга находится под влиянием: 1. P_aCO_2 ; 2. среднего артериального давления; 3. внутричерепного давления; 4. положения тела; 5. введения адренэргических препаратов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

58. Системная токсичность местных анестетиков увеличивается при: 1. гипоксии; 2. истощении; 3. ацидозе; 4. гипопроотеинемии; 5. печеночной недостаточности.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

59. У здорового человека кровоток мозга увеличивается: 1. при увеличении артериального PCO_2 свыше 60 мм рт.ст. (8,5 Кпа); 2. в положении с опущенным головным концом; 3. при снижении артериального PO_2 до 60 мм рт.ст. (8,5 Кпа); 4. при повышении систолического артериального давления со 110 до 130 мм рт.ст.; 5. при гипервентиляции.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

60. Иннервация каротидного синуса включает нервы: 1. блуждающий нерв; 2. glossopharyngeus; 3. ansa cervicalis (hypoglossus); 4. recurrent laryngeus; 5. accessorius.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

61. Снижение системного сосудистого сопротивления связано с: 1. беременностью; 2. тиреотоксикозом; 3. анемией; 4. гиповолемическим шоком; 5. болезнью Педжета.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

62. Условия, которые могут влиять на коэффициент разделения кровь/газ испаримого анестетика включают: 1. хроническую анемию; 2. изменения барометрического давления; 3. гипоальбуминемию; 4. лихорадку; 5. терапию клофелином.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

63. Для уменьшения риска случайных ожогов от диатермии следует: 1. использовать маленькие игольчатые электроды для мониторинга; 2. помещать электрод заземления (земли) возможно ближе к месту операции; 3. использовать биполярный диатермический наконечник (щипцы); 4. подводить все проводки к больному совместно в параллельном пучке; 5. не заземлять электроды мониторов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

64. Дибукаиновое число 20 указывает на пролонгирование действия: 1. сукцинилхолина; 2. доксауриума; 3. мивакуриума; 4. атракуриума; 5. рокурониума.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

65. Во время общей анестезии происходит уменьшение: 1. скорости гломерулярной фильтрации; 2. секреции антидиуретического гормона; 3. эффективного почечного кровотока; 4. синтеза ренина; 5. экскреции почками калия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

66. Нарушения секреции антидиуретического гормона в послеоперационном периоде проявляются: 1. гипернатриемией; 2. снижением осмолярности мочи; 3. гиповолемией; 4. поддержанием нормальной функции почек; 5. гипогликемией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

67. К известным эффектам действия фенотиазинов относятся: 1. анти-допаминэргический; 2. антигистаминный; 3. гипотермия; 4. блокада альфа-адренорецепторов; 5. тахикардия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

68. Правильными мерами при остаточной нейромышечной блокаде после введения атракуриума являются: 1. введение прозерина; 2. инфузия доксапрама; 3. исследование нейромышечной передачи с помощью стимуляции периферического нерва; 4. свежемороженая плазма; 5. стимуляция дыхания с помощью CO₂.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

69. Действие сукцинилхолина включает: 1. увеличение концентрации калия сыворотки; 2. послеоперационную миалгию; 3. повышение внутрижелудочного давления; 4. повышение внутриглазного давления; 5. повышение внутричерепного давления.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

70. Препараты, повышающие барьерное давление в желудочно-пищеводном соустье: 1. атропин; 2. метоклопрамид (церукал); 3. фентанил; 4. прозерин; 5. дроперидол.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

71. Действие общей анестезии на респираторные функции включает снижение: 1. функциональной остаточной емкости; 2. объема закрытия; 3. податливости легких; 4. инспираторной мышечной активности; 5. экспираторной мышечной активности.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

72. Введенные эпидурально опиоиды: 1. эффективны только в высоких дозах; 2. могут вызвать депрессию дыхания; 3. не должны применяться в торакальной хирургии; 4. могут вызвать зуд кожи; 5. часто вызывают гипотензию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

73. Типичными показателями для 6-месячного младенца, рожденного доношенным, являются: 1. ЧСС 140 в мин, АД 90/60, ударный объем 15 мл; 2. ЧСС 140 в мин, АД 110/75, ударный объем 15 мл; 3. ЧСС 120 в мин, потребление кислорода 10 мл/кг, гемоглобин 11,5 г/дл; 4. ЧСС 120 в мин, АД 90/60, ударный объем 7,5 мл; 5. потребление кислорода 5 мл/кг, гемоглобин 16,5 г/дл, ударный объем 7,5 мл.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

74. У новорожденного нормальное содержание глюкозы в сыворотке крови: 1. 10-20 мг/дл; 2. 20-30 мг/дл; 3. 60-70 мг/дл; 4. 40-60 мг/дл; 5. 80-90 мг/дл.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

75. Мочеотделение у ребенка во время анестезии должно составлять: 1. 2 мл/кг/час; 2. 3 мл/кг/час; 3. 4 мл/кг/час; 4. 1 мл/кг/час; 5. 5 мл/кг/час.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

76. У новорожденного младенца спинной мозг доходит до уровня: 1. крестца; 2. первого поясничного позвонка; 3. второго поясничного позвонка; 4. третьего поясничного позвонка; 5. четвертого поясничного позвонка.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

77. У нормального двухлетнего ребенка надо применить эндотрахеальную трубку с внутренним диаметром: 1. 2,5 мм; 2. 3 мм; 3. 3,5 мм; 4. 4,5 мм; 5. 5,5 мм.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

78. Лучшим методом профилактики окуло-кардиального рефлекса является: 1. введение прозерина; 2. введение атропина внутрь или внутримышечно в премедикацию; 3. ретробульбарный блок; 4. внутривенное введение атропина непосредственно перед или во время процедуры; 5. введение векурониума.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

80. Достаточность альвеолярной вентиляции определяется с помощью измерения: 1. градиента кислорода; 2. напряжения кислорода; 3. насыщения кислородом; 4. напряжения углекислоты; 5. сердечного выброса.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

81. Уменьшение сердечного выброса при постоянном легочном шунте приведет к: 1. снижению напряжения углекислоты в артерии; 2. малозаметному влиянию на оксигенацию; 3. уменьшению мертвого пространства; 4. снижению напряжения кислорода в артерии; 5. увеличению мочеотделения.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

82. После перевода больного на самостоятельное дыхание атмосферным воздухом после 2-х часовой анестезии на фоне гипервентиляции: 1. показатели газообмена нормализуются в течение 30 минут; 2. в течение 2-х часов сохранится гипокапния; 3. у него разовьется гипоксия и гиперкапния; 4. без кислородотерапии весьма вероятно развитие гипоксемии; 5. оксигенация не нарушится, если не вводить угнетающие дыхание препараты.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

83. Задержка выведения углекислоты при хронических обструктивных заболеваниях легких: 1. зависит главным образом от низкого сердечного выброса; 2. зависит главным образом от инспираторной обструкции; 3. зависит главным образом от низкой минутной вентиляции; 4. зависит главным образом от увеличенного соотношения VD/VT ; 5. лечится лучше всего увеличением содержания кислорода во вдыхаемой смеси.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

84. Распознавание гипоксемии в посленаркозном периоде наиболее надежно с помощью: 1. выявления цианоза; 2. своевременного обнаружения апноэ; 3. своевременного выявления нарушений кровообращения; 4. мониторингования методом пульсоксиметрии; 5. чрезкожного кислородного монитора.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

85. Гиповентиляция в посленаркозном периоде: 1. всегда требует введения антагонистов опиоидов; 2. чаще развивается после ингаляционной анестезии по сравнению с внутривенной; 3. не характерна для верхнеабдоминальных операций; 4. точнее всего выявляется по показателям газов артериальной крови; 5. всегда сопровождается повышением АД.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

86. При вдыхании 100% кислорода скорость выведения азота: 1. постоянная почасовая; 2. не зависит от состояния легких; 3. ускорена у курильщиков; 4. зависит от объема вентиляции; 5. ускорена в пожилом возрасте.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

87. Манжета интубационной трубки должна быть раздута до давления не вызывающего имению слизистой трахеи, но при этом достаточного для предотвращения аспирации. Оптимальным является Давление: 1. 5 мм рт ст.; 2. 40 мм рт ст.; 3. 60 мм рт ст.; 4. 20 мм рт ст.; 5. 80 мм рт ст.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

88. Гипоксическая легочная вазоконстрикция уменьшается при: 1. увеличении давления в малом круге; 2. митральном стенозе; 3. избыточном внутрисосудистом объеме; 4. гипотермии; 5. ингаляционном наркозе.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

89. У пациента при гипервентиляции и $PCO_2 = 20$ мм увеличивается: 1. церебральный кровоток; 2. ионизированный кальций; 3. доставка кислорода к тканям; 4. несоответствие вентиляции/кровотока (V/Q) из-за угнетения гипоксической легочной вазоконстрикции.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

90. Вещества в норме проходящие через гематоэнцефалический барьер в клинически значимых количествах включают: 1. физостигмин; 2. допамин; 3. лидокаин; 4. гликопироллат; 5. векурониум.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

91. Факторы, предрасполагающие к желудочной регургитации включают: 1. фасцикуляции при суксаметонии; 2. ожирение; 3. травму головы; 4. премедикацию опиатами; 5. наличие назогастральной трубки.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

92. Одним из механизмов поражения плечевого сплетения время анестезии является его растяжение. Какие анатомические образования могут участвовать в давлении на нервы?:
1. сухожилие малой грудной мышцы; 2. подключичная артерия; 3. первое ребро, ключица;
4. яремная вена; 5. лестничные мышцы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

93. Наиболее частым повреждением глаза при анестезии является: 1. перфорация роговицы; 2. конъюнктивит; 3. увеит; 4. ссадины роговицы; 5. тромбоз артерии сетчатки.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

94. Осложнения пункции крико-тироидной мембраны могут включать: 1. подкожную эмфизему, пневмоторакс; 2. разрыв трахеи; 3. кровотечение; 4. повреждение бронха; 5. дыхательная недостаточность.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

95. Вы работаете в только-что открытой вновь оборудованной рационной. После введения в наркоз тиопенталом начата вентиляция смесью из 2 л/мин кислорода и 2 л/мин закиси азота. Перед интубацией закись азота отключена. У больного быстро нарастает цианоз, экстренная подача кислорода не эффективна. Вероятнее всего причиной осложнения является: 1. закупорка дыхательных путей; 2. инфаркт миокарда; 3. высокая лихорадка; 4. перепутаны пути подсоединения кислорода и закиси азота к наркозному аппарату; 5. утечка газа из аппарата.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

96. Чтобы исключить последствия возможных случайностей связанных с ошибками использования газов при наркозе наиболее надежной мерой можно считать: 1. проверку герметичности всех подсоединений; 2. проверку заполнения баллонов или резервуаров; 3. проверку проходимости интубационной трубки и дыхательной системы аппарата; 4. использование анализатора кислорода; 5. проверку клапана экстренной подачи кислорода.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

97. Наименьший риск передачи гепатита при использовании препаратов крови связан с: 1. фибриногеном; 2. свежезамороженной плазмой; 3. эритроцитарной массой; 4. альбумином/белковыми фракциями; 5. отмытыми замороженными эритроцитами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

98. При рассеянном склерозе относительно противопоказано применение: 1. спинальной анестезии; 2. фторотана, изофлюрана; 3. эпидуральной анестезии; 4. изофлюрана; 5. опиоидов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

99. Статистическим термином, определяющим распределение индивидуальных значений является: 1. средняя; 2. медиан; 3. вариация; 4. стандартное отклонение; 5. стандартная ошибка средней.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

100. После применения ингаляционной анестезии изофлюраном или фторотаном в амбулаторной практике пациент не должен управлять автомобилем и работать со сложными механизмами: 1. 30 мин - 1 час; 2. 4 - 6 часов; 3. 8 - 10 часов; 4. 16 - 18 часов; 5. 22 - 24 часа.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

101. Главной причиной гражданских исков в анестезиологии является: 1. небрежность; 2. остановка сердца; 3. повреждение зубов; 4. отсутствие психологического контакта (раппорты) с больным; 5. боли в горле после наркоза.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

102. Наиболее частой причиной необходимости госпитализации после амбулаторной операции является: 1. боль; 2. кровотечение; 3. отсутствие сопровождающего; 4. тошнота и рвота; 5. сонливость.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

103. К средствам профилактики тошноты и рвоты не относится: 1. хлорпромазин; 2. ондансетрон; 3. метоклопрамид; 4. циметидин; 5. дроперидол.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

104. Токсичность кислорода: 1. не зависит от дозы; 2. развивается после 36 часовой ингаляции 25% кислорода; 3. зависит целиком от особенностей кислородной молекулы; 4. развивается при ингаляции 100% кислорода более 12 часов; 5. настолько важна, что 100% кислород вообще не должен применяться.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

105. Нервными структурами, чаще других имеющими нетипичное расположение, являются: 1. шейное сплетение; 2. поясничное сплетение; 3. крестцовая система; 4. плечевое сплетение; 5. автономная система.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

106. Частота развития головных болей после спинальной пункции зависит от: 1. форма кончика иглы; 2. толщины иглы; 3. раннего вставания и выписки; 4. пол; 5. возраст.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

107. При подозрении на венозную воздушную эмболию необходимо: 1. залить операционное поле физиологическим раствором и заполнить губчатым материалом; 2. пережать вены на шее; 3. аспирировать воздух через катетер из правого предсердия; 4. прекратить подачу закиси азота; 5. провести лечение сердечно-сосудистых нарушений.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

108. При положении больного на животе должны быть защищены от давления и сжатия: 1. глаза; 2. мужские половые органы; 3. молочные железы; 4. колени; 5. гребни тазовых костей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

109. К осложнениям катетеризации правой внутренней яремной вены относятся: 1. воздушная эмболия; 2. аритмия; 3. гематома; 4. хилоторакс; 5. невралгия шейного сплетения.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

110. Гипокальциемия при трансфузии крови: 1. развивается при быстрой трансфузии; 2. не имеет клинического значения; 3. тяжелее при гипотермии; 4. не требует лечения; 5. всегда сопровождается кровотечениями.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

111. К осложнениям назогастральной интубации относятся: 1. синусит; 2. носовое кровотечение; 3. некроз образований носа; 4. повреждение зуба; 5. боли в глотке.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

112. Предрасполагающими к аспирации факторами являются: 1. пожилой возраст; 2. алкогольное опьянение; 3. нарушения функции глотания; 4. деменция; 5. рефлюксэзофагит.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

113. Выберите правильное утверждение в отношении больного с полным желудком: 1. для профилактики аспирации показана местная анестезия; 2. при поверхностной общей анестезии нет опасности аспирации; 3. больного надо интубировать в положении с опущенным головным концом; 4. экстубация может быть проведена при полном восстановлении рефлексов; 5. введенный до водного наркоза желудочный зонд - самая надежная профилактика.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

114. Закись азота: 1. поступление в полость, содержащую воздух приводит к увеличению объема последней; 2. менее растворима, чем азот; 3. поступление в полость, содержащую воздух приводит к увеличению в ней давления; 4. препятствует взрыву и воспламенению взрывоопасных веществ; 5. анальгезическое действие проявляется только при концентрации выше 50%.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

115. В конце операции под общей анестезией обнаружено отсутствие у больного зуба. Правильной тактикой является: 1. разбудить больного по окончании операции, как обычно; 2. осмотреть рото - и носоглотку; 3. в палате выяснить у больного и его родственников насчет зуба; 4. сделать под наркозом рентгенограммы головы, шеи, грудной и брюшной полости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

РАЗДЕЛ 3. Анестезиология-реаниматология.

01. Болезненное ожирение характеризуется уменьшением: 1. жизненной емкости; 2. экспираторного резервного объема; 3. функциональной остаточной емкости; 4. объема закрытия; 5. диффузионной способности для углекислоты.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

02. Известные причины гипотензии во время спинальной анестезии включают: 1. снижение ритма сердца; 2. увеличение венозной емкости; 3. уменьшение ударного объема; 4. прямое угнетение миокарда; 5. увеличение времени атриовентрикулярной проводимости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

03. При эпидуральной анестезии определенный объем 2% лигнокаина (лидокаина) вызовет более распространенный блок: 1. при беременности близкой к сроку родов; 2. у пожилых пациентов; 3. во время механической вентиляции; 4. при оставлении катетера; 5. если создать гипербарический раствор.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

04. Нервные блоки, показанные при лечении болей связанных с хроническим панкреатитом включают: 1. двусторонний грудной паравертебральный; 2. чревного сплетения; 3. торакальный эпидуральный; 4. поясничный симпатический; 5. интратекальный фенол.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

05. У нелеченных больных с гипотиреозом наблюдается: 1. центральная депрессия от гипнотиков; 2. депрессия сердечных показателей; 3. низкий вольтаж зубцов Т на ЭКГ; 4. повышенная чувствительность к недеполяризующим нейромышечным блокаторам; 5. задержка восстановления сознания после анестезии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

06. Шкала Апгар: 1. имеет максимальное значение 9 баллов; 2. оценивается на 1-й и 5-й минуте после рождения; 3. предложена Вирджинией Апгар в 1970 г.; 4. обычно более низкая у детей курящих матерей; 5. оценивается на 1-й и 10-й минуте после рождения.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

07. Шкала Апгар основана на оценке по системе баллов от 0 до 2-х следующих показателей: 1. ЧСС, АД, глубины дыхания, цвета кожных покровов и тонуса мышц; 2. ЧСС, частоты дыхания, сухожильных рефлексов, цвета кожных покровов; 3. АД, глубины дыхания, активности рефлексов, цвета кожных покровов, тонуса мышц; 4. ЧСС, начала активного дыхания, рефлекторных ответов, мышечного тонуса, цвета кожи; 5. каждый из признаков оценивается в 1 балл.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

08. Оцените по шкале Апгар ребенка, имеющего цианотичные конечности, ЧСС 105 уд. в мин, слабые попытки дыхания, вялый тонус конечностей, делающего гримасы при введении носового катетера: 1. 3 бала; 2. 4 бала; 3. 5 баллов; 4. 6 баллов; 5. 8 баллов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

09. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы можно уменьшить осложнения при вводной анестезии с помощью: 1. использования кетамина для индукции; 2. предоперационной терапии антагонистами рецепторов H₂; 3. использования ларингеальной маски; 4. использования давления на персневидный хрящ; 5. премедикации атропином.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

10. Интраоперационная ишемия миокарда: 1. может быть заподозрена при депрессии ST сегмента на 0,1 mV (1мм); 2. лучше всего выявляется в отведении VI; 3. не может быть надежно выявлена при наличии блока левой ножки пучка; 4. часто сопровождается синусовой брадикардией; 5. не может быть выявлена у больных, получающих блокаторы кальциевых каналов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

11. Во время анестезии и операции у больного серповидно-клеточной анемией криз может быть спровоцирован: 1. гипоксией; 2. гиперкарбией; 3. гипотензией; 4. кровопотерей; 5. гипотермией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

12. Острая перемежающаяся порфирия связана с: 1. болями в животе; 2. лечением барбитуратами; 3. мочей цвета красного вина; 4. параличом дыхательной мускулатуры; 5. генетическими изменениями.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

13. Осложнения лапароскопии включают: 1. гипотензию; 2. желудочную регургитацию; 3. боль в плече; 4. газовую эмболию; 5. пневмоторакс.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

14. Факторы, которые могут способствовать развитию послеоперационной желтухи, включают: 1. гипоксию; 2. переливание крови; 3. предшествующий сепсис; 4. гипертензию; 5. изофлюран.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

15. Факторы, связанные с развитием послеоперационного ателектаза включают: 1. эмфизему; 2. анкилозирующий спондилит; 3. операции в верхнем отделе живота; 4. спинальную анестезию; 5. премедикацию бензодиазепином.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

16. Известные осложнения трансуретральной резекции стательной железы под региональной анестезией включают: 1. дезориентацию; 2. брадикардию; 3. отек легких; 4. тошноту; 5. гипонатриемию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

17. Обычными явлениями у больного с перерывом спинного мозга на уровне Т6 трехмесячной давности являются: 1. невозможность кашлять; 2. паралитическая кишечная непроходимость; 3. желудочковые аритмии после введения сукцинилхолина; 4. альвеолярная гипервентиляция; 5. нарушенная регуляция температуры.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

18. Правильное лечение суправентрикулярной тахикардии, развившейся после пневмонэктомии, включает: 1. пропранолол; 2. массаж каротидного синуса; 3. верапамил; 4. дигоксин; 5. лигнокаин (лидокаин).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

19. Правосторонняя девиация трахеи может произойти вследствие: 1. правостороннего пневмоторакса; 2. ретростерального зоба; 3. коллапса левого легкого; 4. разрыва левого купола диафрагмы; 5. левосторонней пневмонэктомии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

20. При блокаде плечевого сплетения подмышечным доступом анестезия обычно недостаточна в областях, иннервируемых: 1. надключичными нервами; 2. musculocutaneous нервом; 3. подмышечным (circumflex) нервом; 4. медиальным кожным нервом предплечья; 5. медиальным кожным нервом кисти.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

21. Во время анестезии при операции на среднем ухе: 1. подача закиси азота должна быть прекращена за 30 минут до прикрепления трансплантата; 2. нередко развивается воздушная эмболия; 3. положительное давление в конце выдоха увеличивает кровотечение; 4. искусственная гипотензия важна; 5. бета-адреноблокаторы не должны применяться.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

22. Острый выворот матки после родов сопровождается: 1. цианозом; 2. брадикардией; 3. гипофибриногенемией; 4. гипотензией; 5. тяжелой кровопотерей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

23. Эмболия амниотическими водами сопровождается: 1. цианозом; 2. гипофибриногенемией; 3. болями в груди; 4. гиповентиляцией; 5. гипертензией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

24. Известные причины дистресса плода включают: 1. длительные роды; 2. парацервикальную блокаду; 3. длительную гипервентиляцию матери; 4. стимуляцию родов окситоцином; 5. гипогликемию матери.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

25. Характерные клинические проявления у больных рефлекторной симпатической дистрофией верхней конечности включают: 1. сильные боли при дотрагивании; 2. атрофические изменения кожи; 3. остеопороз на рентгенограмме; 4. потливость; 5. атрофию мышц.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

26. Осложнения блокады звездчатого узла включают: 1. паралич голосовых связок; 2. пневмоторакс; 3. инъекцию в вертебральную артерию; 4. субарахноидальный блок; 5. паралич диафрагмального нерва.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

27. Повреждение срединного нерва у локтя вызывает: 1. слабость пронации руки; 2. атрофию бугра большого пальца; 3. слабость пожатия; 4. слабость межкостных мышц; 5. полную потерю чувствительности на дорзальной стороне первых двух пальцев.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

28. Нервы, которые надо блокировать при региональной анестезии при ампутации выше колена включают: 1. седалищный; 2. латеральный кожный бедренный; 3. бедренный; 4. латеральный коленный.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

29. Нужные ориентиры для проведения регионального блока илеоингвинального и генитофemorального нервов включают: 1. симфиз лобка; 2. расстояние латеральнее передней верхней ости подвздошной кости; 3. расстояние медиальнее передней верхней ости подвздошной кости; 4. гребешок подвздошной кости по передней аксиллярной линии; 5. 1 см латеральнее от бедренной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

30. Касательно использования спинально опиоидов: 1. 2-6 мг является подходящей дозой для эпидурального морфина у взрослого весом 70 кг; 2. 2-3 мг является подходящей дозой для интратекального морфина у взрослого весом 70 кг; 3. чем выше жировая растворимость опиоида, тем больше пенетрация в нервную ткань; 4. депрессия дыхания не может быть прекращена внутривенным введением налоксона; 5. чем выше связывание с белками плазмы, тем больше способность проникать через гемато-энцефалический барьер.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

31. Касательно анестезии плечевого сплетения подмышечным доступом: 1. 15 мл 1,0% лигнокаина (лидокаина) подходящая для взрослого доза; 2. необходимо проводить иглу через подмышечную артерию; 3. чувствительность исчезает над внутренней поверхностью верхней части руки; 4. пневмоторакс является редким осложнением; 5. инъекцию делают между началом большой грудной и длинной мышцы спины.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

32. Головные боли после спинальной пункции: 1. могут сопровождаться менингизмом; 2. могут появиться в любое время до 5 дней после спинальной пункции; 3. могут быть связаны с развитием параличей черепных нервов; 4. улучшаются при ограничении приема жидкости 5. чаще у пожилых.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

33. Важные факторы, влияющие на уровень спинального блока включают: 1. удельный вес раствора анестетика; 2. объем раствора анестетика; 3. доза местного анестетика; 4. объем цереброспинальной жидкости; 5. положение больного.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

34. У новорожденного с тяжелым ацидозом: 1. давление в легочной артерии высокое; 2. шунт справа налево через артериальный проток сохраняет; 3. мышечный тонус слабый; 4. дыхание обычно не нарушено; 5. ионизированный кальций сыворотки снижен.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

35. Касательно педиатрической анестезии: 1. нормальный дыхательный объем 4 кг младенца 20-25 мл; 2. идеальный внутренний диаметр эндотрахеальной трубки для 6 летнего ребенка будет 4 мм; 3. нормальная доза физостигмина 0,04-0,08 мг/кг; 4. объем крови у 4 кг младенца приблизительно 500 мл; 5. новорожденные более чувствительны к действию сукцинилхолина, чем более старшие дети.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

36. При респираторном дистресс синдроме новорожденного уменьшается: 1. альвеолярная вентиляция; 2. артериальное PO_2 ; 3. податливость легких; 4. артериальное PCO_2 ; 5. сопротивление воздушных путей.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

37. Неблагоприятные последствия неумышленного охлаждения новорожденных во время анестезии включают: 1. метаболический ацидоз; 2. гипогликемию; 3. брадикардию; 4. гипервентиляцию; 5. дрожь.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

38. У больного с перерывом спинного мозга на уровне С6 продолжительностью три месяца: 1. можно безопасно использовать сукцинилхолин; 2. подверженность гипотермии увеличивается; 3. миорелаксанты не действуют при спазме брюшных мышц; 4. развивается гиперрефлексия автономной нервной системы; 5. энергичный кашель остается возможным.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

39. У нелеченных больных с гипотиреозом наблюдается: 1. резистентность к гипнотикам; 2. депрессия сердечных показателей; 3. пониженный вольтаж зубцов Т на ЭКГ; 4. повышенная чувствительность к недеполяризующим нейромышечным блокаторам; 5. задержка восстановления сознания после анестезии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

40. Осложнения из-за отмены антигипертензивной терапии за неделю до операции включают: 1. усиленную реакцию артериального давления на интубацию трахеи; 2. ишемию миокарда во время анестезии; 3. тяжелую послеоперационную гипертензию; 4. задержку выхода из анестезии; 5. интраоперационную гипокалиемию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

41. У больных, принимающих неселективные ингибиторы моноаминоксидазы: 1. можно безопасно применять эфедрин; 2. местная анестезия противопоказана; 3. надо избегать применения фторотана; 4. промедол не должен применяться; 5. плановая операция должна быть отложена, по крайней мере на месяц после прекращения приёма препарата.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

42. Повышенная экскреция с мочей 4-hydroxy, 3-methoxy ванильно миндальной кислоты (VMA) обычно наблюдается при: 1. меланоме; 2. карциноидном синдроме; 3. ожирении; 4. феохромоцитоме; 5. карциноматозе.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

43. Признаки злокачественной гипертермии включают: 1. эффект действия мышечных релаксантов не достигается; 2. тахикардию; 3. тяжелый метаболический ацидоз; 4. снижения концентрации калия в плазме; 5. дыхательный алкалоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

44. Изменения при кифосколиозе включают: 1. снижение жизненной емкости; 2. обструкцию верхних дыхательных путей; 3. недостаточность правого сердца; 4. нарушения умственных способностей; 5. гипокарбию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

45. К веществам, отягощающим легочную гипертензию, относятся: 1. диазепам; 2. фуросемид; 3. морфин; 4. кетамин; 5. пропофол (диприван).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

46. Концентрация CO₂ в конце выдоха во время анестезии при краниотомии у вентилируемого больного: 1. варьирует вместе с глубиной анестезии; 2. возрастает вследствие воздушной эмболии; 3. связана с сердечным выбросом; 4. должна поддерживаться на цифрах ниже 3%; 5. не точна у больных в сидячем положении.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

47. Внутриглазное давление снижается под действием: 1. гипокапнии; 2. фторотана; 3. дипривана (пропофола); 4. морфина; 5. недеполяризующих нейромышечных блокаторов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

48. Эпидуральная анальгезия местными анестетиками в акушерстве: 1. облегчает управление артериальным давлением при преэклампсии; 2. может вызывать задержку мочи; 3. усугубляет проявления компрессии полой вены; 4. вызывает расслабление матки; 5. вызывает депрессию дыхания новорожденного.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

49. Во время третьего триместра беременности происходит: 1. увеличение альвеолярной вентиляции; 2. снижение гематокрита; 3. увеличение объема крови; 4. снижение уровня основного обмена; 5. увеличение функциональной остаточной емкости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

50. Использование эпидуральной анальгезии во время родов пригодно для больных с: 1. предлежанием плаценты; 2. преэклампсией; 3. HELLP (гемолиз, повышение ферментов печени, снижение тромбоцитов) синдромом; 4. пороком митрального клапана; 5. болезнью Willebrand.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

51. Лечение преэклампсии сульфатом магнезии внутривенно может привести к: 1. снижению сократимости матки; 2. потенцированию действия деполаризующих миорелаксантов; 3. угнетению сократимости миокарда; 4. гипокалиемии; 5. эпилептиформным судорогам.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

52. Релаксацию матки во второй стадии родов можно вызвать: 1. спинальной анестезией до уровня T10; 2. введением опиатов; 3. анестезией закисью азота с релаксантами; 4. анестезией фторотаном; 5. анестезией кетаминном.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

53. Блокада местными анестетиками симпатического нерва уменьшает боль, зависящую от: 1. острого тромбоза; 2. перемежающейся хромоты; 3. перелома ребер; 4. панкреатита; 5. невралгии тройничного нерва.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

54. Известные последствия алкогольной блокады чревного сплетения включают: 1. кишечную непроходимость; 2. задержку мочи; 3. параплегию; 4. ортостатическую гипотензию; 5. брадикардию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

55. Повреждение нерва lateral popliteal (common peroneal) вызывают потерю: 1. сгибания вверх большого пальца; 2. подошвенного сгибания стопы; 3. чувствительности всех пальцев; 4. Ахиллова рефлекса; 5. инверсии стопы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

56. Немедленные мероприятия при ненамеренной высокой спинальной анестезии при развитии гипотензии включают: 1. быструю инфузию Рингер лактата (раствора Гартмана); 2. опустить головной конец тела; 3. эфедрин; 4. управляемую вентиляцию; 5. атропин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

57. Острый панкреатит может сопровождаться: 1. диссеминированным внутрисосудистым свертыванием; 2. паралитической непроходимостью; 3. гипокальциемией; 4. гипоксемией; 5. метаболическим алкалозом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

58. При тяжелом пневмоните вследствие аспирации содержимого желудка происходит увеличение: 1. резистентности воздушных путей; 2. интерстициальной воды в легких; 3. давления в легочной артерии; 4. податливости легких; 5. V/Q несоответствий.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

59. Субарахноидальное пространство у взрослого: 1. содержит около 150 мл цереброспинальной жидкости; 2. простирается латерально до наружных краев vertebral foraminae; 3. окружено субдуральным пространством; 4. заканчивается каудально на уровне L2; 5. заканчивается у foramen magnum.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

60. Гиповентиляционный синдром при ожирении характеризуется патологическими нарушениями, включающими снижение: 1. концентрации бикарбоната плазмы; 2. резистентности воздушных путей; 3. работы дыхания; 4. податливости легких грудной клетки; 5. объема закрытия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

61. К известным признакам острого панкреатита относятся: 1. почечная недостаточность; 2. лейкоцитоз; 3. гипокалиемия; 4. гипогликемия; 5. гиперкальцемию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

62. Состояния, наблюдаемые при тяжелом длительном кифосколиозе включают: 1. вторичную полицитемию; 2. cor pulmonale; 3. снижение PaO₂; 4. трикуспидальную недостаточность; 5. понижение PaCO₂.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

63. Гипотензия, связанная с использованием костного цемента метилметакрилата: 1. более часто наступает при протезировании в области бедра, чем колена; 2. происходит вследствие реакции гиперчувствительности; 3. связана с уменьшением PaO₂; 4. реже

встречается при тотальной внутривенной анестезии по сравнению с ингаляционной; 5. усиливается при гиперкарбии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

64. У следующих больных надо избегать премедикацию атропином: 1. с тяжелым митральным стенозом; 2. с плохо корригированным гипертиреозом; 3. с пароксизмальной предсердной тахикардией; 4. с повышенным внутричерепным давлением; 5. принимающих блокаторы бета-адренорецепторов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

65. Лечение желудочковой тахикардии, развившейся во время анестезии включает введение: 1. дигоксина; 2. лигнокаина (лидокаина); 3. глюконата кальция; 4. амиодарона (кордарона); 5. верапамила.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

66. Следующие факторы влияют на развитие гипотензии после снятия зажима с аорты после резекции аневризмы её абдоминального отдела: 1. невозмещенная кровопотеря; 2. метаболический ацидоз; 3. внезапное падение системного сосудистого сопротивления; 4. потери жидкости внутрь кишечника; 5. эндотоксемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

67. Наиболее вероятные причины гипотензии при инсуффляции газа в брюшную полость включают: 1. газовую эмболию; 2. пневмоторакс; 3. компрессию полой вены; 4. кровотечение; 5. аритмию сердечной деятельности.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

68. Известные проблемы, связанные с анестезией при абдоминальной операции у пациента маленького роста при патологическом ожирении включают: 1. снижение торакопульмональной податливости; 2. неправильно завышенные показатели кровяного давления; 3. трудности интубации; 4. измененную терморегуляцию; 5. увеличенный объем распределения миорелаксантов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

69. Гипопаратиреоидизм после тиреоидэктомии характеризуется: 1. дистальными парестезиями; 2. вялостью скелетной мускулатуры; 3. тетанией после окклюзии сосудов конечности; 4. брадикардией; 5. гипотермией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

70. Принятое лечение воздушной эмболии, произошедшей во время операции на задней черепной ямке включает: 1. компрессию яремных вен; 2. прекращение дачи закиси азота; 3. аспирацию через катетер из правого предсердия; 4. маннитол; 5. перевод больного в положение на правом боку.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

71. Подходящие техники анестезии для больного с митральной недостаточностью (регургитацией) включают те, которые: 1. увеличивают системное кровяное давление; 2. снижают частоту сердечных сокращений; 3. увеличивают наполнение сердца; 4. вызывают легкую системную вазодилатацию; 5. снижают сократимость миокарда.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

72. Вероятные причины нарушений коагуляции после операции с искусственным кровообращением включают: 1. введение гепарина; 2. снижение ионизированного кальция; 3. снижение тромбоцитов; 4. снижение фибриногена; 5. предоперационное лечение ацетил-салицилловой кислотой.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

73. Подходящая техника анестезии для коррекции косоглазия у 5-летнего ребенка включает: 1. введение атропина для премедикации; 2. наркоз фторотаном; 3. вентиляцию под перемежающимся положительным давлением; 4. интубацию трахеи; 5. премедикацию бензодиазепинами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

74. Тонус матки в родах увеличивается под влиянием: 1. энфлюрана; 2. кетамина; 3. фентанила; 4. эрготамина; 5. салбутамола.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

75. Изменения легочной функции и легочных объемов, происходящие при беременности в предродовом периоде, включают: 1. снижение функциональной остаточной емкости (ФОЕ); 2. повышение резервного объема выдоха; 3. снижение общей емкости легких; 4. повышение сопротивления воздушных путей; 5. снижение PaO_2 .

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

76. Боли после лапаротомии усугубляют: 1. тошноту; 2. гипоксемию; 3. снижение функциональной остаточной емкости (ФОЕ); 4. полиурию; 5. брадикардию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

77. Рефлекторная симпатическая дистрофия сопровождается: 1. вазоконстрикцией; 2. деминерализацией кости; 3. гиперстезией; 4. ангидрозом; 5. болями.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

78. Возможные осложнения правосторонней надключичной блокады плечевого сплетения включают: 1. синдром Горнера; 2. паралич диафрагмального нерва; 3. паралич возвратного нерва гортани; 4. повреждение купола плевры; 5. пункцию подключичной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

79. Распределение чувствительности в зоне иннервации запирающего нерва (п.obturator) включает: 1. латеральную поверхность бедра; 2. медиальную поверхность бедра; 3. заднюю поверхность колена; 4. переднюю поверхность колена; 5. подошвенную поверхность стопы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

80. Снижение сердечного выброса, обусловленное эпидуральной анестезией до уровня Т1, происходит благодаря снижению: 1. частоты сердечных сокращений; 2. венозного притока; 3. левожелудочкового конечно-диастолического давления; 4. эффективности адреналина; 5. сократительной силы миокарда.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

81. Новорожденный, страдающий стенозом привратника, весьма вероятно имеет: 1. метаболический алкалоз; 2. гипохлоремию; 3. дегидратацию; 4. сниженную осмоляльность плазмы; 5. анемию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

82. Следующие факторы предрасполагают к развитию респираторного дистресс синдрома новорожденных: 1. недоношенность; 2. диабет у матери; 3. преэклампсия у матери; 4. оперативное родоразрешение; 5. врожденный порок сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

83. Новорожденный может повысить температуру тела с помощью: 1. вазоконстрикции; 2. мобилизации энергии из бурого жира; 3. физической активности; 4. дрожи; 5. высвобождения тироксина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

84. Бедренный нерв у паховой связки: 1. содержит симпатические волокна; 2. лежит медиальнее бедренной вены; 3. лежит латеральнее бедренной артерии; 4. является чисто чувствительным; 5. лежит вне бедренного канала.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

85. Больной с тяжелым гипотиреозом представляет сложную проблему для анестезии вследствие того, что: 1. период полураспада анестезирующих препаратов удлинен; 2. сократительная сила миокарда уменьшена; 3. действие вазопрессоров снижено; 4. реверсия действия недеполяризующих миорелаксантов обычно не нарушена; 5. послеоперационная седация может быть проявлением заболевания.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

86. Надлежащая терапия при произошедшей регургитации и легочной аспирации желудочного содержимого во время индукции включает: 1. введение кортикостероидов; 2. введение циметидина; 3. ингаляцию фторотана; 4. очищение ротовой полости и бронхов; 5. эндобронхиальное введение цитрата натрия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

87. Вероятные интраоперационные осложнения при изолированной вентиляции левого легкого во время правосторонней верхней лобэктомии включают: 1. парадоксальную вентиляцию; 2. гипоксемию; 3. ателектаз левой нижней доли; 4. увеличение V/Q соотношения в левом легком; 5. гиперкарбию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

88. Факторы, увеличивающие величину пневмоторакса при анестезии закисью азота включают: 1. гипервентиляцию; 2. увеличение плеврального кровотока; 3. присутствие в пневмотораксе азота; 4. увеличение вдыхаемой концентрации закиси азота; 5. одновременная дача фторотана.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- г) если правильный ответ 4;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

89. Касательно вводной анестезии у больного с дентальным абсцессом: 1. следует провести 5-минутную преоксигенацию; 2. тиопентал противопоказан; 3. давление на персневидный хрящ необходимо для уменьшения риска регургитации; 4. сукцинилхолин обеспечит наилучшие условия интубации; 5. интубация через нос вслепую противопоказана.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

90. У 5-летнего ребенка кровотечение после плановой аденотонзиллэктомии: 1. шок вряд ли будет тяжелым; 2. следует избегать седации; 3. кровь должна быть исследована на групповую принадлежность и запасена до индукции; 4. предпочтителен ингаляционный вводный наркоз; 5. анестезию надо начинать в положении лежа, чтобы обеспечить быструю интубацию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

91. Наиболее вероятные причины диффузных абдоминальных болей, сопровождающихся шоком во время трансуретральной резекции простаты подспинальной анестезией включают: 1. внутрисосудистый гемолиз; 2. диссеминированное внутрисосудистое свертывание; 3. инфаркт миокарда; 4. экстравазацию ирригационной жидкости; 5. легочную эмболию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

92. Методы лечения боли при неоперабельном раке поджелудочной железы включают: 1. блок чревного нерва; 2. блок чревного сплетения; 3. эпидуральное введение опиоидов; 4. чрезкожную электронейростимуляцию; 5. паранефральную блокаду.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

93. Эпидуральная сенсорная блокада уровня T4-T10 вызывает гипотензию по причине: 1. брадикардии; 2. относительной гиповолемии; 3. вазодилатации и снижения венозного притока; 4. угнетения сосудодвигательного центра; 5. угнетения каротидных рефлексов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

94. К частым причинам послеоперационной депрессии дыхания у новорожденного относятся: 1. гипотермия 2. недоношенность; 3. гипогликемия; 4. неадекватная реверсия нейромышечной блокады; 5. гипотензия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

95. Овальное окно (foramen ovale) у новорожденного: 1. должно сохраняться открытым для выживания при транспозиции крупных сосудов; 2. закрывается под действием простагландинов; 3. остается открытым при респираторном дистресс синдроме; 4. позволяет шунтирование слева направо при аортальном стенозе; 5. остается открытым в первый месяц жизни.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

96. Внутримышечно введенный атропин для премедикации ребенка вызывает: 1. увеличение секреции водородных ионов в желудке; 2. антагонизм дыхательной депрессии от действия морфина; 3. миоз; 4. повышение ректальной температуры; 5. седацию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

97. Случайный хирургический пневмоторакс может произойти при: 1. нефрэктомии; 2. шейной симпатэктомии; 3. удалении образований надпочечников; 4. тиреоидэктомии; 5. трахеостомии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

98. У пациента с болезнью Паркинсона, лечаемого levodopa, нельзя применять: 1. энфлюран; 2. фентанил; 3. метоклопрамид; 4. дроперидол; 5. физостигмин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

99. Пациенту хроническим обструктивным заболеванием воздушных путей полезно провести перед большой операцией следующие исследования: 1. газы крови в артерии; 2. реакцию на ингаляцию салбутамола; 3. соотношение объема форсированного выдоха к форсированной жизненной емкости; 4. фактор переноса окиси углерода; 5. вымывание азота.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

100. Нельзя применить при анестезии у ребенка с 40% ожогами 12-дневной давности: 1. тиопентал; 2. изофлюран; 3. атракуриум; 4. сукцинилхолин; 5. кетамин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

101. Во время анестезии для лапароскопической холецистэктомии: 1. эндобронхиальная интубация может возникнуть вследствие пневмоперитонеума; 2. закись азота противопоказана; 3. газовая эмболия может оказаться причиной гипотензии; 4. нельзя применять сукцинилхолин; 5. внутрибрюшное давление ограничено 5. мм рт.ст.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

102. К известным осложнениям трансуретральной резекции предстательной железы относятся: 1. дезориентация; 2. брадикардия; 3. отек легких; 4. тошнота; 5. гипонатриемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

103. У больного с низкой внутричерепной податливостью давление цереброспинальной жидкости увеличивается под прямым воздействием: 1. гиперкарбии; 2. гипоксии; 3. кетамина; 4. гипервентиляции; 5. пропофола (дипривана).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

104. Во время однолегочной анестезии при механической вентиляции в положении на боку: 1. перфузия в нижнем легком увеличивается; 2. соотношение вентиляция/перфузия нарушено больше до спадения верхнего легкого, чем после; 3. физиологическое мертвое пространство уменьшается; 4. среднее давление в легочной артерии уменьшается; 5. вентиляция в нижнем легком уменьшается.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

105. Ретро-окулярная блокада: 1. расширяет зрачок; 2. вызывает энофтальм; 3. снижает внутриглазное давление; 4. предотвращает слезотечение; 5. увеличивает вероятность пролабирования стекловидного тела.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

106. Релаксация беременной матки быстро достигается с помощью: 1. энфлюрана; 2. нитроглицерина; 3. салбутамола; 4. спинальной анестезии; 5. закиси азота.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

107. Причины послеродового шока включают: 1. эмболию плодными водами; 2. острый выворот матки; 3. эклампсию; 4. кровопотерю; 5. гипотонию матки.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

108. Младенец 6 недель, страдающий пилоростенозом, в остальном здоровый, назначен на пилоромиотомию. Подходящими методами при проведении анестезии являются: 1. внутривенная индукция тиопентоном; 2. интубация под деполяризующими миорелаксантами; 3. атропин для премедикации; 4. внутривенная инфузионная терапия 0.9% хлористым натрием; 5. вентиляция кислородом и фторотаном.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

109. Препараты, действие которых пролонгируется при холестазах включают: 1. тиопентал; 2. панкурониум бромид; 3. сукцинилхолин; 4. векурониум; 5. атракуриум.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

110. Препараты, вызывающие спазм сфинктера Одди при обычной холецистэктомии включают: 1. лигнокаин (лидокаин); 2. дроперидол; 3. кеторолак; 4. фентанил; 5. гликопирролат.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

111. Вероятные причины гипоксемии при отсутствии гиперкарбии у больного, перенесшего остеосинтез ствола бедренной кости включают: 1. жировую эмболию; 2. обструктивное заболевание легких; 3. легочную эмболию; 4. боль; 5. внутрисердечный шунт справа налево.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

112. Принятые анестезиологические мероприятия у больного с разрывом внутричерепной аневризмы включают: 1. 0.5% изофлюран; 2. нимодипин; 3. эсмолол; 4. механическую вентиляцию до PaCO₂ 3.3 кПа (25 мм рт ст); 5. кетамин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

113. Меры, уменьшающие риск, связанный с кислотной регургитацией у больной, назначенной на Кесарево сечение, включают: 1. введение внутрь перед операцией цитрата натрия; 2. запрещение приема внутрь в течение 4-х часов перед операцией; 3. проведение надавливания на персневидный хрящ до и во время интубации трахеи; 4. блокада H₂ рецепторов перед операцией; 5. приподнятие головного конца тела.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

114. Состояния, при которых вероятно улучшение от симпатической блокады включают: 1. каузалгию; 2. болезнь Рейно; 3. боль, связанную с карциномой поджелудочной железы; 4. невралгию тройничного нерва; 5. фантомные боли в конечностях.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

115. К факторам, определяющим степень риска анестезии и вероятность смертельного исхода кардиологического генеза, относятся: 1. аортальный стеноз; 2. инфаркт миокарда случившийся 2 месяца назад; 3. удлинённый интервал QT; 4. периодические желудочковые экстрасистолы; 5. интра-операционный узловый ритм.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

116. При оценке состояния ребенка при рождении: 1. 90% младенцев имеют на 1-й минуте 8 или более баллов по шкале Апгар; 2. на 5-минуте шкала Апгар хорошо коррелирует с неврологическим состоянием; 3. нормальный ритм сердца доношенного новорожденного 120-160 в мин; 4. цианоз конечностей дольше первых 60 сек после рождения не нормален; 5. шкала Апгар была создана д-ром Вирджинией Апгар в 1973 г.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

117. Для дорзального блока *repis* при операции циркумцизии у 2-х летнего ребенка целесообразно предпочесть: 1. лидокаин 1% - 8 мл; 2. лидокаин 1,5% с адреналином 1:200000 - 8 мл; 3. бупивакаин 0,25% - 15 мл; 4. бупивакаин 0,5% - 6 мл; 5. бупивакаин 0,125% - 15 мл.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

118. Первым признаком злокачественной гипертермии при анестезии у ребенка часто является: 1. быстрое повышение температуры тела; 2. горячая кожа; 3. аритмия; 4. тахикардия; 5. сильное нагревание абсорбера.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

119. Главным фактором, связанным с закрытием артериального протока у новорожденного, является: 1. повышение $PaCO_2$; 2. понижение $PaCO_2$; 3. понижение PaO_2 ; 4. повышение PaO_2 ; 5. повышение давления в легочной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

120. Поступил ребенок с ущемленной грыжей и сопутствующей инфекцией верхних дыхательных путей. Правильной является тактика: 1. не задерживать операцию, начать лечение антибиотиками; 2. оперировать под общей анестезией при тщательном наблюдении, мониторинге; 3. допустимо оперировать под спинальной анестезией; 4. отложить операцию; 5. оперировать, но исключить интубацию трахеи.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

121. Ребенка, страдающего фенилкетонурией необходимо оперировать по поводу острого аппендицита. Премедикация должна включать: 1. только опиоиды; 2. только барбитураты; 3. только диазепины; 4. только атропин; 5. опиоид, барбитурат и скополамин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

122. Больному 16 лет с синдромом Дауна необходима экстракция нескольких зубов. В предоперационной подготовке необходимо: 1. избегать введения атропина; 2. избегать введения опиоидов; 3. провести усиленную седацию; 4. оценить объем движений в шейном отделе; 5. избегать введения противосудорожных препаратов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

123. Ребенок 3-х лет поступил в удовлетворительном состоянии. Он проснулся через несколько часов с плачем и затрудненным дыханием. При осмотре: сидит, возбужден, кожа гиперемирована, стридорозное дыхание (на вдохе). Правильной тактикой будет: 1. срочно начать лечение по поводу наиболее вероятного диагноза ларинготрахеобронхита; 2. срочно транспортировать ребенка в операционную для интубации или трахеотомии; 3. измерить температуру, начать противовоспалительную терапию; 4. провести срочную диагностику наличия инородного тела в дыхательных путях; 5. исследование предпочтительно провести под внутривенным наркозом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

124. Новорожденному требуется меньше релаксантов вследствие: 1. слабого развития мускулатуры; 2. меньшей массы мускулатуры; 3. недостаточного развития мионеврального соединения; 4. увеличенной пропорции общей воды тела; 5. неполноценной холинэстеразы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

125. Типичными проявлениями острого эпиглоттита у ребенка являются: 1. положение ребенка на правом боку; 2. положение ребенка сидячее; 3. положение ребенка на левом боку; 4. внезапное начало симптомов, повышенная температура; 5. лающий кашель.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

126. Типичными проявлениями ларинготрахеобронхита у ребенка являются: 1. постепенное начало симптомов; 2. умеренное повышение температуры; 3. лающий кашель; 4. подвязочная обструкция.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

127. Постинтубационный отек гортани у ребенка: 1. наиболее часто развивается у новорожденных; 2. развивается реже при использовании подходящей смазки трубки; 3. заметен больше на выдохе; 4. должен лечиться увлажненным кислородом; 5. требует сильной седации.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

128. Недоношенный новорожденный, нуждающийся в операции: 1. не требует анестезии, так как болевые волокна не развиты; 2. не реагирует на боль; 3. должен получить в процессе анестезии только кислород и миорелаксант; 4. должен быть обследован и анестезирован по общепринятым показаниям; 5. допустимы только неингаляционные анестетики.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

129. Трудности анестезии при синдроме Пьера-Робина связаны преимущественно с проблемами: 1. сердечно-сосудистой системы; 2. легких; 3. почек; 4. интубации; 5. искусственной вентиляции.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

130. Общая анестезия необходима при сложных рентгенологических исследованиях: 1. у маленьких детей; 2. при умственной отсталости; 3. при непроизвольных движениях; 4. при высокой температуре; 5. при КТ.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

131. При анестезии ребенка в амбулаторных условиях: 1. по просьбе ребенка после выхода из анестезии разрешается пить; 2. после операции необходимо наблюдение не менее 1 часа; 3. если возникает отек в области дыхательных путей, ребенок госпитализируется; 4. интубация трахеи не применяется; 5. нельзя давать пить, и есть в течение 6 часов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

132. Для предотвращения подвязочного отека у детей можно рекомендовать: 1. "нежную" интубацию; 2. смазывание трубки анестезирующим кремом; 3. использование стерильной трубки; 4. смазывание трубки мазью с кортикостероидом; 5. смазывание трубки вазелином.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

133. Когда мерцательная аритмия осложняет митральный стеноз: 1. показана электрокардиоверсия; 2. показан длительный курс антикоагулянтов; 3. исчезает пресистолический шум; 4. часто развивается левожелудочковая недостаточность; 5. имеются заметные зубцы "а" на кривой пульсации яремной вены.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

134. Следующее может осложнить анкилозирующий спондилит: 1. амилоидоз; 2. атланто-аксиальная дислокация; 3. уменьшение податливости грудной стенки; 4. митральный стеноз; 5. периферический неврит.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

135. Тракция медиальной прямой мышцы глаза вызывает: 1. брадикардию; 2. тошноту; 3. мультифокусные желудочковые экстрасистолы; 4. гипертензию; 5. синдром Горнера.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

136. Касательно осложнений при катетеризации сосудов: 1. хилоторакс опасен при пункции правой внутренней яремной вены; 2. пневмоторакс не опасен при пункции подключичных вен; 3. травма плечевого сплетения опасна при катетеризации через локтевую вену; 4. при диабете нежелательна катетеризация a.dorsalis pedis; 5. осложнения реже при проведении пункции на боку.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

137. У больной с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводится операция под интубационным наркозом. В секрете, отсасываемом из трахеи обнаруживается кровь. Вероятнее всего это связано с: 1. трахеопищеводным свищем; 2. кровотечением из трахеи; 3. геморрагическим диатезом; 4. регургитацией и аспирацией крови; 5. повреждением манжеты интубационной трубки.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

138. Среди причин летальности при переломах бедренной кости наибольшее влияние имеет: 1. время между травмой и госпитализацией; 2. количество перелитой крови; 3. вид анестезии; 4. возраст; 5. продолжительность анестезии и операции.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

б) если правильны ответы 1 и 3;

в) если правильны ответы 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

139. Пациентке 75 лет производится удаление катаракты под м/а с седацией и наблюдение анестезиолога. 20 мг метогекситала введено в/в перед выполнением хирургом ретробульбарного блока. В этот момент ритм сердца по ЭКГ-монитору замедлился до 40 в мин. Первостепенно важным в этот момент является: 1. произвести интубацию трахеи; 2. ввести 0,4 мг атропина в/в; 3. отложить операцию до установки водителя ритма; 4. попросить хирурга прекратить манипуляцию; 5. начать массаж сердца.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

140. Осложнениями ретробульбарной блокады могут быть: 1. окуло-кардиальный рефлекс; 2. окклюзия центральной артерии сетчатки; 3. ретробульбарное кровотечение; 4. анестезия ствола мозга; 5. нарушения дыхания и кровообращения.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

141. Для лазерной хирургии области дыхательных путей верны следующие утверждения: 1. манжета обернутой фольгой трубки не повреждается лазером; 2. манжету следует заполнять физиологическим раствором; 3. воспламенение не может развиваться в хорошо защищенной трубке; 4. воспламенение эндотрахеальной трубки является частым осложнением CO₂ лазерных операций на гортани.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

142. Бактериемия может быть опасна для больных пороками клапанов сердца, особенно имеющих протезы клапанов. При необходимости операции при этом рекомендуется: 1. всегда использовать масочный наркоз; 2. избегать интубации через рот; 3. не считать интубацию возможным источником бактериемии; 4. при возможности избегать носовой интубации; 5. предпочитать трахеотомию, как наиболее безопасный метод с точки зрения бактериемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

143. После экстракции зуба под наркозом больной "кукарекает" при вентиляции. Это: 1. может быть симптомом полного ларингоспазма; 2. может быть устранено вспомогательной вентиляцией; 3. требует немедленного введения сукцинилхолина; 4. обычно означает частичное сужение голосовой щели.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

144. Частота передачи гепатита при переливании крови: 1. обычно связано с гепатитом С; 2. примерно составляет 1 случай на 100 трансфузий; 3. ниже при заготовке крови от добровольцев; 4. выше при использовании эритроцитарной массы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

145. При анестезии у больных, имеющих буллезный тип кожных заболеваний надо избегать: 1. интубации трахеи; 2. применения липкого пластыря; 3. глубокой анестезии; 4. трения кожи.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

146. Осложнениями при блокаде чревного сплетения могут быть: 1. постуральная гипотензия; 2. нарушения движений бедра; 3. спинальная анестезия; 4. токсическое действие местного анестетика; 5. внутрибрюшное кровотечение.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

147. Вероятным "пусковым механизмом" злокачественной гипертермии может быть: 1. кетамин; 2. фторотан; 3. пропофол (диприван); 4. сукцинилхолин; 5. эфир.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

148. Осложнения и летальность при оперативном лечении переломов бедра: 1. существенно ниже при применении спинальной анестезии; 2. зависят от примененного анестезирующего вещества; 3. существенно выше при общей анестезии; 4. примерно одинаковы при спинальной и общей анестезии; 5. в большей степени зависят от возраста.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

149. Профессиональные факторы вредности в анестезиологии при работе в операционных приводят к увеличению у персонала частоты: 1. спонтанных выкидышей; 2. врожденных отклонений у детей мужчин и женщин анестезиологов; 3. заболеваний печени; 4. кожных болезней; 5. злокачественных опухолей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

150. Дефект межжелудочковой перегородки характеризуется: 1. шунтом слева направо; 2. гипертрофией левого желудочка; 3. изменением сосудистого рисунка при рентгенологическом исследовании; 4. шунтом справа налево; 5. артериальной гипоксемией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

151. Аортокоронарографию принято проводить в условиях: 1. местной анестезии; 2. общей комбинированной анестезии; 3. мониторинга ЭКГ; 4. ингаляции паров пентрана; 5. ингаляции закиси азота с кислородом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

152. У больного с заболеванием сердца имеется тахисистолическая форма мерцательной аритмии. Перед оперативным вмешательством целесообразно: 1. отложить операцию до устранения имеющихся нарушений ритма; 2. тахисистолическую форму следует перевести в нормосистолическую; 3. тахисистолическую форму следует перевести в брадисистолическую; 4. операцию и анестезию проводить с обязательным мониторингом ЭКГ; 5. провести глубокую седацию перед введением в наркоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

153. К методам, улучшающим дыхательную функцию легких у кардиохирургических больных, относятся: 1. проведение вибромассажа грудной клетки; 2. ингаляция бронхолитического аэрозоля; 3. применение салуретиков; 4. ингаляции 100% O₂; 5. искусственная вентиляция легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

154. Введение калия эффективно при: 1. желудочковой тахикардии; 2. узловой тахикардии; 3. желудочковой экстрасистолии; 4. суправентрикулярных нарушениях ритма; 5. при сочетании перечисленных нарушений ритма.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

155. Развитие рестриктивного процесса в легких характеризуют следующие показатели спирограммы: 1. увеличение минутного объема дыхания; 2. значительное снижение жизненной емкости легких; 3. увеличение дыхательного объема; 4. значительное снижение объема форсированного выдоха; 5. увеличение минутной вентиляции легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

156. Для хронического обструктивного процесса в легких характерны следующие показатели: 1. уменьшение дыхательного объема; 2. резкое уменьшение объема форсированного выдоха; 3. резкое уменьшение жизненной емкости легких; 4. увеличение дыхательного объема; 5. урежение частоты дыхания.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

157. Для дифференциального диагноза хронического обструктивного бронхита и хронического рестриктивного бронхита применяют: 1. спирографическое исследование; 2. исследование минутной вентиляции легких в состоянии покоя; 3. пробу с бронхолитиком; 4. маршевую пробу.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

158. При бронхоскопии для анестезии слизистых дыхательных путей используют: 1. 1-3% раствор дикаина; 2. 10% раствор новокаина; 3. 10% раствор лидокаина; 4. 10-15% раствор кокаина; 5. 1-3% раствор дикаина + 10% раствор новокаина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

159. После восстановления проходимости аорты при искусственном кровообращении показано: 1. поддержание оптимального ОЦК; 2. коррекция метаболического ацидоза; 3. введение гепарина; 4. введение фибриногена.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

160. Клинические проявления постперфузионного синдрома заключаются: 1. в развитии артериальной гипоксемии; 2. в развитии артериальной гиперкапнии; 3. в увеличении объема внесосудистой воды в легких; 4. в снижении сердечного выброса; 5. в снижении давления в легочной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

161. В терапии постперфузионного синдрома принято применять: 1. ИВЛ 50% кислородом; 2. ИВЛ в режиме ПДКВ; 3. глюкокортикоиды; 4. лечебный наркоз; 5. гемосорбцию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

162. Пути профилактики постперфузионного синдрома являются: 1. применение мембранных и одноразовых оксигенаторов; 2. включение в контур АИК пористых фильтров; 3. ограничение объемов донорской крови; 4. уменьшение времени перфузии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

163. При оперативном вмешательстве по поводу стеноза митрального клапана анестезиолог обязан: 1. наладить контроль центрального венозного давления; 2. наладить мониторинг ЭКГ; 3. обеспечить тщательный контроль за артериальным давлением; 4. проводить анестезию в условиях умеренной гипотонии; 5. проводить анестезию в условиях умеренной гипотермии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

164. В момент комиссуротомии возможны следующие осложнения: 1. фибрилляция желудочков; 2. гипотензия и снижение сердечного выброса; 3. эмболия артериального русла; 4. снижение общего периферического сопротивления; 5. эмболия легочной артерии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

165. После восстановления кровотока при пережатии аорты для устранения коарктации и протезирования аорты необходимо провести: 1. точный контроль времени пережатия; 2. исследование кислотно-основного баланса; 3. введения гидрокарбоната натрия; 4. мониторинг и контроль АД и частоты сердечных сокращений; 5. измерение диуреза.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

166. При оперативном вмешательстве на подколенной артерии следует произвести блокаду: 1. только седалищного нерва; 2. седалищного и бедренного нервов; 3. запирающего и бедренного нервов; 4. седалищного, запирающего, бедренного и латерального нервов; 5. седалищного, бедренного, латерального кожного нервов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

167. Блокаду кожного нерва бедра удобно проводить: 1. в средней трети бедра; 2. на 4 см выше пупартовой связки; 3. на 1 см каудальнее лобкового бугорка; 4. на 2,5 см каудальнее и на 2,5 см медиальнее верхне-передней ости подвздошной кости; 5. на 1 см выше верхне-передней ости подвздошной кости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

168. Исследование больного с ранением сердца перед началом анестезии и операции должно включать: 1. измерение АД; 2. оценку ЧСС, ЭКГ; 3. определение группы и резус-фактора крови; 4. анализ крови, КОС, электролитов; 5. измерение ОЦК.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

169. При искусственной гипотермии наблюдаются следующие изменения: 1. увеличение времени свертывания; 2. уменьшение кровоснабжения внутренних органов; 3. повышения сопротивления периферических сосудов и сосудов мозга; 4. увеличение клубочковой фильтрации; 5. сдвиг кривой диссоциации гемоглобина вправо и вниз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

170. Снижение температуры во время анестезии и операции раньше всего регистрируется: 1. в прямой кишке; 2. в пищеводе; 3. на поверхности тела; 4. на поверхности сердца; 5. в паховой области.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

171. У больных с серповидно-клеточной анемией необходимы специальные меры, чтобы избежать: 1. гипоксии; 2. наложения турникета; 3. ацидоза; 4. дрожи; 5. дегидратации.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

172. Применение 100% кислорода в течение длительного времени приводит: 1. к повреждению сурфактанта; 2. к увеличению PaO₂; 3. к токсическому отеку легких; 4. к гипокании; 5. не оказывает вредного влияния.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

РАЗДЕЛ 4. Интенсивная терапия и реаниматология.

01. У больного с тяжелой закрытой травмой головы: 1. внутричерепное давление не зависит от артериального давления; 2. внутричерепное давление повышается прямо пропорционально ПДКВ (РЕЕР); 3. рекомендуются кортикостероиды; 4. фиксированные расширенные зрачки указывают на тяжелое повреждение мозга; 5. лечение выбора включает гипервентиляцию до P_{aCO_2} менее 3,0 кРа (22,5 мм рт ст).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

02. В диагнозе смерти ствола мозга: 1. клинические критерии не годны у больного в состоянии гипотермии; 2. отсутствие нейромышечной блокады должно быть подтверждено стимуляцией периферического нерва; 3. могут наблюдаться рефлекторные движения в ногах; 4. калорическая проба используется для оценки сохранности V черепного нерва; 5. ЭЭГ на изоэлектрической линии является патогномичным признаком.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

03. Улучшение гемодинамики при внутри-аортальной баллонной контрпульсации включает: 1. уменьшение работы миокарда; 2. уменьшение потребности миокарда в кислороде; 3. увеличение коронарной перфузии; 4. улучшение системной перфузии; 5. увеличение диастолического давления.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

04. Больного с острой левожелудочковой недостаточностью можно лечить: 1. вентиляцией с постоянно повышенным давлением; 2. инфузией глицерил тринитрата (нитроглицерина); 3. ингибиторами фосфодиэстеразы; 4. парентеральным введением морфина; 5. внутривенным введением фуросемида.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

05. Начальными проявлениями действия внутривенно введенного маннитола являются: 1. повышение вязкости крови; 2. уменьшение интерстициального объема; 3. повышение гематокрита; 4. увеличение объема крови; 5. гемолиз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

06. Синхронизированная перемежающаяся мандаторная вентиляция (SIMV); 1. может использоваться с поддержкой инспираторного давления; 2. является методом, при котором спонтанные дыхательные движения используются для включения вентилятора; 3. может быть использована с постоянным повышенным давлением в дыхательных путях (ППД, СРАР); 4. полезна при реанимации новорожденных; 5. достигается при введении полузакрытого или закрытого контура.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

07. Вероятные причины глубокой гипотензии при начале искусственной вентиляции у больного с множественной травмой включают: 1. пневмоторакс; 2. гиповолемию; 3. тампонаду сердца; 4. воздушную эмболию; 5. жировую эмболию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

08. Податливость легких: 1. повышается во время острого приступа астмы; 2. повышается при инфузии опиата; 3. прямо связана с легочным капиллярным давлением; 4. находится под значительным влиянием изменений положительного давления в конце выдоха; 5. составляет 0,02 литра/см Н₂O у 70 кг человека.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

09. Респираторный ацидоз вначале вызывает: 1. повышение давления в легочной артерии; 2. гипервентиляцию; 3. снижение выброса сердца; 4. системную гипертензию; 5. гипокалиемию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

10. Острая тампонада сердца связана с: 1. цианозом и периферическим спазмом; 2. парадоксальным пульсом; 3. "а" волнами на записи давления в яремной вене; 4. брадикардией; 5. массивным асцитом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

11. Передозировка салицилатов связана с: 1. комой; 2. метаболическим ацидозом; 3. гипопротромбинемией; 4. гемолизом; 5. гипофибриногенемией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

12. Острый панкреатит связан с: 1. диссеминированным внутрисосудистым свертыванием; 2. паралитической непроходимостью; 3. гипокальциемией; 4. гипоксией; 5. гипохлоремией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

13. Развитие респираторного дистресс синдрома взрослых связано с: 1. тяжелым абдоминальным сепсисом; 2. тяжелой комбинированной травмой; 3. геморрагическим шоком; 4. продолжительным применением высокой концентрации кислорода; 5. распространенными ожогами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

14. Утопление в пресной воде связано с: 1. дисритмией сердца; 2. гемолизом; 3. артериальной гипотензией; 4. спадением альвеол; 5. судорогами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

15. Лечение острого отравления бензодиазепинами включает: 1. промывание желудка; 2. введение внутрь активированного угля; 3. внутривенно флюмазенил; 4. ощелачивающий осмотический диурез; 5. внутривенно дезоксикортикостерон.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

16. Использование седации пропофолом в интенсивной терапии противопоказано у больных, страдающих: 1. delirium tremens; 2. гипертриглицеридемией; 3. почечной недостаточностью; 4. гиповолемическим шоком; 5. повышением внутричерепного давления.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

17. Во время сердечно-легочной реанимации: 1. тканевое кислотно-щелочное состояние лучше отражается газовым анализом смешанной венозной крови, чем артериальной; 2. бикарбонат повышает артериальный рН; 3. адреналин повышает артериальное давление; 4. смешанное венозное PCO_2 уменьшено; 5. бикарбонат уменьшает тканевой ацидоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

18. Дыхательные нарушения при легочной эмболии включают: 1. уменьшение функциональной остаточной емкости; 2. уменьшение PCO_2 в конце выдоха; 3. тахипноэ; 4. увеличение альвеолярного мертвого пространства; 5. снижение насыщения кислородом артериальной крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

19. Отравление окисью углерода связано с: 1. спутанным сознанием; 2. отсутствием цианоза; 3. "размытостью" зрения; 4. рвотой; 5. головной болью.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

20. Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью: 1. применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки; 2. ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей; 3. стимуляции кашля; 4. санационной бронхоскопии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

21. Повышенный бикарбонат плазмы связан с: 1. почечной недостаточностью; 2. несахарным диабетом; 3. гиперкалиемией; 4. пилоростенозом, рвотой; 5. печеночной недостаточностью.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

22. При хроническом дыхательном ацидозе, компенсиремом почками: 1. рН мочи уменьшен; 2. РаСО₂ повышено; 3. избыток оснований повышен; 4. стандартный бикарбонат снижен; 5. P50 снижен.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

23. При тяжелом диабетическом кетоацидозе имеет место: 1. гиперосмолярность плазмы; 2. снижение внутриклеточной концентрации калия; 3. общая дегидратация организма; 4. нормальная анионная разница; 5. гиповентиляция.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

24. Касательно миастении гравис: 1. эмоциональный стресс может увеличивать слабость мышц; 2. нарушается механизм мышечного сокращения; 3. она может быть вызвана лечением пеницилинами; 4. меньшее количество ацетилхолина высвобождается из нервных окончаний; 5. на поздних стадиях болезни часто вовлекается миокард.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

25. Dystrophia myotonica: 1. нарушения мионевральных соединений вторичны; 2. связана с образованием катаракты; 3. связана с гонадной атрофией; 4. встречается только у мужчин; 5. связана со слабостью конечностей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

26. Низкий уровень сывороточной холинэстеразы связан с: 1. болезнями печени; 2. третьим триместром беременности; 3. сердечной недостаточностью; 4. альбуминурией; 5. введением новокаина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

27. Вероятные причины блокады левой ножки пучка Гиса включают: 1. ишемическую болезнь сердца; 2. алкогольную кардиомиопатию; 3. дефект межпредсердной перегородки; 4. дефект межжелудочковой перегородки; 5. тяжелую гипертоническую болезнь.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

28. Низкий фиксированный сердечный выброс наблюдается при: 1. аортальном стенозе; 2. констриктивном перикардите; 3. митральном стенозе; 4. легочном сердце; 5. токсичном действии дигоксина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

29. Принятое лечение послеоперационного тиреотоксического криза включает: 1. седацию; 2. плазмаферез; 3. кортикостероиды; 4. пропранолол (атенолол); 5. инфузионная терапия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

30. Правильное лечение острой суправентрикулярной тахикардии включает: 1. аденозин; 2. верапамил; 3. массаж каротидного синуса; 4. лигнокаин (лидокаин); 5. хлористый кальций.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

31. При нарушенной ауторегуляции, кровоток мозга находится под влиянием; 1. PaCO_2 ; 2. среднего артериального давления; 3. внутричерепного давления; 4. температуры тела; 5. калия плазмы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

32. Надлежащая терапия повышенного внутричерепного давления при тяжелой закрытой травме головы включает: 1. аминазин; 2. управляемую вентиляцию; 3. седуксен; 4. маннитол; 5. дексаметазон.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

33. Преимуществами управляемой вентиляции при лечении "подвижной" грудной клетки при множественном переломе ребер считаются: 1. снижение парадоксальной вентиляции; 2. снижение легочной инфекции; 3. использование положительного давления в конце выдоха (ПДКВ); 4. предотвращение пневмоторакса; 5. ускорение сращения переломов ребер.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

34. Надлежащая терапия повышенного внутричерепного давления при тяжелой закрытой травме головы включает: 1. умеренную гипотермию; 2. маннитол; 3. седуксен; 4. управляемую вентиляцию; 5. дексаметазон.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

35. Показаниями к электрокардиоверсии являются: 1. синусовая тахикардия; 2. острое трепетание предсердий; 3. узловая брадикардия; 4. желудочковая тахикардия; 5. электромеханическая диссоциация.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

36. Весьма вероятные причины коагулопатии при развитии сепсиса у больного, перенесшего резекцию толстой кишки: 1. недостаток витамина К; 2. поражение печени фторотаном; 3. подкожное введение гепарина; 4. диссеминированное внутрисосудистое свертывание; 5. не диагностированная болезнь von Willebrand.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

37. Принятое лечение при передозировке (токсическом действии) дигоксина включает: 1. лигнокаин (лидокаин); 2. сернокислую магнезию; 3. фенитоин(дифенин); 4. кальций; 5. верапамил.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

38. Лабораторные изменения, связанные с тяжелым септическим шоком включают: 1. удлинение активированного частичного тромбопластинового времени; 2. снижение уровня сывороточного фибриногена; 3. наличие продуктов деградации фибрина; 4. сниженное число тромбоцитов; 5. сниженную концентрацию плазминогена.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

39. Снижение насыщения кислородом смешанной венозной крови обычно происходит вследствие: 1. снижения выброса сердца; 2. снижения скорости обмена; 3. снижения

содержания кислорода в артерии; 4. повышения давления в легочной артерии; 5. шунтирования слева направо.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

40. К эффектам острой гипоксемии относятся: 1. повышение давления в легочной артерии; 2. увеличение сердечного выброса; 3. региональная легочная вазоконстрикция; 4. увеличение церебрального кровотока; 5. снижение почечного кровотока.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

41. Болезнь декомпрессии: 1. зависит от альвеолярного дефицита кислорода; 2. связана с аваскулярным некрозом костей; 3. лечится вдыханием смеси кислорода с гелием при атмосферном давлении; 4. симптомы могут развиваться через 4 часа после начала падения давления; 5. не развивается, если азот добавлен к вдыхаемой смеси газов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

42. К известным при инфузии полиглюкина осложнениям относятся: 1. затруднения при определении группы крови; 2. повышенная кровоточивость; 3. реакции повышенной чувствительности; 4. глубокий венозный тромбоз; 5. острая почечная недостаточность.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

43. Лечение отравлений фосфорорганическими соединениями включает: 1. гемофильтрацию; 2. реактиватор ацетилхолинэстеразы (pralidoxime chloride); 3. доксазолин; 4. атропин; 5. неостигмин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

44. При тампонаде сердца наблюдается: 1. повышение центрального венозного давления; 2. глухие тоны; 3. цианоз; 4. парадоксальный пульс; 5. повышение легочного капиллярного давления заклинивания (PCWP).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

45. Поздние признаки септического шока включают: 1. диссеминированное внутрисосудистое свертывание; 2. гемоконцентрацию; 3. метаболический ацидоз; 4. снижение потребления кислорода; 5. артериальную гипоксемию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

46. У новорожденных с респираторным дисстресс синдромом имеется: 1. снижение легочного кровотока; 2. сердечный шунт слева-направо; 3. увеличение работы дыхания; 4. нормальная активность альвеолярного сурфактанта; 5. метаболический алкалоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

47. Препараты, которые нельзя применить при анестезии у ребенка с 40% ожогами 12-дневной давности включают: 1. тиопентал; 2. изофлюран; 3. пропофол; 4. сукцинилхолин; 5. атракуриум.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

48. Методы снижения внутричерепного давления включают: 1. маннитол; 2. нитропруссид натрия; 3. желудочковый дренаж; 4. изофлюран; 5. нимодипин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

49. Касательно парентерального питания взрослого весом 70 кг: 1. минимальная дневная потребность в глюкозе 200 г; 2. дневная потребность в азоте 0,2 г/кг; 3. глюкоза

увеличивает образование углекислоты; 4. часть инсулина, вводимого в инфузии, абсорбируется на поливинилхлориде; 5. нормальная дневная потребность в калии 0,7-0,9 ммоль/кг.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

50. Положительное давление в конце выдоха (ПДКВ) уменьшает: 1. P_{aCO_2} ; 2. функциональную остаточную емкость; 3. внутричерепное давление; 4. внутригрудной объем крови; 5. легочное капиллярное давление заклинивания (PCWP).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

51. У больного с острой перемежающейся порфирией в стадии криза развившиеся симптомы включают: 1. кому; 2. паралич; 3. гипертензию и тахикардию; 4. острые боли в животе; 5. delirium.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

52. При остром отравлении парацетамолом развивается: 1. повышение щелочной фосфатазы плазмы; 2. кома; 3. гипервентиляция; 4. желтуха.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

53. Гипербарический кислород: 1. может вызвать судороги; 2. показан при газовой гангрене; 3. не изменяет количество эритроцитов; 4. показан при отравлении окисью углерода; 5. не влияет на транспорт углекислоты.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

54. Гипербарический кислород может вызвать: 1. тошноту; 2. церебральную вазоконстрикцию; 3. мышечные подергивания; 4. апноэ; 5. пневмоторакс.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

55. Проявления тяжелого диабетического кетоза включают: 1. увеличение сывороточной концентрации калия; 2. ацидоз; 3. кетонурию; 4. гипервентиляцию; 5. гемоконцентрацию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

56. Следующее снижается при остром респираторном дисстресс синдроме взрослых (РДСВ): 1. альвеолярная вентиляция; 2. активность легочного сурфактанта; 3. податливость легких; 4. альвеолярно - артериальный PO₂ градиент; 5. сопротивление воздушных путей.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

57. При остром респираторном дисстресс синдроме взрослых (РДСВ): 1. общая легочная вода увеличена; 2. функциональная остаточная емкость (FRC) снижена; 3. легочное артериальное давление повышено; 4. гипоксемия отвечает на повышение FiO₂; 5. причиной может быть почечная недостаточность.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

58. Побочные эффекты внутривенной инфузии бикарбоната натрия включают: 1. увеличение P50; 2. снижение осмоляльности сыворотки; 3. снижение концентрации натрия в сыворотке; 4. увеличение образования CO₂; 5. повышение pH желудочного сока.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

59. Лечение острого отравления бензодиазепинами включает: 1. налоксон; 2. дачу внутрь активированного угля; 3. ощелачивающий диурез; 4. внутривенное введение флюмазенила (анексата); 5. внутривенное введение доксапрама (doxapram).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

60. Набухшие (растянутые) шейные вены в положении стоя наблюдаются при: 1. тампонаде сердца; 2. обструкции верхней полой вены; 3. напряженном пневмотораксе; 4. легочной эмболии; 5. трикуспидальной недостаточности.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

61. Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: 1. увеличения проницаемости сосудов; 2. потери симпатического тонуса; 3. потери внутрисосудистого объема; 4. высвобождения простагландина; 5. брадикардии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

62. У вентилируемого больного с отеком легких при низком давлении и септическим шоком внутривенная инфузия 7,5 мкг/кг/мин допамина увеличит: 1. насыщение кислородом смешанной венозной крови; 2. мочеотделение; 3. PaO_2 ; 4. потребление кислорода; 5. сердечный выброс.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

63. При тяжелом пневмоните вследствие аспирации желудочного содержимого происходит повышение: 1. сопротивления воздушных путей; 2. V/Q несоответствия; 3. давления в легочной артерии; 4. объема вентиляции; 5. интерстициальной воды в легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

64. Повышение $PaCO_2$ можно ожидать при: 1. массивной легочной эмболии; 2. рвоте вследствие пилоростеноза; 3. патологическом ожирении; 4. астматическом приступе средней тяжести; 5. диабетической коме.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

65. Эффективное лечение пароксизмальной предсердной тахикардии включает: 1. антагонисты бета-адренорецепторов; 2. электрическую кардиоверсию; 3. давление на каротидный синус; 4. лигнокаин (лидокаин); 5. препараты дигиталиса.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

66. Концентрация гемоглобина 8 г/дл (80 г/л) и увеличение числа ретикулоцитов может иметь место при: 1. апластической анемии; 2. нелеченной пернициозной анемии; 3. анемии при хронической почечной недостаточности; 4. постгеморрагической анемии; 5. острой лейкемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

67. Клинические проявления, наблюдаемые при тяжелом длительно существующем кифосколиозе включают: 1. вторичную полицитемию; 2. увеличенную легочную сосудистую резистентность; 3. сниженную функциональную остаточную емкость; 4. FEV10/FVC (Tiffeneau) соотношение менее 50%; 5. метаболический ацидоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

68. Нарушения кровоточивости, которые впервые выявились во время операции могут возникнуть вследствие: 1. диссеминированного внутрисосудистого свертывания; 2. переливания несовместимой крови; 3. активации плазминогена; 4. лечения антибиотиками; 5. серповидной анемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

69. Синдром Горнера связан с: 1. местной анестезией шейного сплетения; 2. карциномой щитовидной железы; 3. травмой спинного мозга на низком шейном уровне; 4. местной анестезией звездчатого узла; 5. надключичной блокадой плечевого сплетения.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

70. Фиброз легких развивается при: 1. длительном лечении амиодароном (кордароном); 2. ревматоидном артрите; 3. отравлении паракуатом (paraquat); 4. легочной эмболии; 5. уремии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

71. Уменьшение торако-легочной податливости обычно наблюдается при: 1. левожелудочковой недостаточности; 2. кифосколиозе; 3. фиброзе легких; 4. астме; 5. эмфиземе.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

72. Гипердинамия кровообращения/наблюдается при: 1. анемии; 2. беременности; 3. болезни костей Педжета; 4. легочной эмболии; 5. микседеме.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

73. Не изменяющаяся частота пульса, наблюдаемая во время и сразу после пробы Вальсальвы имеет место при: 1. блокаде бета-адренорецепторов; 2. сахарном диабете; 3. сердечной недостаточности; 4. аортальной недостаточности; 5. синдроме Горнера.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

74. Наиболее вероятные находки при хронической почечной недостаточности: 1. повышение аммиака в крови; 2. метаболический ацидоз; 3. повышение гематокрита; 4. повышение уровня фосфата в плазме; 5. снижение калия сыворотки.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

75. Длительное лечение кортикостероидами может привести к: 1. образованию катаракты; 2. миопатии; 3. асептическому некрозу головки бедра; 4. панкреатиту; 5. нарушению функции надпочечников.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

76. Снижение системной сосудистой резистентности происходит при: 1. беременности; 2. повышении внутричерепного давления; 3. анемии; 4. анестезии кетаминном; 5. феохромоцитоме.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

77. К известным признакам острого панкреонекроза относятся: 1. гипокалиемия; 2. почечная недостаточность; 3. лейкоцитоз; 4. гипогликемия; 5. гиперкальцемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

78. Весьма вероятные результаты применения 10 см ПДКВ (PEEP) к воздушным путям вентилируемого больного с односторонней долевой пневмонией включают: 1. снижение P_{aO_2} ; 2. повышение P_{aCO_2} ; 3. Уменьшение ФОЕ (функциональной остаточной емкости); 4. системную гипотензию; 5. Увеличение физиологического мертвого пространства.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

79. При легочной эмболии: 1. сывороточная лактатдегидрогеназа нормальна; 2. рентгеноскопия выявляет патологию; 3. характерными изменениями ЭКГ являются S3, Q1; 4. описана клиника желтухи; 5. только варфарин является достаточным антикоагулянтом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

80. Легочную эмболию можно точно диагностировать: 1. сканированием легких; 2. рентгеновским исследованием грудной клетки; 3. легочной ангиографией; 4. электрокардиограммой; 5. по уровню лактатдегидрогеназы крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

81. У больного в периоде восстановления после перенесенного утопления в морской воде весьма вероятны клинические проявления: 1. внутрилегочного шунтирования; 2. метаболического ацидоза; 3. отека мозга; 4. отека легких; 5. электролитных нарушений.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

82. Болезнь легионеров сопровождается: 1. пневмонией; 2. диареей; 3. недостаточностью печени; 4. резкой слабостью; 5. энцефалопатией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

83. Повышение PaCO₂ наблюдается при: 1. ожирении; 2. спонтанном пневмотораксе; 3. хроническом бронхите; 4. диабетической коме; 5. уремической рвоте.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

84. В нормальной электрокардиограмме QT интервал: 1. измеряется от начала зубца Q до конца зубца T; 2. 0,30 - 0,40 секунды; 3. удлинен при гипокальциемии; 4. удлиняется под действием дигиталиса; 5. удлинен при гиперкалиемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

85. Клинические признаки, обычно наблюдаемые у больного хроническим бронхитом, осложненным острой дыхательной недостаточностью, включают: 1. пульс малого наполнения (объема); 2. холодные конечности; 3. повышенное венозное югулярное давление; 4. потоотделение; 5. отек соска зрительного нерва.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

86. Известные причины фибрилляции предсердий включают: 1. митральный стеноз; 2. алкогольная кардиомиопатия; 3. ишемия миокарда; 4. интоксикация дигоксином; 5. обструктивная кардиомиопатия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

87. Причины синусовой тахикардии включают: 1. тиреотоксикоз; 2. констриктивный перикардит; 3. анемию; 4. злокачественный нейролептический синдром; 5. синдром лишения наркотиков.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

88. Гипогликемия проявляется следующими клиническими признаками: 1. медленным глубоким дыханием; 2. тахикардией; 3. бледностью; 4. гиперактивностью рефлексов; 5. генерализованным зудом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

89. Преренальная недостаточность характеризуется на ранней стадии: 1. олигурией; 2. удельным весом мочи выше 1020; 3. концентрацией натрия в моче больше 15 мэкв/л; 4. повышением креатинина в плазме; 5. рН мочи менее 4.0.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

90. Вероятными причинами сонливости и дезориентации у больного с тяжелой эмфиземой после 2-х часового дыхания 100% кислородом являются: 1. метаболический ацидоз; 2. вазоконстрикция сосудов мозга; 3. гиперкапния; 4. гипоксия мозга; 5. токсичность кислорода.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

91. Рингер-лактат (раствор Гартманна): 1. генерирует бикарбонат; 2. содержит 10 ммоль/л хлора; 3. содержит кальций; 4. имеет концентрацию лактата 40 ммоль/л; 5. содержит магний.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

92. Слипчивый (констриктивный) перикардит обычно проявляется: 1. утомляемостью; 2. увеличением печени; 3. третьим сердечным тоном; 4. повышенным ЦВД; 5. парадоксальным пульсом.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

93. Неотложное лечение комы при микседеме включает: 1. гидрокоризон внутривенно; 2. искусственную вентиляцию; 3. внутривенно три-йодтирозин (ТЗ); 4. инфузию адреналина; 5. быстрое согревание.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

94. Характерными признаками гипогликемической комы являются: 1. дегидратация; 2. сниженные сухожильные рефлексы; 3. гипервентиляция; 4. судороги; 5. полиурия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

95. Последствия альвеолярного разрыва при вентиляции под положительным давлением включают: 1. подкожную эмфизему; 2. легочную интерстициальную эмфизему; 3. эмфизему средостения; 4. пневмоперитонеум; 5. пневмоторакс.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

96. Больных с острыми, судорожными нарушениями можно лечить с помощью: 1. тиопентала; 2. фенитоина; 3. диазепам; 4. кетамина; 5. дроперидола.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

97. Фармакологические средства, уменьшающие постнагрузку левого желудочка у больного с острым инфарктом миокарда, включают: 1. нитроглицерин; 2. фентоламин; 3. нитропруссид натрия; 4. эсмолол, бривиблок; 5. дигоксин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

98. Жировая эмболия сопровождается: 1. появлением жировых шариков в моче; 2. умственной дезориентацией; 3. наличием жира в сосудах сетчатки; 4. петехиями; 5. повышением уровня продуктов деградации фибриногена.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

99. Гиповентиляционный синдром при ожирении характеризуется патологическими нарушениями, включающими снижение: 1. концентрации бикарбоната плазмы; 2.

резистентности воздушных путей; 3. работы дыхания; 4. податливости легких грудной клетки; 5. объема закрытия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

100. Вероятные причины внезапной одышки, возрастания венозного давления в яремных венах, систолического и диастолического шума у больного с инфекционным эндокардитом включают: 1. острую тампонаду сердца; 2. разрыв аортального клапана; 3. нижний инфаркт миокарда; 4. выворачивание створки митрального клапана; 5. расслаивающую аневризму аорты.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

101. Вероятные последствия утопления в морской воде включают: 1. дисритмии сердца; 2. гипотензия; 3. ателектаз; 4. гиперкалиемию; 5. гемолиз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

102. Уменьшение выброса сердца при лечении высоким положительным давлением в конце выдоха (ПДКВ) является вторичным по отношению к: 1. уменьшению венозного притока к правому сердцу; 2. уменьшению функции левого желудочка вследствие смещения межжелудочковой перегородки; 3. увеличению постнагрузки на правый желудочек; 4. уменьшению частоты работы сердца; 5. задержке углекислоты.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

103. Синхронизированная перемежающаяся мандаторная вентиляция (SIMV): 1. использует два источника вдыхаемых газов; 2. запускает вентилятор при сознательной попытке больного; 3. используется при отлучении больного от вентилятора; 4. не требует клапанов в дыхательном контуре; 5. полезна у больных в состоянии апноэ.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

104. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание может быть связано с: 1. длительным сердечно-легочным искусственным кровообращением (bypass); 2. гемолизом; 3. тяжелой травмой головы; 4. эмболией амниотическими водами; 5. тяжелым шоком.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

105. Нитроглицерин при инфузионном введении: 1. снижает гипоксическое сужение легочных сосудов; 2. может привести к метгемоглобинемии; 3. может повысить внутричерепное давление; 4. прямым образом увеличивает сократимость миокарда; 5. усиливает нейромышечную блокаду.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

106. Надлежащая терапия при кровотечении, вызванном патологическим фибринолизом, включает: 1. апротонин; 2. свежезамороженную плазму; 3. транексамиковую кислоту; 4. концентрат тромбоцитов; 5. фибриноген.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

107. Немедленное лечение тяжелой анафилактической реакции должно включать: 1. адреналин; 2. эфедрин; 3. жидкости внутривенно; 4. антагонист H₁ рецепторов; 5. хлористый кальций.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

108. Показаниями к электрокардиоверсии являются: 1. синусовая тахикардия; 2. острое трепетание предсердий; 3. узловая брадикардия; 4. желудочковая тахикардия; 5. электро-механическая диссоциация.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

109. К факторам, влияющим на увеличение риска развития острой почечной недостаточности относятся: 1. миоглобинемия; 2. лечение нестероидными противовоспалительными препаратами; 3. гемоглобинемия; 4. диабет; 5. сепсис.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

110. К эффектам острой гипоксемии относятся: 1. повышение давления в легочной артерии; 2. увеличение сердечного выброса; 3. региональная легочная вазоконстрикция; 4. повышение церебрального кровотока; 5. снижение миокардиального кровотока.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

111. К известным причинам подкожной эмфиземы относятся: 1. спонтанный пневмоторакс; 2. разрыв пищевода; 3. разрыв трахеи; 4. инфаркт легкого; 5. разрыв диафрагмы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

112. К известным проявлениям острой жировой эмболии относятся: 1. односторонний тремор руки; 2. лихорадка; 3. задержка углекислоты; 4. петехиальные кровоизлияния; 5. отек сетчатки.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

113. Экскреция креатинина за день зависит от: 1. приема белка; 2. объема мочи; 3. скорости гломерулярной фильтрации; 4. степени мышечного истощения; 5. мышечной массы индивидуума.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

114. Ингаляция окиси углерода приводит к: 1. цианозу; 2. снижению P50; 3. стимуляции каротидного тельца; 4. снижению SaO₂; 5. одышке.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

115. Злокачественный карциноидный синдром сопровождается: 1. увеличением легочного сосудистого сопротивления; 2. бронхоспазмом; 3. рвотой вследствие уремии; 4. бледностью; 5. гипогликемией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

116. При хроническом дыхательном ацидозе, компенсируемом почками: 1. уменьшается рН мочи; 2. повышается PaCO₂; 3. увеличивается избыток оснований; 4. снижен стандартный бикарбонат; 5. снижен P50.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

117. При подостром бактериальном эндокардите: 1. почечные проблемы имеют эмболическое происхождение; 2. митральный стеноз развивается чаще митральной недостаточности; 3. показаны антикоагулянты; 4. часто развивается мерцательная аритмия (фибриляция предсердий); 5. часто имеет место негативный результат посева крови.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

118. При остром полиневрите (синдроме Guillain-Barre): 1. часто имеет место предшествующая респираторная или желудочно-кишечная инфекция; 2. характерно повышение белка в спинномозговой жидкости; 3. наблюдается повышенная автономная активность; 4. не эффективен плазмафорез; 5. часто развиваются постоянные неврологические дефекты.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

119. Доставлен в больницу сбитый автомашиной взрослый пациент с множественными переломами большеберцовой кости. Других повреждений не обнаружено. После коррекции перелома под общей анестезией у пациента не восстанавливается сознание. Вероятные причины включают: 1. гипергликемию; 2. гипотермию; 3. гиповолемию, требующую возмещения кровопотери; 4. экстра- или субдуральную гематому; 5. массивную легочную эмболию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

120. Венозная воздушная эмболия связана с: 1. артериальной гипотензией; 2. уменьшением концентрации углекислоты в конце выдоха; 3. аритмиями сердца; 4. повышением легочной сосудистой резистентности; 5. повышением внутричерепного давления.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

121. Необходимое лечение полной блокады сердца перед введением трансвенозного водителя ритма должно включать внутривенное введение: 1. глюкагона; 2. адреналина; 3. лигнокаина (лидокаина); 4. изопrenalина; 5. амиодарона (кордарона).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

122. Вероятными причинами внезапного ухудшения состояния новорожденного, оперированного 12 часов назад по поводу диафрагмальной грыжи, могли явиться: 1. острая пульмонарная гипертензия; 2. острое расширение желудка; 3. напряженный пневмоторакс; 4. гемоторакс; 5. гипогликемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

123. Немедленное лечение астматического ребенка, безуспешно леченного адреналином, у которого появились гипоксия, сонливость, гиперкарбия и ацидоз, должно включать: 1. введение бикарбоната натрия; 2. диазепам внутривенно; 3. инфузия аминофиллина; 4. интубацию и вентиляцию; 5. салбутамол из распылителя (небулайзера).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

124. Подходящие при проведении электрокардиоверсии вещества включают: 1. пропофол; 2. этomidат; 3. тиопентал; 4. опиоиды; 5. кетамин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

125. Факторы, ведущие к развитию отека легких включают: 1. увеличение капиллярного давления; 2. снижение онкотического давления; 3. увеличение проницаемости капилляров; 4. нарушения оттока лимфы; 5. избыточные инфузии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

126. ПДКВ обычно влияет следующим образом: 1. увеличивает функциональную остаточную емкость (ФОЕ); 2. снижает податливость; 3. уменьшает работу дыхательных мышц; 4. уменьшает объем легких; 5. приводит к гипоксии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

127. Полиглюкин (дексран 70): 1. имеет средний молекулярный вес ниже, чем у альбумина; 2. имеет период полураспада 3 часа; 3. не может быть смешан с декстрозой; 4. может вызывать острую анафилаксию; 5. гипоосмолярен.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

128. Вероятные находки у пожилого больного с длительной кишечной непроходимостью, при наличии гипотензии и спутанного сознания: 1. тахипноэ; 2. артериальная гипоксемия; 3. метаболический ацидоз; 4. снижение мочевины крови; 5. гипо-осмолярность плазмы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

129. У грудного ребенка, страдающего пилоростенозом, обычно развивается: 1. метаболический алкалоз; 2. гипохлоремия; 3. дегидратация; 4. увеличение анионовой разницы; 5. анемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

130. При легочном сердце (cor pulmonale) наблюдается: 1. повторные легочные эмболии; 2. силикоз; 3. саркоидоз; 4. эмфизема; 5. тяжелая одышка.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

131. Касательно миастении гравис: 1. нарушается механизм мышечного сокращения; 2. меньшее количество ацетилхолина высвобождается из нервных окончаний; 3. она связана с мелкоочечной карциномой легкого; 4. эмоциональный стресс может увеличивать слабость мышц; 5. на поздних стадиях болезни часто вовлекается миокард.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

132. Принятое лечение послеоперационного тиреотоксического криза включает: 1. седацию; 2. плазмаферез; 3. кортикостероиды; 4. адrenoблокаторы; 5. кардиомониторинг.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

133. С целью профилактики тромбирования при операциях на крупных сосудах в послеоперационном периоде необходимо назначать: 1. гепарин; 2. реополиглюкин; 3. компламин; 4. фенилин; 5. кортикостероиды.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

134. Осложнения длительной ингаляции 25% закиси азота с кислородом при интенсивной терапии включают: 1. чрезмерную седацию; 2. лейкопению; 3. гипопроотеинемию; 4. вздутие живота; 5. угнетение дыхания.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

135. У новорожденных с респираторным дистресс синдромом имеется: 1. снижение легочного кровотока; 2. сердечный шунт слева-направо; 3. увеличение работы дыхания; 4. нормальная активность альвеолярного сурфактанта; 5. метаболический алкалоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

136. Во время сердечно-легочной реанимации: 1. предпочтительно вводить медикаменты по центральному катетеру; 2. через периферические вены нельзя вводить адреналин; 3. лидокаин, атропин и адреналин допустимо вводить эндотрахеально; 4. внутрисердечные инъекции делаются в первую очередь.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

137. Пациент 55 лет поступил в отделение ИТ с признаками инфаркта миокарда без нарушений ритма сердца, АД 170/100, ЧСС 124 уд/мин, дыханием 24 в мин., температурой 38 гр С. Больной возбужден. Мероприятия для улучшения оксигенации органов и тканей включают: 1. снижение АД; 2. снижение ЧСС; 3. нормализацию температуры тела; 4. ингаляцию кислорода; 5. седацию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

138. Б-ной 55 лет поступил в отделение ИТ с признаками инфаркта миокарда без нарушений ритма сердца, АД 170/100, ЧСС 124 уд/мин, дыханием 24 в мин., умеренной гипертермией. Для снижения АД можно применить: 1. диуретики; 2. вазодилаторы; 3. кровопускание, венозные жгуты/манжеты; 4. ПДКВ; 5. седацию.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

139. Наиболее эффективным способом профилактики развития стеноза трахеи после длительной ИВЛ является: 1. распускание манжеты каждый час; 2. частое отсасывание их трахеи; 3. систематический контроль давления в манжете; 4. использование манжет низкого давления.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

140. Больной предъявляет жалобы на жажду, слабость, сонливость. Имеют место олигурия, гипернатриемия, новышение гематокрита и осмолярности плазмы. Нарушения водного обмена у больного носят характер: 1. гипотонической гипергидратации; 2. изотонической дегидратации; 3. изотонической гипергидратации; 4. гипертонической дегидратации.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

141. Больному массой тела в 70 кг проведена проба Ман-Клюра-Олдрича. Рассасывание волдыря произошло в течение 20 минут. Ориентировочное количество жидкости, показанное для введения больному составляет: 1. 2000 мл; 2. 3000 мл; 3. 4000 мл; 4. 5000 мл; 5. 6000 мл.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

142. У больного после операции резекции желудка при наличии умеренного сопутствующего нефросклероза на 4-е сутки послеоперационного периода начались рвота, апатия, понос; жажда отсутствовала. Уровень натрия плазмы и гематокрит снижены, объем эритроцитов увеличен, диурез снижен. Эти симптомы характерны для такого нарушения водного обмена, как: 1. внутриклеточная дегидратация; 2. внеклеточная дегидратация; 3. внеклеточная гипергидратация; 4. внутриклеточная гипергидратация.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

143. У больного после операции резекции желудка при наличии умеренного сопутствующего нефросклероза на 4-е сутки послеоперационного периода начались рвота, апатия, понос; жажда отсутствовала. Уровень натрия плазмы и гематокрит снижены, объем эритроцитов увеличен, диурез уменьшен. К перечисленным симптомам могла привести передозировка: 1. раствора Рингера; 2. 5% р-ра глюкозы; 3. 5% р-ра гидрокарбоната натрия; 4. 10% р-ра глюкозы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

144. У больного после операции резекции желудка при наличии умеренного сопутствующего нефросклероза на 4-е сутки послеоперационного периода начались рвота, апатия, понос; жажда отсутствовала. Уровень натрия плазмы и гематокрит снижены, объем эритроцитов увеличен, диурез уменьшен. Срочными лечебными мероприятиями, показанными данному больному являются: 1. внутривенное введение 5,8- р-ра хлористого натрия; 2. внутривенное введение хлористого калия; 3. активное лечение глюкокортикоидами; 4. внутривенное введение салуретиков; 5. внутривенное введение маннитола.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

145. У больного следующие биохимические показатели: натрий плазмы -140 ммоль/л; глucose крови - 6 ммоль/л; мочевины крови - 8 ммоль/л. Осмолярность плазмы данного больного, рассчитанная по приведенным показателям равна: 1. 196 мосм/л; 2. 306 мосм/л; 3. 312 мосм/л; 4. 294 мосм/л; 5. более 350 мосм/л.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

146. Больной после резекции желудка жалуется на сильную жажду. Отмечена сухость языка и слизистой оболочки рта без сухости и снижения тургора кожи. Тошнота и рвота отсутствуют. Показатели гемодинамики не нарушены. Гематокрит и концентрация плазменного белка нормальны. Проводилась интенсивная терапия хлоридом и гидрокарбонатом натрия. Нарушения водного обмена заключаются в развитии: 1. внеклеточной дегидратации; 2. внеклеточная гипергидратация; 3. клеточная гипергидратация; 4. клеточная дегидратация.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

147. Больному при наличии сопутствующего хронического нефрита с нарушением выделительной функции почек в послеоперационном периоде после резекции желудка осуществляется вливание 5% раствора глюкозы. К концу вторых суток лечения больной стал жаловаться на головные боли, появилась сонливость, несколько раз была рвота. Слизистые оболочки влажные, АД нормальное. У больного имеется клиническая картина нарушений водного обмена характерная для: 1. внеклеточной дегидратации; 2. внеклеточной гипергидратации; 3. клеточной дегидратации; 4. клеточной гипергидратации.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

148. У больного с гипертонической общей дегидратацией концентрация натрия в плазме составила 154 ммоль/л. Руководствуясь только этим показателем больному необходимо введение кристаллоидных растворов для устранения дефицита воды приблизительно в объеме: 1. 1 литр; 2. 1,5 литра; 3. 2 литра; 4. 3 литра; 5. 4-5 литров.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

149. У больного массой тела в 70 кг имеет место тяжелая гипертоническая дегидратация со сгущением крови и повышением концентрации натрия плазмы до 175 ммоль/л. Дефицит воды в организме при этом составит: 1. 5-6 л; 2. 4,5-5 л; 3. 8-4,2 л; 4. 3,2 л; 5. 2,5-2,8 л.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

150. У больного с массой тела в 70 кг имела место значительная потеря жидкости без признаков кровотечения, что привело к дегидратации и повышению гематокрита до 60%. Дефицит воды в организме приблизительно составляет: 1. 1,5-2 л; 2. 2-2,5 л; 3. 3-3,5 л; 4. 4,2-4,6 л; 5. 5,5-6 л.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

151. В реаниматологической практике приходится встречаться с так называемыми гипоонкотическими отеками, т.е. с отеками, обусловленными снижением концентрации белков плазмы. Для распознавания данного вида отека необходимо знать предельный уровень концентрации белков плазмы, ниже которого ткани начинают отекать. Гипоонкотические отеки появляются при концентрации белков плазмы: 1. 10-20 г/л; 2. 25-30 г/л; 3. 35-40 г/л; 4. ниже 50 г/л; 5. ниже 70 г/л.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

152. У больного диагностирован метаболический ацидоз. В плазме констатировано появление оксимасляной кислоты. Это может иметь место при: 1. почечной недостаточности; 2. голодании; 3. хроническом колите; 4. прекомаатозном состоянии, вызванном сахарным диабетом; 5. отравлении алкоголем.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

153. В процессе наркоза и искусственной вентиляции легких по полузакрытому способу у больного появилась артериальная гипертензия и тахикардия, а также расширение зрачков с утратой реакции на свет, повышенная потливость, застойно-красный цвет лица. Цианоза нет. Величина минутного объема легочной вентиляции, давление на вдохе, разрежение на выдохе находятся в допустимых пределах. Ошибка, допущенная анестезиологом-реаниматологом вероятнее всего заключается в том, что: 1. недостаточен поток кислорода через дозиметр; 2. произошло сдавление гофрированного шланга; 3. произошел перегиб интубационной трубки; 4. абсорбер не заполнен поглотителем углекислоты или поглотитель не годный; 5. произошла разгерметизация наркозного аппарата.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

154. При исследовании кислотно-основного состояния крови обнаружено: $pH = 7,55$; $PaCO_2 = 44$ мм рт. ст.; $PaO_2 = 75$ мм рт. ст.; $BE = 7$ ммоль/л. Нарушения КОС можно характеризовать как: 1. субкомпенсированный метаболический ацидоз; 2. декомпенсированный респираторный алкалоз; 3. декомпенсированный респираторный ацидоз; 4. декомпенсированный метаболический алкалоз; 5. компенсированный респираторный ацидоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

155. При исследовании ионограммы плазмы установлено: калий - 2,9 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л; магний - 0,8 ммоль/л; кальций - 1,6 ммоль/л. Такой электролитный состав может привести к следующим нарушениям в кислотно-основном состоянии: 1. изменений не будет; 2. респираторному ацидозу; 3. респираторному алкалозу; 4. метаболическому алкалозу;

5 метаболическому ацидозу.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

156. У больного диагностирована тяжелая степень декомпенсированного респираторного ацидоза. Больному необходимы следующие лечебные мероприятия: 1. проведение искусственной вентиляции легких; 2. капельное введение 5% раствора гидрокарбоната натрия; 3. синхронное вспомогательное дыхание; 4. ингаляция кислорода; 5. введение кордиамина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

157. При динамическом исследовании уровня электролитов плазмы обнаружено увеличение концентрации натрия по сравнению с концентрацией хлора. При этом может иметь место сдвиг кислотно-основного состояния в виде развития: 1. метаболического ацидоза; 2. компенсаторного респираторного алкалоза; 3. отсутствия каких-либо новых нарушений; 4. метаболического алкалоза.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

158. При исследовании КОС получено снижение ниже нормы всех основных показателей (рН, ВЕ, РаСО₂, РаО₂). Данный вид нарушений можно характеризовать как развитие: 1. компенсированного респираторного ацидоза; 2. компенсированного метаболического алкалоза; 3. компенсированного метаболического ацидоза; 4. декомпенсированного метаболического ацидоза; 5. субкомпенсированного метаболического ацидоза.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

159. Нарушение КОС в условиях сокращенного дыхания при показателях: $pH = 7,34$; $PaCO_2 = 29$ мм рт.ст.; $PaO_2 = 98$ мм рт.ст.; $BE = -6,4$ ммоль/л можно характеризовать как: 1. компенсированный респираторный ацидоз; 2. субкомпенсированный метаболический алкалоз; 3. декомпенсированный метаболический алкалоз; 4. компенсированный метаболический ацидоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

160. Для коррекции метаболического ацидоза у больного с массой тела 80 кг при $BE = -8$ ммоль/л решено использовать 3,66% раствор трисамина. Следует ввести данного раствора: 1. 50-100 мл; 2. 100-200 мл; 3. 300-400 мл; 4. 500-600 мл; 5. 700-1000 мл.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

161. У беременных к 3-му триместру при нормально протекающей беременности развиваются изменения КОС в виде: 1. субкомпенсированного метаболического алкалоза; 2. субкомпенсированного респираторного алкалоза с дефицитом оснований; 3. декомпенсированного метаболического ацидоза; 4. компенсированного метаболического ацидоза; 5. компенсированного метаболического алкалоза.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

162. У больной, страдающей бронхиальной астмой возникла гиперкапническая форма астматического состояния. Определены следующие показатели КОС: $pH = 7,21$; $PaCO_2 = 58$ ммрт. ст., $PaO_2 = 63$ мм рт. ст.; $BE = -5$ ммоль/л. Нарушения КОС можно характеризовать как: 1. метаболический алкалоз; 2. декомпенсированный метаболический ацидоз; 3. декомпенсированный респираторный ацидоз; 4. сочетание газового и негазового декомпенсированного ацидоза; 5. метаболический алкалоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

163. У больной, страдающей бронхиальной астмой возникла гиперкапническая форма астматического состояния. Определены следующие показатели КОС: $pH = 7,21$; $PaCO_2 =$

58 мм рт. ст., $P_{aO_2} = 63$ мм рт. ст.; $BE = -5$ ммоль/л. В комплексе лечения (на фоне контролируемой вентиляции) целесообразно применять при инфузионной терапии для коррекции КОС: 1. 5% раствор гидрокарбоната натрия; 2. раствор Гартмана; 3. сорбамин; 4. 3,6% раствор трисамина; 5. 5% глюкозу.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

164. У больного с массой тела 80 кг диагностирован метаболический ацидоз с величиной BE равной 12 ммоль/л. Примерный объем 5% раствора гидрокарбоната натрия для нормализации кислотно-основного состояния составит: 1. 60-70 мл; 2. 120-150 мл; 3. 240-250 мл; 4. 480-500 мл; 5. 700-750 мл.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

165. У больного диагностирован метаболический алкалоз. Из представленных средств препаратом выбора можно назвать: 1. полиглюкин; 2. маннитол; 3. фуросемид; 4. диакарб; 5. этакриновая кислота (урегит).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

166. У больного в послеоперационном периоде развились парез кишечника и атония мочевого пузыря. Антихолинэстеразные средства малоэффективны. Такая клиническая картина характерна для: 1. гипернатриемии; 2. гипонатриемии; 3. гипокалиемии; 4. гиперкалиемии; 5. гипогликемии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

167. При лечении родильницы в первые дни после родов, сопровождавшихся массивной кровопотерей можно ожидать изменения концентрации калия в плазме в виде: 1. отмечается плазменная гиперкалиемия; 2. концентрация калия не меняется; 3. гиперкалиемия сменяется гипокалиемией; 4. отмечается плазменная гипокалиемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

168. Больному с массой тела 60 кг проводится полное парентеральное питание. Содержание калия в плазме - 3,2 ммоль/л, в эритроцитах - 99 ммоль/л. Сколько следует ввести калия больному для устранения его дефицита в организме в течение предстоящих суток?: 1. 90-100 ммоль; 2. 130-150 ммоль; 3. 300-310 ммоль; 4. 360-370 ммоль; 5. 450-500 ммоль.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

169. У больного на ЭКГ выявляется высокий зубец Т с узким основанием, уширение комплекса QRS, исчезновение зубца Р. Подобные изменения могут возникнуть при нарушениях водно-электролитного баланса и характерны для: 1. гипокалиемии плазмы; 2. гипернатриемии плазмы; 3. гипонатриемии плазмы; 4. гиперкалиемии плазмы.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

170. У больного на ЭКГ выявляется: увеличение интервалов PQ и ST, повышение зубца Р, уплощение зубца Х, снижение сегмента ST, появление признаков атриовентрикулярной блокады. Подобные изменения могут возникнуть при нарушениях водно-электролитного баланса и характерны для недостатка: 1. натрия; 2. магния; 3. фосфора; 4. калия; 5. цинка.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

171. Внезапная остановка сердца может наступить при повышении концентрации калия в плазме до: 1. 7,0 ммоль/л; 2. 9,0 ммоль/л; 3. 10,0 ммоль/л; 4. 13,0 ммоль/л; 5. 17,0 ммоль/л.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

172. Из экспресс-диагностической лаборатории получен ответ, касающийся концентрации в плазме крови натрия и калия: 142 ммоль/л и 5 ммоль/л. Если в качестве единицы измерения желательнее иметь величины в миллиэквивалентах, то они соответственно составят: 1. 71 мЭкв/л и 2,5 мЭкв/л; 2. 284 мЭкв/л и 10 мЭкв/л; 3. для концентрации натрия и калия показатель "мЭкв/л" неприемлем; 4. 142 мЭкв/л и 5 мЭкв/л; 5. 426 мЭкв/л и 15 мЭкв/л.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

173. При лечении острого панкреатита для профилактики развития судорожного синдрома наиболее важно проведение коррекции содержания в крови: 1. калия; 2. натрия; 3. цинка; 4. кальция; 5. хлора.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

174. При введении антибиотика из группы аминогликозидов у больного возникла картина нервно-мышечной блокады. Для лечения следует ввести: 1. прозерин; 2. хлорид калия; 3. сернокислую магнезию; 4. хлорид кальция; 5. метацин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

175. У больного выявлена гипокальциемия. При этом можно ожидать изменений в процессе свертывания крови на уровне: 1. перехода фибриногена в фибрин; 2. активации тканевого тромбопластина; 3. активация плазменного тромбопластина; 4. перехода протромбина в тромбин; 5. образования тромбоцитов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

176. У больного возникла дыхательная недостаточность на фоне лечения неомицином. Для восстановления тонуса и функции дыхательной мускулатуры показано введение: 1. прозерина; 2. галантамина; 3. атропина; 4. хлористого кальция; 5. комплекса перечисленных препаратов.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

177. После операции струмэктомии у больного стали отмечаться систематические судороги мимической мускулатуры. Больному следует применить для лечения: 1.

форсированный диурез; 2. гемосорбцию; 3. регидратацию; 4. введение хлорида кальция; 5. введение прозерина.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

178. Больному хроническим неспецифическим язвенным колитом проведена дегидратация салуретиком в связи с сопутствующим заболеванием сердца. Ночной сон больного в ближайшую ночь был нарушен судорогами в икроножных мышцах. Их вероятной причиной могла быть: 1. гипокалиемия; 2. гипوماгнемия; 3. сгущение крови; 4. гипокальциемия; 5. метаболический ацидоз.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

179. В результате передозировки сердечных гликозидов развились тахикардия и тахиаритмия. Для лечения целесообразно использовать: 1. хлористый кальций; 2. глюконат кальция; 3. хинидин; 4. анаприлин (обзидан).

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

180. Возникла необходимость очистить кишечник больному с признаками почечной недостаточности. Из слабительных средств допустимо применять при такой патологии: 1. касторовое масло; 2. фенолфталеин; 3. кора крушины; 4. сульфат магния.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

181. При исследовании плазмы получены следующие результаты: калий - 4,3 ммоль/л; натрий - 120 ммоль/л; кальций - 2, 3 ммоль/л; магний - 0,9 ммоль/л. У данного больного имеет место: 1. гиперкалиемия; 2. гиперкальциемия; 3. гипокальциемия; 4. гипонатриемия; 5. нормальная ионограмма.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

182. Больной длительно лечился верошпироном в относительно высоких дозах. В процессе лечения развились головокружение, общая слабость, сонливость, тошнота. Такой синдром может возникнуть вследствие: 1. гипернатриемии; 2. гипокалиемии; 3. внутриклеточной гипергидратации; 4. плазменной гиперкалиемии с гипонатриемией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

183. При значительных потерях хлора при многократной рвоте может произойти сдвиг кислотно-основного состояния, заключающийся в развитии: 1. респираторного ацидоза; 2. респираторного алкалоза; 3. метаболического ацидоза; 4. метаболического алкалоза.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

184. В функционировании т.н. натриевого насоса существенную роль играют специфические ферментативные системы. При этом ведущая роль принадлежит: 1. карбоангидразе; 2. лактатдегидрогеназе; 3. креатинфосфокиназе; 4. аденозинтрифосфатазе.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

185. Контрпульсация достигается введением баллончика в брюшной отдел аорты и раздуванием его: 1. во время систолы желудочков; 2. во время диастолы желудочков; 3. во время диастолы предсердий; 4. во время систолы предсердий.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

186. Метод контрпульсации позволяет: 1. улучшить коронарный кровоток; 2. улучшить кровоснабжение мозга; 3. стабилизировать сердечный выброс; 4. улучшить микроциркуляцию; 5. улучшить работу левого желудочка.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

187. При проведении контрпульсации: 1. может произойти травмирование форменных элементов крови, гемолиз; 2. достигается увеличение сердечного выброса; 3. может развиваться коагулопатия; 4. улучшаются дыхательные функции легких.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

188. При тромбоэмболии из легочной артерии целесообразно применить для анестезии: 1. НЛА, закись азота, кислород; 2. фторотан, закись азота, кислород; 3. калипсо, закись азота, кислород; 4. ГОМК; 5. наркоз барбитуратами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

189. Электрическая кардиоверсия показана: 1. при фибрилляции желудочков; 2. при желудочковой тахикардии; 3. при суправентрикулярной тахикардии; 4. при передозировке гликозидов; 5. при нарушениях ритма сердца, вызванных гиперкалиемией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

190. Имплантация искусственного водителя ритма показана: 1. при атриовентрикулярной блокаде III степени; 2. при полной атриовентрикулярной блокаде; 3. при слабости синусового узла; 4. при брадикардии, причиной которой является интоксикация гликозидами.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

191. При фибрилляции желудочков необходимо: 1. перевести мелковолновую в крупноволновую; 2. ввести препараты панангина; 3. провести кардиоверсию; 4. ввести лидокаин; 5. ввести препараты дигиталиса.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

192. При развитии полной атриовентрикулярной блокады следует: 1. ввести атропин; 2. ввести адреналин; 3. произвести наружную электрическую стимуляцию; 4. ввести алуpent; 5. ввести строфантин.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

193. После операции на "открытом" сердце наиболее частыми осложнениями являются: 1. гемолиз; 2. нарушение ритма; 3. нарушения свертываемости крови; 4. развитие постперфузионного синдрома.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

194. При нарушении сократительной функции левого желудочка необходимо: 1. введения сердечных гликозидов; 2. применения катехоламинов; 3. применения селективной гипотензии малого круга; 4. применения фуросемида.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

195. Сердечные гликозиды при мерцательной аритмии применяют с целью: 1. купировать фибрилляцию предсердий; 2. мерцание перевести в трепетание; 3. поддержать автоматизм желудочков; 4. замедлить проведение импульсов в атриовентрикулярном узле.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

196. Возникновение дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде после оперативных вмешательств на открытом сердце может быть связано с: 1. массивной гемотрансфузией во время операции; 2. массивной кровопотерей во время операции; 3. выраженным болевым синдромом; 4. развитием интерстициального отека легких; 5. накоплением жидкости в плевральной полости.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
 д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

197. Для коррекции артериальной гипоксемии в послеоперационном периоде показано применение: 1. ингаляции 50% кислорода; 2. ВИВЛ; 3. бронходилататоров; 4. препаратов, разжижающих мокроту.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 б) если правильны ответы 1 и 3;
 в) если правильны ответы 2 и 4;
 г) если правильный ответ 4;
 д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 или 1, 2, 3 и 4.

ОТВЕТЫ

Раздел 1. Смежные дисциплины

1. Г	32. Б	63. Г	94. А	125. Б	156. Д
2. Б	33. Г	64. В	95. А	126. А	157. Г
3. В	34. В	65. А	96. Г	127. А	158. Г
4. Г	35. Д	66. А	97. Д	128. А	159. Д
5. Б	36. Д	67. В	98. Д	129. Д	160. Д
6. Б	37. А	68. Д	99. А	130. А	161. А
7. Д	38. А	69. В	100. А	131. Б	162. А
8. В	39. Д	70. А	101. Б	132. Д	163. А
9. Б	40. В	71. Д	102. Б	133. А	164. В
10. Д	41. Г	72. Г	103. Б	134. Д	165. Г
11. Д	42. Г	73. Б	104. В	135. А	166. Г
12. В	43. А	74. Д	105. В	136. Г	167. А
13. Г	44. Г	75. Д	106. Д	137. А	168. Г
14. Д	45. А	76. Д	107. А	138. А	169. Д
15. А	46. Д	77. А	108. А	139. В	170. Д
16. А	47. А	78. А	109. А	140. Д	171. А
17. В	48. Д	79. А	110. Д	141. А	172. Г
18. Б	49. А	80. А	111. А	142. Г	173. Г
19. Д	50. Г	81. Д	112. А	143. Д	174. Г
20. Г	51. В	82. Г	113. Д	144. А	175. Г
21. Г	52. А	83. А	114. А	145. А	176. Г
22. Б	53. А	84. А	115. Г	146. В	177. Г

23. А	54. Б	85. А	116. Д	147. Д	178. Г
24. А	55. Г	86. Д	117. Б	148. А	179. Д
25. А	56. А	87. Д	118. А	149. А	180. Г
26. Б	57. Г	88. В	119. А	150. А	181. Д
27. Б	58. Б	89. Д	120. А	151. А	182. Г
28. Д	59. Д	90. Д	121. Д	152. А	183. Г
29. Д	60. А	91. А	122. А	153. Д	184. Г
30. Д	61. А	92. А	123. Г	154. Г	185. Г
31. А	62. Г	93. Д	124. А	155. А	

Раздел 2. Скорая медицинская помощь

1. Г	24. Д	47. Г	70. В	93. Г
2. Г	25. Д	48. А	71. Б	94. Б
3. Д	26. Г	49. Г	72. В	95. Г
4. Б	27. А	50. А	73. Г	96. Г
5. Б	28. Д	51. В	74. Г	97. Г
6. Б	29. Б	52. Д	75. Г	98. Б
7. А	30. Г	53. Г	76. Г	99. Г
8. Г	31. Д	54. А	77. Г	100. Г
9. В	32. Д	55. Д	78. Г	101. Г
10. Б	33. Д	56. Д	79. Г	102. Г
11. Г	34. А	57. Д	80. Г	103. Г
12. Д	35. А	58. Д	81. Г	104. Г
13. А	36. Д	59. А	82. Г	105. Г
14. Г	37. А	60. В	83. Г	106. А
15. Б	38. Д	61. А	84. Г	107. Д
16. А	39. Б	62. В	85. Г	108. А
17. Д	40. Д	63. А	86. Г	109. А
18. Г	41. Г	64. Б	87. Г	110. Б
19. В	42. Г	65. А	88. Д	111. Д
20. Д	43. Д	66. Г	89. Г	112. Д
21. Д	44. Г	67. Д	90. А	113. Г
22. А	45. А	68. Б	91. Д	114. Б

23. В	46. Г	69. Д	92. В	115. В
-------	-------	-------	-------	--------

Раздел 3. Анестезиология и реаниматология

1. А	30. Б	59. А	88. Г	117. Г	146. Д
2. А	31. Г	60. Г	89. А	118. Г	147. В
3. А	32. А	61. А	90. Г	119. Г	148. Г
4. А	33. Д	62. А	91. Г	120. А	149. А
5. Д	34. А	63. Б	92. А	121. Г	150. А
6. В	35. Б	64. А	93. А	122. Г	151. Б
7. Г	36. А	65. В	94. А	123. В	152. В
8. Г	37. А	66. А	95. Д	124. А	153. Д
9. В	38. В	67. А	96. Г	125. Г	154. Д
10. Б	39. Д	68. А	97. Д	126. Д	155. В
11. Д	40. А	69. Б	98. Г	127. Г	156. А
12. Д	41. Г	70. А	99. А	128. Г	157. А
13. Д	42. Г	71. В	100. Г	129. Г	158. А
14. А	43. А	72. Д	101. Б	130. А	159. А
15. А	44. Б	73. Д	102. Д	131. А	160. А
16. Д	45. Г	74. Г	103. А	132. Б	161. А
17. Б	46. Б	75. Б	104. А	133. А	162. Д
18. А	47. Д	76. А	105. Б	134. А	163. А
19. В	48. А	77. Д	106. А	135. А	164. А
20. А	49. А	78. Д	107. Д	136. Г	165. Д
21. Б	50. В	79. В	108. Д	137. Г	166. Г
22. Г	51. А	80. А	109. В	138. Г	167. Г
23. А	52. Г	81. А	110. Г	139. Г	168. А
24. Д	53. В	82. А	111. Б	140. Д	169. А
25. Д	54. Г	83. А	112. А	141. В	170. В
26. Д	55. Б	84. Б	113. Д	142. Г	171. Д
27. А	56. Д	85. Д	114. А	143. В	172. А
28. А	57. Д	86. Г	115. А	144. Б	

29. А	58. А	87. В	116. А	145. В	
-------	-------	-------	--------	--------	--

Раздел 4. Интенсивная терапия и реаниматология

1. Г	34. В	67. А	100. В	133. Б	166. Б
2. А	35. В	68. А	101. А	134. В	167. Г
3. Д	36. Г	69. Д	102. А	135. Б	168. Г
4. Д	37. А	70. Д	103. А	136. Б	169. Г
5. В	38. Д	71. А	104. Д	137. Д	170. Г
6. А	39. Б	72. А	105. А	138. А	171. Г
7. А	40. Д	73. А	106. А	139. Г	172. Г
8. Г	41. В	74. В	107. Б	140. Г	173. Г
9. В	42. А	75. Д	108. В	141. Г	174. Г
10. А	43. В	76. Б	109. Д	142. Г	175. Г
11. А	44. Д	77. А	110. Д	143. В	176. Д
12. Д	45. Д	78. В	111. А	144. Б	177. Г
13. Д	46. Б	79. Г	112. В	145. Г	178. В
14. Д	47. Г	80. Б	113. Г	146. Г	179. Г
15. А	48. Б	81. А	114. В	147. В	180. А
16. В	49. Д	82. Д	115. А	148. Г	181. Г
17. А	50. Г	83. Б	116. А	149. Г	182. Г
18. Д	51. Д	84. А	117. Г	150. Г	183. Г
19. Д	52. Д	85. Г	118. А	151. Г	184. Г
20. Д	53. Д	86. А	119. Г	152. Г	185. В
21. Г	54. А	87. Д	120. Д	153. Г	186. А
22. А	55. Д	88. Б	121. Г	154. Г	187. Д
23. А	56. А	89. Д	122. Д	155. Г	188. Б
24. Б	57. А	90. Б	123. Г	156. Б	189. А
25. Д	58. Г	91. А	124. А	157. Г	190. Д
26. А	59. В	92. Д	125. Д	158. Г	191. А
27. Д	60. Б	93. А	126. Б	159. Г	192. А
28. А	61. Д	94. Г	127. Г	160. Г	193. Д

29. Д	62. Д	95. Д	128. А	161. Г	194. В
30. А	63. Д	96. А	129. А	162. Г	195. Г
31. А	64. А	97. А	130. Д	163. Г	196. Д
32. В	65. А	98. Д	131. Г	164. Г	197. Д
33. Б	66. Г	99. Г	132. Д	165. Г	

*Протокол дополнений и изменений к ФОС «Промежуточная аттестация по дисциплинам» по специальности 31.08.04 «Скорая медицинская помощь» на 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи № 1 от 28.08.2023.

***Фонд оценочных средств (ФОС)
для рубежного и текущего контроля успеваемости**

1. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

Для текущего контроля успеваемости, в том числе для контроля самостоятельной работы студентов используются задания в тестовой форме и ситуационные задачи.

А) Тестовые задания:

Критерии оценки:

Оценка «отлично» - правильные ответы на все задания (10),

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

Выберите один правильный ответ:

001. Критерии фибрилляции предсердий по данным электрокардиограммы (далее - ЭКГ):

а) На ЭКГ отсутствуют волны Р и регистрируются волны f различной амплитуды и продолжительности, частота желудочкового ритма (QRS) нерегулярная и зависит от пропускной способности АВ узла или регулярная, если имеется полная АВ блокада.

б) На ЭКГ регистрируются волны Р и комплексы QRS, каждый в своем ритме. Предсердный ритм по частоте выше, чем желудочковый.

в) На ЭКГ отсутствуют волны Р и регистрируются волны F регулярные с частотой 300 в минуту, частота желудочкового ритма (QRS) нерегулярная и зависит от пропускной способности АВ узла или регулярная, если имеется полная АВ блокада.

г) На ЭКГ регистрируется регулярный желудочковый ритм с частотой 170 в минуту, комплексы QRS широкие, имеются сливные комплексы.

д) На ЭКГ регистрируются регулярные зубцы Р (положительные во II, III, AVF и отрицательные в отведении AVR), с частотой 75 в минуту, за каждым зубцом Р следует комплекс QRS. Интервал PQ(R) 0,20 с.

002. Диагноз "пароксизмальная форма фибрилляции предсердий" ставится, если:

а) Фибрилляция предсердий существует длительно, кардиоверсия неэффективна или не проводилась или когда больной и врач "смирились" с сохраняющейся аритмией.

б) Продолжительность эпизода фибрилляции предсердий более 7 дней или существует необходимость в фармакологической или электрической кардиоверсии.

в) У пациента было 2 и более приступов фибрилляции предсердий.

г) Приступ фибрилляции предсердий длится менее 7 дней, в большинстве случаев менее 24 часов, купируется самостоятельно.

д) У пациента было 3 и более приступов фибрилляции предсердий.

003. Тактика оказания АиР медицинской помощи при ущемленной грыже:

а) Попытка вправить грыжу, введение спазмолитиков, обезболивание.

б) Доставка пациента в профильный стационар, не вводить спазмолитики, не обезболивать.

в) Не вводить спазмолитики, не обезболивать, консультация врача-хирурга поликлиники.

г) Доставка пациента в профильный стационар при нарастании болей в животе.

004. Перечислите основные симптомы, характерные для острого холецистита:

- а) Ортнера, Мэрфи, Кера, Мюсси.
- б) Ортнера, Курвуазье, Кера, Щеткина-Блюмберга.
- в) Мэрфи, Керте, Ортнера, Мейо-Робсона.
- г) Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Кера, Ровзинга.

005. Причиной механической желтухи чаще всего является:

- а) Гиперспленизм.
- б) Цирроз печени.
- в) Отравление гемолитическими ядами.
- г) Холедохолитиаз.

006. Какие переломы называют осложненными?

- а) Переломы с выраженной костной деформацией.
- б) Переломы, сопровождающиеся повреждением магистральных сосудов и нервов, повреждением органов, открытые.
- в) Переломы, сопровождающиеся разрывом мышц и связок.
- г) Оскольчатые переломы.

007. Выберите правильный порядок мероприятий при оказании АиР помощи пострадавшему с открытым переломом бедра:

- а) Обезболивание, наложение асептической повязки, иммобилизация, медицинская эвакуация в профильный стационар.

б) Оценка травматогенеза со слов пострадавшего, иммобилизация, медицинская эвакуация в профильный стационар.

в) Контроль артериального давления, остановка кровотечения, введение плазмозамещающих растворов, иммобилизация.

г) Наложение давящей повязки, обезболивание, медицинская эвакуация в профильный стационар.

008. Методом транспортной иммобилизации при переломах костей таза являются:

а) Фиксация на щите во всех отделах туловища и конечностей.

б) Транспортировка в полусидячем положении.

в) Транспортировка на щите в позе "лягушки".

г) Применение шин Крамера.

009. В отличие от взрослых у детей при стандартной сердечно-легочной реанимации нет необходимости в:

а) Нанесении прекардиальных ударов.

б) Разгибании головы.

в) Введении атропина.

г) Введении натрия гидрокарбоната.

010. Для синдрома Лайелла у детей характерны следующие признаки, кроме:

а) Геморрагии.

б) Симптома Никольского.

в) Отслойки эпидермиса.

г) Симптома Хвостека.

011. В терапию стеноза гортани у детей спазмолитики включают:

- а) Вообще не включают.
- б) При отечно-инфильтративной форме.
- в) При обтурационной форме.
- г) При спазмофилии.

012. Определение пиковой скорости выдоха пикфлоуметром необходимо при оказании АиР помощи при приступе бронхиальной астмы для:

- а) Определения минутного объема вентиляции.
- б) Определения частоты дыхания.
- в) Оценки эффективности бронхолитической терапии.
- г) Определения дыхательного объема.

013. Признаками "бледной" лихорадки являются:

- а) Холодные конечности, бледность.
- б) Хорошая теплоотдача.
- в) Отсутствие значительной тахикардии.
- г) Теплый и влажный кожный покров.

014. Основная причина дыхательной недостаточности при ботулизме:

- а) Угнетение дыхательного центра.
- б) Токсический отек легких.
- в) Паралич дыхательной мускулатуры.
- г) Аспирация рвотных масс.

015. Наиболее частая причина кровотечения в раннем послеродовом периоде:

- а) Гипотония матки.

- б) Повышение температуры в родах.
- в) Разрыв шейки матки.
- г) Остатки плацентарной ткани.

016. Скорая медицинская помощь при остром нарушении кровообращения в центральной артерии сетчатки:

- а) Все нижеперечисленное верно.
- б) Полезен массаж глазного яблока.
- в) Назначаются сосудорасширяющие средства.
- г) Эффективна в первые 40-60 мин.

017. Наиболее частая причина острой задержки мочи у мужчин старше 60 лет:

- а) Острый уретрит.
- б) Почечная колика.
- в) Аденома простаты.
- г) Острый пиелонефрит.

018. С какого раствора нужно начать инфузионную терапию больному только что пострадавшему от ожогов?

- а) Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид].
- б) Декстран.
- в) 0,125% раствор прокаина.
- г) Раствор декстрозы.

019. У больного эпилептический статус. Какие лекарственные препараты нужно назначить:

- а) Диазепам, метамизол натрия, декстроза.

- б) Фуросемид, диазепам, декстроза.
- в) Магния сульфат внутримышечно, декстроза 40% внутривенно.
- г) Фуросемид, магния сульфат, метамизол натрия.

020. Длительность "терапевтического окна" при ишемическом инсульте:

- а) 6 часов.
- б) 12 часов.
- в) Первые 2 часа от момента заболевания.
- г) Первые сутки от момента заболевания.

Ответы на тестовые задания

Ответы на тестовые задания

№ вопроса	ответ
1	А
2	В
3	Б
4	А
5	Г
6	Б
7	А
8	В
9	А
10	В
11	А
12	В
13	А
14	В

15	А
16	В
17	А
18	А
19	Б
20	А

1. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ - ЭТО ХАРАКТЕРИСТИКА, ОТРАЖАЮЩАЯ

1. степень соответствия медицинской помощи заранее установленным критериям и стандартам

2. возможности МО в использовании медицинских технологий

3. состояние здоровья населения

4. показатели работы МО

5. ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА - ЭТО

1. состояние полного физического, духовного и социального благополучия

2. состояние, при котором отсутствуют болезни, ограничивающие трудоспособность

3. состояние активной деятельности при наличии минимальных функциональных

нарушений

4. состояние активной трудоспособности

6. ВАЛЕОЛОГИЯ - ЭТО НАУКА

1. об индивидуальном здоровье

2. о коллективном здоровье

3. о морали

4. о гигиеническом воспитании

7. САНОЛОГИЯ - ЭТО НАУКА

1. об общественном здоровье

2. о лечебном питании

3. о здоровье

4. о долге

8. ЗНАЧЕНИЕ ТЕРМИНА «ДЕОНТОЛОГИЯ»

1. совокупность профессиональных правил поведения

2. завоевание социального доверия личности

3. обязательства перед преподавателями, коллегами, учениками

4. исполнение законодательства

9. УЧЕНИЕ О МОРАЛИ И

ПРАВСТВЕННОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА - ЭТО

1. сестринский процесс

2. медицинская этика

3. медицинский этикет

4. медицинская деонтология

10. НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ГДЕ

ЗАКОНОДАТЕЛЬНО ЗАКРЕПЛЕНЫ ПРАВА

ПАЦИЕНТА

1. Уголовный кодекс

2. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
3. Конституция РФ
4. Трудовой кодекс

11. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ РЕЖИМОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ

1. комплекс мероприятий направленный на уничтожение болезнетворных микроорганизмов в окружающей среде
2. меры предосторожности при работе с пациентами в медицинских организациях
3. комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения, распространения и ликвидацию инфекционных заболеваний, связанных с оказанием медицинской помощи
4. регулярный контроль выполнения требований асептики и антисептики

12. ДЕЙСТВУЮЩИЙ НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Трудовой кодекс Российской Федерации
2. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

3. Конституция Российской Федерации
4. Этический Кодекс

13. К ИНФЕКЦИЯМ, СВЯЗАННЫМ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП), ОТНОСЯТ

1. любое инфекционное заболевание, возникшее в стационаре
2. любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, с которым пациент поступил в стационар
3. любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание или осложнение, у пациентов или медицинских работников, связанное с оказанием любых видов медицинской помощи

4. инфекцию, передающуюся половым путем

14. АСЕПТИКА - ЭТО

1. комплекс мероприятий, предупреждающих попадание микробов в рану
2. комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране
3. уничтожение болезнетворных микробов
4. уничтожение всего живого

15. АНТИСЕПТИКА - ЭТО

1. комплекс мероприятий, предупреждающих попадание микробов в рану
2. уничтожение болезнетворных микробов
3. комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране, организме
4. мероприятия по обеззараживанию помещений

16. ДОКУМЕНТ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ СТЕРИЛИЗАЦИЮ И ДЕЗИНФЕКЦИЮ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

1. приказ № 342
2. ОСТ 42-21-2-85
3. приказ № 408
4. приказ № 177

17. УНИЧТОЖЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ И УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕЛЬЮ

1. дезинфекции
2. дезинсекции
3. дератизации
4. стерилизации

18. ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОЧИСТКА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

1. дезинфекции использованных инструментов
2. удаления белковых загрязнений с инструментов
3. удаления с использованных инструментов белковых, жировых и иных загрязнений, остатков лекарственных препаратов
4. нейтрализации лекарственных средств

19. УНИЧТОЖЕНИЕ НА ИЗДЕЛИЯХ ИЛИ В ИЗДЕЛИЯХ МИКРООРГАНИЗМОВ ВСЕХ ВИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ СПОРОВЫХ ФОРМ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕЛЬЮ

1. стерилизации
2. дезинфекции
3. дезинсекции
4. дератизации

20. ЭТАПЫ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ, КОТОРЫЕ МОЖНО СОВМЕЩАТЬ

1. дезинфекция и стерилизация
2. дезинфекция и предстерилизационная очистка
3. предстерилизационная очистка и стерилизация
4. этапы в любой комбинации

21. ДЕЗИНФЕКЦИЯ, ПРОВОДИМАЯ В ОЧАГЕ В ПРИСУТСТВИИ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. текущая
2. заключительная
3. физическая
4. профилактическая

22. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОВОДЯТ ДЕЗИНФЕКЦИЮ

1. профилактическую
2. очаговую
3. текущую
4. заключительную

23. ДЕЗИНФЕКЦИЯ, ПРОВОДИМАЯ В ОЧАГЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИЗ НЕГО ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ

1. очаговая
2. заключительная
3. профилактическая
4. текущая

24. АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ

1. давление, которое образуется в артериальной системе организма при сокращениях сердца

2. давление, которое образуется в артериальной системе организма при сокращениях сердца и зависит от сложной нервно-гуморальной регуляции, величины и скорости сердечного выброса, частоты и ритма сердечных сокращений и сосудистого тонуса

3. величина и скорость сердечного выброса
4. частота и ритм сердечных сокращений

25. НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ - ЭТО ... (ММ РТ. СТ.)

1. артериальное давление менее 110/60
2. артериальное давление менее 115/65
3. артериальное давление менее 140/90
4. артериальное давление менее 160/75

26. СИСТОЛИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ

1. давление, поддерживаемое в артериях благодаря их тонусу во время расслабления желудочков сердца

2. разница между систолическим и диастолическим давлением

3. артериальное давление, возникающее в момент максимального подъема пульсовой волны после сокращения желудочков сердца

4. сумма систолического и диастолического давления

27. ДИАСТОЛИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ

1. артериальное давление, возникающее в момент максимального подъема пульсовой волны после сокращения желудочков сердца

2. разница между систолическим и диастолическим давлением

3. давление, поддерживаемое в артериях благодаря их тонусу во время расслабления желудочков сердца

4. сумма систолического и диастолического давления

28. ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. сумму систолического и диастолического давления
2. разницу между систолическим и диастолическим давлением
3. частоту сердечных сокращений
4. давление, возникающее в артериях в момент максимального подъема пульсовой волны

после систолы желудочков

29. ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ММ РТ. СТ.

1. 10 - 20
2. 60 - 70
3. 30 - 50
4. 20 - 40

30. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВЫШЕ 140/ 90 ММ РТ.

СТ. НАЗЫВАЕТСЯ

1. пульсовым давлением
2. артериальной гипертензией
3. артериальной гипотензией
4. систолическим давлением

31. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НИЖЕ 90/60 ММ РТ. СТ. НАЗЫВАЕТСЯ

1. пульсовым давлением
2. артериальной гипертензией или гипертонией
3. систолическим давлением
4. артериальной гипотензией или гипотонией

32. В НОРМЕ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПУЛЬС СОСТАВЛЯЕТ УДАРОВ В МИНУТУ

1. 60 - 80
2. 85 - 90
3. 55 - 60
4. 100 - 120

33. УЧАЩЕНИЕ ПУЛЬСА БОЛЕЕ 80 УДАРОВ В МИНУТУ НАЗЫВАЕТСЯ

1. брадикардией
2. тахикардией
3. гипертонией
4. асистолией

34. УРЕЖЕНИЕ ПУЛЬСА МЕНЕЕ 60 УДАРОВ В МИНУТУ НАЗЫВАЕТСЯ

1. тахикардия
2. гипертонией
3. асистолией
4. брадикардией

35. ЧАСТОТОЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ (ЧДД) НАЗЫВАЕТСЯ

1. чередование вдоха и выдоха
2. количество циклов вдох-выдох за 1 минуту
3. количество выдохов за 1 минуту
4. количество вдохов за 1 минуту

36. У ЗДОРОВОГО ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА НОРМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В

ПОКОЕ СОСТАВЛЯЕТ В МИНУТУ

1. 12 - 16
2. 16 - 20
3. 40 - 45
4. 30 - 35

37. КОЛИЧЕСТВО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ МЕНЬШЕ 16 В МИНУТУ

НАЗЫВАЕТСЯ

1. тахипноэ
2. брадипноэ
3. ортопноэ
4. апноэ

38. КОЛИЧЕСТВО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ БОЛЬШЕ 20 В МИНУТУ

НАЗЫВАЕТСЯ

1. ортопноэ

2. брадипноэ
3. апноэ
4. тахипноэ

39. ОДЫШКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1. количество вдохов в 1 минуту
 2. расстройство ритма и глубины дыхания
 3. расстройство глубины дыхания
 4. расстройство ритма дыхания
- #### 40. ИНСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. дыхание с затрудненным выдохом
2. дыхание с затрудненным вдохом и выдохом
3. дыхание с затрудненным вдохом
4. удушье

41. ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. дыхание с затрудненным выдохом
2. дыхание с затрудненным вдохом
3. дыхание с затрудненным вдохом и выдохом
4. приступ удушья

42. РЕАНИМАЦИЯ - ЭТО

1. разновидность несчастных случаев у детей
2. угнетение жизненных функций
3. комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление жизне-

деятельности организма

4. совокупность неотложных состояний

43. РЕАНИМАЦИЯ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНА

1. при внезапно развившихся терминальных состояниях
2. в каждом случае смерти пациента
3. только при внезапной смерти молодых пациентов и детей
4. только при внезапной смерти у пожилых больных

44. ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ - ЭТО

1. апноэ
2. тахипноэ
3. брадипноэ
4. диспноэ

45. НЕОБРАТИМЫЙ ЭТАП УМИРАНИЯ ОРГАНИЗМА

1. биологическая смерть
2. клиническая смерть
3. агония
4. предагония

46. ПРИЕМ «ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ + ВЫДВИЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ»

ОБЕСПЕЧИВАЕТ

1. проходимость дыхательных путей
 2. адекватное кровообращение
 3. устойчивое положение туловища
 4. адекватный уровень артериального давления
- #### 47. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

1. 1-2 минуты
2. 10-12 минут
3. 3-6 минут
4. более 20 минут

48. ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

1. спутанность сознания, тахикардия
2. заторможенность, брадикардия
3. потеря сознания, отсутствие дыхания и пульса на сонной артерии, расширение зрачков с

утратой их реакции на свет

4. помутнение роговицы, трупное окоченение

49. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ
 1. отсутствие сознания
 2. резкое падение артериального давления
 3. отсутствие сознания, дыхания и сердечной деятельности
 4. резкое повышение артериального давления
50. К ПЕРВОМУ ЭТАПУ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОТНОСИТСЯ
 1. обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
 2. проведение искусственной вентиляции легких
 3. контроль показателей кровообращения
 4. подключение к аппарату искусственного дыхания
51. ВТОРЫМ ЭТАПОМ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. непрямой массаж сердца
 2. восстановление проходимости верхних дыхательных путей
 3. проведение искусственной вентиляции лёгких
 4. прямой массаж сердца
52. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ НА ГРУДИНУ И ВДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ
 1. 2 вдоха - 15 компрессий
 2. 1 вдох - 5 компрессий
 3. 30 компрессий - 2 вдоха
 4. 3 вдоха - 20 компрессий
53. КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. отсутствие реакции зрачков на свет, усиление цианоза кожи
 2. отсутствие дыхательных движений, расширение зрачков
 3. сердечная недостаточность
 4. восстановление сердечной деятельности и дыхания, сужение зрачков, уменьшение цианоза
54. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕАНИМАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
 1. до восстановления жизнедеятельности
 2. 1 час
 3. 5-6 минут
 4. 2 часа
55. ПРИЗНАК ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
 1. отсутствие экскурсии грудной клетки
 2. появление пульса на сонной артерии, сужение зрачков
 3. расширенные зрачки
 4. отсутствие пульса на сонной артерии
56. ОСНОВНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА
 1. перелом ребер
 2. перелом ключицы
 3. повреждение трахеи
 4. перелом позвоночника
57. ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ СЛЕДУЕТ
 1. положить пострадавшему под голову валик из одежды
 2. повернуть пострадавшего на бок
 3. придать пострадавшему устойчивое боковое положение, поместив голову на бок ниже уровня туловища
 4. подложить валик из одежды под плечи пострадавшего
58. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ НЕ ХАРАКТЕРНО
 1. отсутствие самостоятельного дыхания
 2. трупное окоченение
 3. отсутствие пульса на сонной артерии
 4. отсутствие сознания
59. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ,

КОЛИЧЕСТВО КОМПРЕССИЙ ЗА МИНУТУ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ

1. 60
2. 80
3. 120
4. 100

60. ПОЛОЖЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

1. на спине, на кровати
2. на спине, на ровной твердой поверхности
3. оставить положение, в котором он был обнаружен
4. роли не играет

61. КРИТЕРИЙ ПРАВИЛЬНОСТИ ВДУВАНИЯ ПРИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

1. урежение пульса
2. экскурсия грудной клетки
3. появление пульса
4. сужение зрачков

62. РЕАНИМАЦИЮ МОЖНО ПРЕКРАТИТЬ ПРИ

10 минут

1. отсутствии признаков эффективности сердечно-легочной реанимации на протяжении

30 минут

2. отсутствии признаков эффективности сердечно-легочной реанимации на протяжении

3. попадании желудочного содержимого в дыхательные пути
4. появлении пенистой мокроты из верхних дыхательных путей

63. МЕСТОМ ПРИЛОЖЕНИЯ УСИЛИЙ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ЯВЛЯЕТСЯ

1. верхняя треть грудины
2. средняя треть грудины
3. нижняя треть грудины
4. граница между средней и нижней третями грудины

64. НАЖАТИЕ НА ГРУДИНУ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ

1. всей ладонной поверхностью, не сгибая рук в локтях
2. запястьями, не сгибая рук в локтях
3. запястьями, умеренно согнув руки в локтях
4. ладонью, сжатой в кулак

65. ДЕФИБРИЛЯТОР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

1. исследования работы головного мозга
2. ультразвуковых исследований сердца и его клапанного аппарата
3. электроимпульсной терапии нарушений сердечного ритма
4. регистрации и исследования электрических полей, образующихся при работе сердца

66. ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

1. позвать на помощь, усадить пострадавшего
2. придать пострадавшему устойчивое боковое положение
3. позвать на помощь, определить наличие дыхания и пульса на сонных артериях, вызвать

«скорую помощь»

4. начать проведение сердечно-легочной реанимации

67. ПЕРЕД НАЧАЛОМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ СЛЕДУЕТ

1. получить разрешение у диспетчера экстренных служб
2. убедиться в отсутствии опасности для лица ее оказывающую
3. получить разрешение у пострадавшего
4. получить разрешение у родственников пострадавшего

68. ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1. до 15-20 минут
2. до 12-15 минут

3. первые 5 минут
4. до 8-10 минут

69. ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГочНОЙ РЕАНИМАЦИИ, НЕОБХОДИМО НАДАВЛИВАТЬ НА ГРУДИНУ НА ГЛУБИНУ

1. 2-3 см
2. 3-4 см
3. 5-6 см
4. 4-5 см

70. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ У ПАЦИЕНТА ДЫХАНИЯ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ НЕОБХОДИМО:

1. провести подсчет дыхательных движений
2. наклонится к лицу пациента, что бы ощутить движение воздуха
3. измерить физиологические показатели кровообращения
4. осуществить прием Геймлиха

71. МЕШОК «АМБУ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. для сбора отходов класса А
2. для проведения непрямого массажа сердца
3. для проведения искусственной вентиляции легких
4. для сбора отходов класса Б

72. ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

1. кровопотеря более 60% объема циркулирующей крови
2. хроническое заболевание желудка
3. компенсированный сахарный диабет
4. стадия реконвалесценции вирусного гепатита В

73. МЕТОД ГЕЙМЛИХА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

1. при травме позвоночника
2. при попадании инородного предмета в верхние дыхательные пути
3. при инспираторной одышке
4. при астматическом статусе

74. ТЕРМИНАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. биологическая смерть
2. преагония, агония, клиническая смерть
3. кома
4. коллапс, ступор

75. ПРИЗНАКАМИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. отсутствие кровообращения
2. отсутствие дыхания
3. отсутствие сознания
4. помутнение и высыхание роговицы, симптом «кошачьего глаза», наличие трупных пятен, трупное окоченение

76. ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ОЦЕНИВАЮТ

1. пульс, артериальное давление
2. наличие дыхания, кровообращения, величину зрачков и их реакцию на свет
3. величину зрачков
4. данные осмотра, пальпацию

77. КОНТРОЛИРУЯ ПАРАМЕТРЫ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ВРАЧ АИР

РЕГУЛИРУЕТ

1. частоту дыхательных движений
2. частоту сердечных сокращений
3. артериальное давление
4. центральное венозное давление

78. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВЫСЫХАНИЯ РОГОВИЦЫ БОЛЬНОМУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В КОМЕ НЕОБХОДИМО:

1. провести инфузионную терапию по назначению врача
2. периодически закапывать в глаза изотонический раствор натрия хлорида
3. смазать веки солкосерилом

4. наложить бинокулярную повязку
79. ПНЕВМОТОРАКС - ЭТО
 1. скопление воздуха в плевральной полости
 2. открытое ранение живота
 3. затрудненное дыхание
 4. иммобилизация грудной клетки
80. СУТОЧНЫМ ДИУРЕЗОМ НАЗЫВАЕТСЯ
 1. процесс образования и выделения мочи
 2. общее количество введенной в организм жидкости за сутки
 3. общее количество мочи, выделенной пациентом в течение суток
 4. соотношение между количеством введенной в организм жидкости и количеством выделенной жидкости из организма в течение суток
81. ГИПЕРЕМИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
 1. желтушность
 2. покраснение
 3. синюшность
 4. бледность
82. ЦИАНОЗОМ НАЗЫВАЕТСЯ
 1. синюшность
 2. желтушность
 3. покраснение
 4. бледность
83. ИКТЕРИЧНОСТЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ
 1. бледность
 2. покраснение
 3. синюшность
 4. желтушность
84. ПОКАЗАТЕЛИ ИЗМЕРЕНИЙ ДЛИНЫ ТЕЛА, МАССЫ ТЕЛА, ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЮТСЯ
 1. антропометрическими
 2. фактическими
 3. долженствующими
 4. второстепенными
85. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОФОРМЛЯЕТСЯ
 1. после первичного осмотра врачом
 2. после медицинского вмешательства
 3. перед медицинским вмешательством
 4. перед постановкой диагноза
86. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПОДПИСЫВАЕТСЯ
 1. гражданином, одним из родителей или иным законным представителем и главным врачом
 2. гражданином, одним из родителей или иным законным представителем и медицинским работником
 3. гражданином, законным представителем и руководителем медицинской организации
 4. гражданином, медицинским работником и представителем страховой медицинской организации
87. К МЕХАНИЧЕСКОМУ СПОСОБУ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ
 1. влажная уборка помещений
 2. кипячение
 3. ультрафиолетовое облучение
 4. использование формалина
88. КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ, НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ
 1. 3-4 литра

2. 5-6 литров
3. 10-12 литров
4. 7-8 литров
89. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ
 1. лихорадка
 2. воспаление
 3. дистрофия
 4. тромбоз
90. ОТЕК, НЕПОСРЕДСТВЕННО УГРОЖАЮЩИЙ ЖИЗНИ
 1. гидроцеле
 2. гидронефроз
 3. отек Квинке
 4. асцит
91. ПРИ РАНЕНИИ КРУПНЫХ ВЕН РАЗВИВАЕТСЯ ЭМБОЛИЯ
 1. газовая
 2. жировая
 3. воздушная
 4. тканевая
92. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. вирус
 2. микопlasма
 3. стафилококк
 4. пневмококк
93. ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВЫДЕЛЯЕТСЯ
 1. небольшое количество вязкой стекло-видной мокроты
 2. большое количество гнойной мокроты
 3. мокрота в виде «малинового желе»
 4. «ржавая» мокрота
94. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. низкое артериальное давление
 2. боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
 3. брадикардия или тахикардия
 4. холодный пот и резкая слабость
95. ПРИ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ КАЛ БЫВАЕТ
 1. жирный
 2. дегтеобразный
 3. обесцвеченный
 4. кровянистый
96. ПРИЧИНОЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ ГЕПАТИТОМ С МОЖЕТ БЫТЬ
 1. употребление недоброкачественной воды
 2. употребление просроченных продуктов питания
 3. прямое переливание крови без обследования донора
 4. пользование общей посудой
97. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА А
 1. аэрогенный
 2. половой
 3. вертикальный
 4. фекально-оральный
98. ПРИЗНАКИ НАГНОЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ
 1. гиперемия, отек, усиление боли
 2. побледнение краев
 3. промокание повязки кровью
 4. выхождение кишечных петель под кожу
99. ОБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ - ЭТО
 1. нарушение растяжимости легочной ткани

2. утолщение альвеоло-капиллярной мембраны
 3. нарушение проходимости воздухоносных путей
 4. нарушение вентиляционно-перфузионных отношений
100. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1. кашель с выделением пенистой мокроты
 2. одышка смешанного характера
 3. инспираторная одышка
 4. приступ удушья с затрудненным выдохом
101. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
1. каптоприла
 2. адреналина
 3. преднизолона
 4. гепарина
102. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СЖИМАЮЩЕЙ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ СТЕНОКАРДИИ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ
1. нитроглицерин под язык
 2. кордиамин внутрь
 3. папаверин внутримышечно
 4. мезатон внутривенно
103. ПРИ ОБМОРОКЕ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ПРИДАТЬ ПОЛОЖЕНИЕ
1. горизонтальное, без подушки
 2. сидя с опущенными ногами
 3. горизонтальное, с приподнятым ножным концом
 4. горизонтальное, с приподнятым головным концом
104. БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НЕОБХОДИМА ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ
1. на 2-е сутки
 2. через 3-е суток
 3. в первый час
 4. для профилактического лечения
105. ПОЯВЛЕНИЕ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ОБИЛЬНОЙ ПЕНИСТОЙ РОЗОВОЙ МОКРОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ
1. бронхиальной астмы
 2. отека легких
 3. крупозной пневмонии
 4. легочного кровотечения
106. ПРИ РАЗВИТИИ ПРИСТУПА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПАЦИЕНТ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ
1. горизонтальное
 2. полусидя с опущенными вниз ногами
 3. горизонтальное с приподнятым ножным концом
 4. горизонтальное с приподнятым головным концом
107. ПРИ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТА ОТМЕЧАЕТСЯ
1. изжога
 2. рвота в виде кофейной гущи
 3. дегтеобразный стул
 4. рвота пищей, съеденной накануне
108. ПРИ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ НЕОБХОДИМО
1. промыть желудок
 2. положить грелку на живот
 3. поставить масляную клизму
 4. провести дуоденальное зондирование
109. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НЕОБХОДИМО
1. предложить средство, купирующее кашель

2. следить за соблюдением строгого по-стельного режима
3. проводить дыхательную гимнастику, массаж
4. запретить курение

110. ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ИЛИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ НЕОБХОДИМО ПОДГОТОВИТЬ К ВВЕДЕНИЮ

1. инсулин короткого действия
2. клофелин
3. папаверина гидрохлорид
4. гепарин

111. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ ВРАЧ АИР ДОЛЖЕН

1. определить показания для проведения манипуляции
2. информировать пациента о ходе проведения манипуляции
3. не предупреждать пациента о манипуляции
4. вызвать старшего врача

112. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

ДИЕТА С

1. ограничением жирных и соленых блюд
2. повышенным количеством белка
3. механическим и химическим щажением
4. пониженным количеством белка

113. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАБЛЮДАЕТСЯ

1. загрудинная боль, купирующаяся нитро-глицерином
2. загрудинная боль, не купирующаяся ни-троглицерином
3. колющая боль в области сердца
4. ноющая боль в области сердца

114. В ПЕРВЫЕ ДНИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО

СОБЛЮДАТЬ РЕЖИМ

1. постельный
2. палатный
3. общий
4. строгий постельный

115. МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

1. флюорография
2. спирография
3. томография
4. бронхография

116. НЕЗАВИСИМОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

1. оказание помощи пациентам в самооб-служивании
2. инъекции антибактериальных препара-тов
3. смена дренажей
4. назначение пациенту рациональной диe-ты

117. ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ

АППЕНДИЦИТ НЕОБХОДИМЫ

1. обезболивающее
2. холод на живот, госпитализация
3. антибактериальные средства
4. грелка на живот

118. ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ С ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НА ДОКЛИНИЧЕСКОМ

ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ

1. наложение холода на грудную клетку
2. проведение инъекции сосудосуживаю-щих препаратов
3. подготовку набора для плевральной пункции
4. измерение температуры

119. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

ПРЕДПОЛАГАЕТ

1. тампонаду раны

2. применение гемостатической губки
3. наложение артериального жгута выше места повреждения
4. наложение давящей повязки

120. К ВОЗМОЖНОМУ РАННЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ

1. острая задержка мочи
2. ограничение двигательной активности
3. рвота
4. повышение артериального давления

121. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ

1. хрипы в легких
2. падение артериального давления и тахи-кардия
3. тошнота и рвота
4. задержка газов и стула

122. ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

1. страх операции
2. боль
3. рвота
4. учащенное мочеиспускание

123. ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЗАНИМАЮТ

1. гнойно-септические инфекции
2. инфекции кожных покровов
3. кишечные инфекции
4. инфекция мочевыводящих путей

124. ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРЧАТОК

1. при работе с воздушным стерилизатором
2. при асептических процедурах, контактах с кровью и другими биологическими жидкостями

3. при работе с паровым стерилизатором

4. при беседе с пациентом

125. ПОЛОЖЕНИЕ ФАУЛЕРА ПРЕДПОЛАГАЕТ РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ

1. полулёжа, с приподнятым изголовьем кровати под углом 45-60 градусов
2. на боку, руки согнуты в локтевых суставах
3. полусидя, с приподнятым изголовьем кровати под углом 25-30 градусов
4. промежуточное положение между положением лёжа на боку и лёжа на животе

126. ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ ИЗМЕРЯЮТ

1. раз в день с 12 до 13 часов
2. утром натощак (7 до 9 час) и вечером (с 17 до 19 час)
3. сразу после завтрака
4. перед сном

127. ПРОЯВЛЕНИЕ СУБОРДИНАЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА АИР ОЗНАЧАЕТ

1. сохранение сведений о пациенте
2. организацию условий, способствующих выздоровлению пациента
3. выполнение указаний старшего по должности и уважительное руководство

деятельностью младшего по должности

4. четкое выполнение своих профессиональных обязанностей

128. К СРЕДСТВАМ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ПРИ ПЕДИКУЛЁЗЕ ОТНОСЯТ

1. шампуни медифокс, нитифор, лосьон анти-бит
2. 3% раствор перекиси водорода
3. хлорамин
4. дегтярное мыло

129. ПОЛОЖЕНИЕ СИМСА ПРЕДПОЛАГАЕТ РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ

1. промежуточное положение, между положением лёжа на боку и лёжа на животе

2. полулёжа, с приподнятым изголовьем кровати под углом 45-60 градусов
3. полусидя, с приподнятым изголовьем кровати под углом 25-30 градусов
4. на боку, руки согнуты в локтевых суставах

130. САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПАЦИЕНТА В ПРИЁМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ

1. дезинсекцию, ванну или душ, антропометрию
2. осмотр на педикулёз и чесотку, ванну или душ, транспортировка в лечебное отделение
3. осмотр на педикулёз и чесотку, ванну или душ, обтирание, переодевание в больничную

одежду

4. осмотр на педикулёз и чесотку, дезинфекция вещей больного

131. СТЕРИЛЬНОСТЬ ИНСТРУМЕНТОВ В МЯГКОЙ БЯЗЕВОЙ УПАКОВКЕ БЕЗ ВСКРЫТИЯ СОХРАНЯЕТСЯ

1. 3 суток
2. 2 суток
3. 1 сутки
4. 5 суток

132. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА НЕОБХОДИМО ПРИГОТОВИТЬ

1. 8-слойную салфетку, компрессную бумагу, вату, зажим
2. 8-слойную салфетку, компрессную бумагу, вату, этиловый спирт, зажим
3. 8-слойную салфетку, компрессную бумагу, вату, этиловый спирт, бинт
4. 4-слойную салфетку, компрессную бумагу, вату, этиловый спирт, бинт

133. МОКРОТА НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЁЗА СОБИРАЕТСЯ

1. после тщательного туалета ротовой полости
2. утром натощак, в тёплом виде в лабораторию
3. дважды, до и после применения антибиотиков
4. трижды, в стерильные ёмкости, в специальном помещении

134. ПОКАЗАНИЕМ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. недержание мочи
2. задержка мочеиспускания, вызванная травмой мочеиспускательного канала
3. острая задержка мочи более 6-ти часов
4. появление отеков

135. ПОМОЩЬ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

1. отвести в ближайшую поликлинику
2. провести промывание желудка
3. обеспечить полный покой, холод на эпигастральную область
4. обезболить

136. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

1. вызвать врача, уложить с приподнятым головным концом, обеспечить полный физический и психологический покой, дать нитроглицерин
2. проводить в поликлинику на прием к участковому врачу
3. успокоить и уложить на правый бок, вызвать врача
4. вызвать врача, уложить с приподнятым ножным концом

137. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ПРОМЫВАНИЮ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. острое желудочное кровотечение
2. инфаркт миокарда
3. нарушение мозгового кровообращения
4. отравление ядами

138. СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

1. наложение кровоостанавливающего жгута
2. сосудистый шов
3. перевязка сосуда
4. переливание крови

139. ПРИЗНАК ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ

1. повышение температуры тела

2. повышения артериального давления
3. слабый частый пульс
4. гиперемия кожных покровов
140. КИСЛОРОДНЫЕ БАЛЛОНЫ ОКРАШЕНЫ В
 1. голубой цвет
 2. серый цвет
 3. черный цвет
 4. белый цвет
141. СМЕНА ПОВЯЗКИ ФИКСИРУЮЩЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ КАТЕТЕР, ВЫПОЛНЯЕТСЯ
 1. еженедельно
 2. 3 раза в день
 3. по мере загрязнения, не реже 1 раза в сутки
 4. ежечасно
142. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПОТЕРЕ КРОВИ ВОЗНИКАЕТ
 1. геморрагический шок
 2. анафилактический шок
 3. гемотранфузионный шок
 4. инфекционно-токсический шок
143. К ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСИТСЯ
 1. проведение иммобилизации и транспортировка
 2. транспортировка в травматологическое отделение
 3. вызов скорой медицинской помощи, устранение причины вызвавшую боль, остановка кровотечения, проведение им-мобилизации конечности
 4. остановка кровотечения и перенос по-страдавшего на ровную поверхность
144. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ I СТЕПЕНИ
 1. переодеть в сухую одежду
 2. обезболить
 3. наложить мазевую повязку
 4. наложить повязку с фурациллином
145. ОБМОРОК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
 1. кратковременной потерей сознания
 2. снижением зрачковых реакций
 3. выпадением корнеального рефлекса
 4. полным исключением сознания с то-тальной утратой восприятия
146. ПОМОЩЬ ПРИ КОЛЛАПСЕ
 1. уложить на ровную поверхность с при-поднятым ножным концом, вызвать вра-тча
 2. вызвать врача, уложить на ровную по-верхность с приподнятым головным кон-цом
 3. вызвать врача, провести искусственную вентиляцию легких
 4. успокоить пациента
147. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ
 1. пункция плевральной полости
 2. наложение ватно-марлевой повязки
 3. наложение окклюзионной повязки
 4. остановка легочного кровотечения
148. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕПЛОВОМ УДАРЕ НЕОБХОДИМО
 1. устранить тепловое воздействие, по-местить пострадавшего в тень, смочить лицо прохладной водой
 2. укрыть влажной простыней
 3. нанести крем на тело
 4. дать теплое питье
149. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ
 1. устранить причину, наложить мазевую повязку
 2. обработать обожженную поверхность 70% этиловым спиртом
 3. обработать обожженную поверхность 96% этиловым спиртом
 4. устранить причину, наложить асептиче-скую повязку

150. ПРИЧИНАМИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. передозировка инсулина
2. несоблюдение предписаний врача
3. самостоятельная отмена лекарств
4. пропуск инъекций инсулина

151. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

ПРИ УШИБЕ:

1. наложить давящую повязку и приложить пузырь со льдом или холодный компресс
2. обезболить место ушиба
3. наложить асептическую повязку
4. наложить гипсовую повязку

152. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЗВОНОЧНИКА

НЕОБХОДИМО

1. обезболить
2. уложить на спину
3. уложить на левый бок
4. вызвать бригаду скорой медицинской помощи, оставив больного в том же положении, в

котором он был найден

153. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОНЕЧНОСТИ

1. давящая повязка на поврежденную конечность
2. обезболивание
3. воротник Шанца
4. иммобилизация поврежденной конечности

154. ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ДЕФИЦИТА ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. плазмозаменители
2. физиологический раствор
3. гипертонический раствор
4. солевые растворы

155. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ ЭПИЛЕПСИИ

1. выпрямить конечности
2. к голове приложить холод
3. предотвратить травмирование больного
4. усадить больного

156. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ

1. проведение постурального дренажа
2. использование карманного ингалятора
3. введение преднизолона
4. проведение дыхательной гимнастики

157. ТРАНСФУЗИЯ - ЭТО

1. переливание крови и ее компонентов
2. введение синтетических препаратов
3. введение лекарственных средств
4. введение антибиотиков

158. ПРИЗНАКИ ПРАВИЛЬНО НАЛОЖЕННОГО КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА

1. чувство онемения в конечности
2. прекращение кровотечения и онемение конечности
3. падение артериального давления
4. прекращение кровотечения и исчезновение пульса на периферии конечности

159. СЕРДЕЧНАЯ АСТМА - ЭТО ТЯЖЕЛОЕ СОСТОЯНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ

1. боли за грудиной, иррадиирующие в область левого плеча
2. приступы удушья
3. потеря сознания
4. головокружение

160. ЗАПАХ АЦЕТОНА ИЗО РТА ХАРАКТЕРЕН
1. для гипогликемической комы
 2. для гипергликемической комы
 3. для уремической комы
 4. для мозговой комы
161. ПРИ СИЛЬНЫХ БОЛЯХ В ЖИВОТЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
1. необходимо ввести анальгетик
 2. можно дать спазмолитическое средство
 3. приложить к животу грелку
 4. нельзя вводить анальгетик
162. ПРИ НАРУЖНОМ ВЕНОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ
1. кровь темно-вишневого цвета, вытекает медленно
 2. кровь алого цвета, бьет струей
 3. кровь темно-вишневого цвета, бьет струей
 4. кровь алого цвета, вытекает медленно
163. ПОТЕРПЕВШЕМУ С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ
1. накладывают жгут выше места сдавления перед освобождением конечности
 2. накладывают жгут выше места сдавления после освобождения конечности
 3. накладывают асептическую повязку
 4. проводят профилактику пролежней
164. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
1. переливание крови
 2. переливание плазмы
 3. обезболивания
 4. поддержания водно-электролитного баланса
165. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА РАЗВИВАЕТСЯ ШОК
1. кардиогенный
 2. травматический
 3. анафилактический
 4. гемотрансфузионный
166. ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РАЗВИВАЕТСЯ ШОК
1. кардиогенный
 2. травматический
 3. анафилактический
 4. гемотрансфузионный
167. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ КОМА
1. кетоацидотическая
 2. гипергликемическая
 3. уремическая
 4. гипогликемическая
168. ПРИ КРОВОПОТЕРЕ РАЗВИВАЕТСЯ КОЛЛАПС
1. кардиогенный
 2. гиповолемический
 3. ангиогенный
 4. ортостатический
169. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ
1. иммобилизацию табельными и подручными средствами
 2. сопоставление отломков кости
 3. вправление вышедшей наружу кости
 4. наложение стерильной повязки
170. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ И ДОСТУПНЫМ СРЕДСТВОМ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО ВЕНОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. максимальное сгибание конечности
 2. давящая повязка
 3. пальцевое прижатие артерии
 4. прямое давление на рану

171. ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ПАЛЬЦЕВОГО ПРИЖАТИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. верхняя треть задней поверхности бедра
2. выше середины паховой складки
3. средняя треть внутренней поверхности бедра
4. места ниже середины паховой складки

172. ОПТИМАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА ПОСТРАДАВШЕГО С ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

1. лежа на спине
2. лежа на боку неповрежденной стороны
3. полусидячее
4. лежа на спине, плечеголовной конец приподнят

173. МЕДИЦИСКИХ РАБОТНИКОВ, ОТКАЗЫВАЮЩИХСЯ ОТ ПРОХОЖДЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

1. штрафуют
2. не допускают к работе
3. увольняют с работы
4. направляют на принудительное обследование

174. ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. возвышенное, полусидячее
2. с приподнятым ножным концом кровати
3. горизонтальное
4. горизонтальное, с приподнятой головой

175. ЭФФЕКТ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ПРИСТУПЕ СТЕНОКАРДИИ ОБУСЛОВЛЕН

1. расширением коллатеральных ветвей коронарных артерий
2. расширением коронарных артерий
3. расширением периферических сосудов большого круга кровообращения
4. урежением сердечного ритма

176. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО И НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ В СТАЦИОНАРЕ ПРОВОДИТСЯ ПЛАНОВО НЕ РЕЖЕ ОДНОГО РАЗА В

1. 7 дней
2. день
3. 2 недели
4. месяц

177. МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ МЕНЯЕТ ОДНОРАЗОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПЕРЧАТКИ

1. в конце рабочего дня
2. после каждой манипуляции
3. не меняет, двукратно протирая спиртом
4. не меняет, однократно протирая спиртом

178. БАКТЕРИЦИДНЫЕ ЛАМПЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ

1. для обеззараживания воздуха в помещениях
2. для освещения помещения
3. для отопления помещения
4. для вентиляции помещения

179. МНОГОРАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ СРАЗУ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОГРУЖАЮТ В

1. моющий раствор
2. раствор гипохлорида кальция
3. растворе перекиси водорода
4. дезинфицирующий раствор

180. ПОДКЛАДНОЕ СУДНО ДЕЗИНФИЦИРУЮТ ПОГРУЖЕНИЕМ В

1. дезинфицирующий раствор
2. моющий раствор
3. раствор 3% перекиси водорода

4. раствор 70% этилового спирта
181. ГАЗООТВОДНАЯ ТРУБКА ВВОДИТСЯ НА ГЛУБИНУ
1. 7 - 8 см на 2 часа
 2. 10 - 15 см на 1 час
 3. 20 - 30 см на 1 час
 4. 25 - 30 см на всю ночь
182. ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД ИСПОЛЬЗУЮТ ШПРИЦ
1. Жане
 2. тюбик
 3. инъекционный
 4. ручку
183. ПЕРЕД ВВЕДЕНИЕМ КАТЕТЕРА В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ НЕОБХОДИМО ОБРАБОТАТЬ ОБЛАСТЬ УРЕТРЫ
1. антисептическим раствором
 2. 5% раствором перманганата калия
 3. 0,5% раствором хлорамина
 4. раствором йода
184. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ ПАЦИЕНТА ПЕРЕМЕЩАЮТ В ПОСТЕЛИ КАЖДЫЕ (ЧАС.)
1. 1
 2. 3
 3. 10
 4. 2
185. ПРИ КОРМЛЕНИИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ЗОНД ПИЩУ ПОДОГРЕВАЮТ ДО (__ ГРАДУСОВ ПО ЦЕЛЬСИУ)
1. 15 - 20
 2. 38- 40
 3. 25- 30
 4. 45 - 50
186. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ МЕСТА ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ
1. крестец
 2. висок
 3. грудная клетка
 4. предплечье
187. ИГЛА ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ ВВОДИТСЯ ПОД УГЛОМ (В ГРАДУСАХ)
1. 60
 2. 90
 3. 45
 4. 30
188. ИГЛА ПРИ ПОДКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ ВВОДИТСЯ ПОД УГЛОМ (В ГРАДУСАХ)
1. 45
 2. 60
 3. 90
 4. 80
189. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ
1. воздушная эмболия, липодистрофия, отек
 2. инфильтрат, гематома, абсcess, некроз, повреждение нервов, поломка иглы, аллергические реакции
 3. масляная эмболия, флегмона, нагноение, флебит
 4. некроз, рожистое воспаление, гиперемия
190. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ
1. воздушная эмболия, липодистрофия, отек
 2. инфильтрат, воздушная эмболия, некроз, гематома, флебит, сепсис, аллергические реакции

3. масляная эмболия, рожистое воспаление, нагноение
4. некроз, флегмона, гиперемия
191. ГАЗООТВОДНУЮ ТРУБКУ ОСТАВЛЯЮТ В КИШЕЧНИКЕ НЕ БОЛЕЕ ОДНОГО ЧАСА, ТАК КАК
 1. утомительно для пациента
 2. прекращается лечебный эффект
 3. заканчивается её стерильность
 4. могут образоваться пролежни в стенке кишечника
192. ПРИЗНАК ПЕРЕДОЗИРОВКИ ГЕПАРИНА
 1. гематурия
 2. дизурия
 3. никтурия
 4. полиурия
193. ПРИ ПРИЕМЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ В ВИДЕ
 1. снижение артериального давления
 2. остеопороза
 3. затруднение дыхания
 4. олигурии
194. СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ ВВОДЯТ ВНУТРИВЕННО ПОД КОНТРОЛЕМ
 1. пульса
 2. частоты дыхания
 3. артериального давления
 4. диуреза
195. СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ГЕПАРИНА
 1. подкожно, внутривенно
 2. внутрикочно, внутривенно
 3. внутривенно, в полости
 4. подкожно, эндолюмбально
196. ПРИ ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА КАЛ ОКРАШИВАЕТСЯ
 1. в зеленый цвет
 2. в желтый цвет
 3. в черный цвет
 4. в белый цвет
197. ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ
 1. запор
 2. повышение аппетита
 3. понос
 4. гипертензию
198. ЭФФЕКТ ДЕЙСТВИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА НАСТУПАЕТ
 1. через 10-15 минут
 2. через 15 -20 минут
 3. через 20-25 минут
 4. через 1 -2 минуты
199. АНТИСЕПТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ
 1. 70%
 2. 30%
 3. 40%
 4. 95%
200. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БОЛЬ КУПИРУЕТСЯ
 1. наркотическими анальгетиками
 2. бета-блокаторами
 3. диуретиками
 4. статинами
201. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПОДКОЖНО ВВОДЯТ В ОБЪЕМЕ НЕ БОЛЕЕ
 1. 5 мл

2. 3 мл
3. 2 мл
4. 4 мл
202. СТЕРИЛЬНЫЙ МАСЛЯНЫЙ РАСТВОР ПЕРЕД ИНЪЕКЦИЕЙ ПОДОГРЕВАЮТ ДО
 1. 40 град. С
 2. 38 град. С
 3. 34 град. С
 4. 28 град. С
203. ИЗОТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР ХЛОРИДА НАТРИЯ ИМЕЕТ КОНЦЕНТРАЦИЮ
 1. 10%
 2. 1%
 3. 0,1%
 4. 0,9%
204. ТЕМПЕРАТУРУ В ХОЛОДИЛЬНИКЕ, ГДЕ ХРАНЯТ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, РЕГИСТРИРУЮТ В СПЕЦИАЛЬНОМ ЖУРНАЛЕ
 1. каждые 12 часов
 2. каждый час
 3. ежедневно
 4. 1 раз в 7 дней
205. ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ
 1. выявления инфекционного заболевания
 2. вызова скорой медицинской помощи
 3. оказания доврачебной помощи
 4. производственной травмы
206. ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИАИР) РАЗВИВАЮТСЯ ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ
 1. источника инфекции, механизмов и факторов передачи
 2. источника инфекции, факторов передачи, восприимчивого человека
 3. источника инфекции
 4. источника инфекции и восприимчивого человека
207. ЖУРНАЛ УЧЕТА РАБОТЫ БАКТЕРИЦИДНОЙ ЛАМПЫ ЗАПОЛНЯЕТСЯ
 1. ежедневно
 2. при каждом включении
 3. 1 раз в неделю
 4. 1 раз в месяц
208. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТУ СМЕНЫ ПОСТЕЛЬНОГО И НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ
 1. в устной форме сообщает о выполнении манипуляции сестре хозяйке
 2. делает запись о результатах выполнения в медицинской документации
 3. в устной форме сообщает о выполнении манипуляции лечащему врачу
 4. не делает соответствующей записи в медицинской документацию
209. ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ЧЕЛОВЕКА НА ЛЮБОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
 1. желательно
 2. не обязательно
 3. зависит от конкретного случая
 4. обязательно в письменном виде
210. ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ВЕДЕТСЯ
 1. в приемном отделении
 2. в каждом отделении
 3. в каждом кабинете
 4. в поликлинике
211. ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ОТ МОМЕНТА ВНЕДРЕНИЯ ПАТОГЕННОГО МИКРООРГАНИЗМА ДО ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ НАЗЫВАЕТСЯ

1. продромальный период
2. период развития основных клинических явлений
3. инкубационный период
4. исход
212. ЖУРНАЛ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕНЕРАЛЬНЫХ УБОРОК ЗАПОЛНЯЕТСЯ
 1. после каждой генеральной уборки
 2. 1 раз в месяц
 3. ежедневно
 4. 1 раз в 10 дней
213. ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ОПЕРАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ ДОЛЖЕН БЫТЬ
 1. пронумерован, прошнурован, иметь печать и подпись руководителя медицинской организации
 2. пронумерован, иметь печать подразделения
 3. прошнурован, иметь печать и подпись руководителя подразделения
 4. пронумерован
214. АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК (ОТЕК КВИНКЕ) ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
 1. на передней поверхности груди и живота
 2. на спине
 3. в области губ, щек, гортани
 4. в области кистей и стоп
215. ЖУРНАЛ УЧЕТА КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
 1. азопирамовой пробы
 2. ортотолуидиновой пробы
 3. бензидиновой пробы
 4. озоновой пробы
216. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В ПЕРЕДАЕТСЯ ПУТЕМ
 1. воздушно-капельным
 2. парентеральным
 3. алиментарным
 4. воздушно-пылевым
217. ДЕЗИНСЕКЦИЯ - ЭТО УНИЧТОЖЕНИЕ
 1. клещей
 2. грызунов
 3. вирусов
 4. патогенных микроорганизмов
218. К УНИВЕРСАЛЬНЫМ МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСИТСЯ ПРАВИЛО
 1. считать каждого пациента потенциально инфицированным
 2. мытья рук перед выполнением инвазивных манипуляций
 3. мытья рук перед уходом за тяжелобольными пациентами
 4. использование антисептика для рук после инъекции
219. К ХИМИЧЕСКОМУ МЕТОДУ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ
 1. пароформалиновый метод
 2. паровоздушный метод
 3. газовый метод
 4. полное погружение в дезинфицирующий раствор
220. ПОСЛЕ ПЕРЕВОДА ПАЦИЕНТА В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР ПРОВОДИТСЯ
 1. очаговая заключительная дезинфекция
 2. текущая дезинфекция
 3. профилактическая дезинфекция
 4. очаговая текущая дезинфекция
221. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ГРИППА
 1. воздушно-капельный

2. фекально-оральный
3. трансмиссивный
4. половой
222. ЦЕЛЬ ДЕЗИНФЕКЦИИ РУК МЕДПЕРСОНАЛА ПОСЛЕ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТАКТА
 1. профилактика профессионального заражения
 2. обеспечение кратковременной стерильности
 3. создание продолжительной стерильности
 4. удаление бытового загрязнения
223. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
 1. воздушно-капельный
 2. трансмиссивный
 3. фекально-оральный
 4. половой
224. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЮ В МЕСТАХ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ ВКЛЮЧАЮТ
 1. заключительную дезинфекцию
 2. предстерилизационную очистку
 3. очаговую дезинфекцию
 4. профилактическую дезинфекцию
225. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ОТНОСЯТСЯ
 1. кровохарканье, сердцебиение, одышка
 2. изжога, рвота, шум в ушах
 3. отрыжка, слабость, метеоризм
 4. головная боль, головокружение, пелена перед глазами
226. ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИАИР), СПОСОБСТВУЮТ
 1. использование дезинфицирующих средств в возможно больших концентрациях
 2. тщательное соблюдение личной гигиены медицинским персоналом
 3. широкое применение антибиотиков
 4. сокращение штатных единиц в медицинской организации
227. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ
 1. снижение артериального давления, частый нитевидный пульс, резкая слабость
 2. приступ удушья, сердцебиение, слабость
 3. головокружение, тахикардия, головная боль
 4. лихорадка, слабость, боль в грудной клетке
228. ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ С
 1. прекращения воздействия электрического тока
 2. непрямого массажа сердца
 3. искусственной вентиляции легких
 4. прекардиального удара
229. ПАЦИЕНТЫ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ ПРИ НАЛИЧИИ У НИХ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА ТРАНСПОРТИРУЮТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ НА
 1. спине на щите
 2. боку на обычных носилках
 3. животе на обычных носилках
 4. боку на щите
230. ШОКОМ НАЗЫВАЕТСЯ
 1. острая сердечная недостаточность
 2. острое повышение тонуса периферических сосудов
 3. острая сердечно-сосудистая недостаточность
 4. острая недостаточность по малому кругу кровообращения
231. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ РЕБЕР ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ

1. лежа на здоровом боку
2. лежа на больном боку
3. лежа на спине
4. сидя

232. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1. чувство голода, потливость
2. боли в области сердца, одышка
3. одышка, сухой кашель
4. отеки, головная боль

233. ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

1. сидя, с упором на руки
2. горизонтальное с приподнятыми ногами
3. горизонтальное
4. лежа на боку

234. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ НЕОБХОДИМО

1. ввести дибазол
2. ввести инсулин
3. напоить отваром шиповника
4. напоить сладким чаем

235. АЛАЯ КРОВЬ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПУЛЬСИРУЮЩЕЙ СТРУЕЙ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ

1. артериальном
2. паренхиматозном
3. капиллярном
4. венозном

236. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ

1. от 800 мл до 2000 мл
2. от 200 мл до 500 мл
3. от 500 мл до 800мл
4. от 2000 мл до 3000мл

237. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. слабость
2. одышка
3. сердцебиение
4. давящая боль за грудиной

238. АНУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1. отсутствие мочи
2. много мочи
3. нормальное количество мочи
4. преобладание ночного диуреза над дневным

239. ДЛЯ СБОРА АНАЛИЗА МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ГОТОВИТ ПАЦИЕНТУ

1. 1 сухую банку
2. 1 сухую пробирку
3. 8 сухих банок
4. 2 стерильных банки

240. ПРЕВЫШЕНИЕ НОЧНОГО ДИУРЕЗА НАД ДНЕВНЫМ НАЗЫВАЕТСЯ

1. никтурия
2. анурия
3. олигурия
4. полиурия

241. КОМПЛЕКСОМ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НАПРАВЛЕННЫХ НА ИЗБАВЛЕНИЕ ОТ БОЛИ И ОБЛЕГЧЕНИЕ ДРУГИХ ТЯЖЕЛЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕИЗЛЕЧИМОГО

ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. симптоматическим лечением
2. наружной лучевой терапией
3. паллиативной помощью
4. реабилитационной помощью

242. К ПРИЗНАКАМ

ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ОТНОСИТСЯ

1. преувеличение собственной значимости
2. негативное самовосприятие в профес-сиональной деятельности
3. развитие гипертонической болезни
4. эмоциональное равновесие

243. ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ СПОСОБСТВУЕТ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

1. правильное питание
2. неподвижность пациента
3. смена положения тела
4. питьевой режим

244. ОБРАЗОВАНИЮ ПРОЛЕЖНЕЙ СПОСОБСТВУЕТ

1. сдавление тканей гипсовой повязкой
2. сдавление тканей при длительном лежачем положении пациента
3. активное положение пациента в постели
4. пассивное положение пациента в постели

245. ПРИ СБОРЕ МОКРОТЫ НА ОБЩИЙ

АНАЛИЗ ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ

1. стерильной пробиркой
2. стерильной банкой
3. сухой банкой
4. сухой пробиркой

246. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО СОБИРАЕТСЯ МОЧА

1. первого мочеиспускания после ночи
2. в течение 3 часов
3. из средней порции одного мочеиспускания в количестве 10-20 мл
4. за 24 часа

247. ЭВТАНАЗИЯ - ЭТО

1. искусственное прекращение жизни по желанию пациента
2. отказ от лечения
3. естественная смерть
4. самоубийство

248. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

1. оградить пациента от родственников
2. ускорить процесс умирания
3. оградить пациента от проблем
4. защитить пациента от психофизических страданий и болей

249. ОСНОВНОЙ ПРОБЛЕМОЙ УМИРАЮЩЕГО ПАЦИЕНТА ЧАЩЕ ВСЕГО

ЯВЛЯЕТСЯ

1. проблема борьбы с болью
2. нарушение сна
3. невозможность трудиться
4. недостаточность общения

250. НЕВЕРБАЛЬНЫМ ОБЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. словесное общение
2. серия событий, включающих передачу информации от отправителя к получателю
3. общение с использованием мимики и жестов
4. общение между двумя или более людьми

251. К ВЕРБАЛЬНОМУ ОБЩЕНИЮ ОТНОСИТСЯ

1. речевое, словесное
2. жестами, мимикой

3. письмами
4. рисунками

252. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ВВОДЯТСЯ

1. внутримышечно
2. внутривенно
3. внутримышечно и подкожно
4. ректально

253. ДОКУМЕНТ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ОБРАЩЕНИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ
ОТХОДАМИ

1. СанПиН 2.1.3. 2630-10
2. СанПиН 2.1.7. 2790-10
3. Приказ № 408
4. ОСТ 42-21-2-85

254. МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА КЛАССЫ ОПАСНОСТИ В
КОЛИЧЕСТВЕ

1. 3
2. 5
3. 4
4. 6

255. ОТХОДЫ, ОБРАЗУЮЩИЕСЯ В ПРОЦЕССЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. относятся к медицинским
2. относятся к медицинским при наличии эпидемической опасности
3. относятся к медицинским при наличии токсикологической опасности
4. не относятся к медицинским

256. ЦВЕТ ПАКЕТОВ И КОНТЕЙНЕРОВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНО
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ОПАСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ

1. белый
2. красный
3. желтый
4. чёрный

257. ОТХОДЫ, НЕ ИМЕЮЩИЕ КОНТАКТА С БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ
ПАЦИЕНТОВ, ОТНОСЯТ К КЛАССУ

1. Б
2. В
3. А
4. Г

258. ЖИВЫЕ ВАКЦИНЫ, НЕПРИГОДНЫЕ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ, ОТНОСЯТ К
КЛАССУ

1. Б
2. А
3. В
4. Г

259. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОТХОДЫ ОТНОСЯТ К КЛАССУ

1. В
2. Г
3. Б
4. А

260. ОРГАНИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ
ОТХОДЫ (ОРГАНЫ, ТКАНИ) ОТНОСЯТ К КЛАССУ

1. Б
2. А
3. В
4. Г

261. ОТХОДЫ ЛАБОРАТОРИЙ, РАБОТАЮЩИХ С МИКРООРГАНИЗМАМИ 1 - 2 ГРУПП ПАТОГЕННОСТИ, ОТНОСЯТ К КЛАССУ

1. А
2. Б
3. Г
4. В

262. ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ, ОТНОСЯТ К КЛАССУ

1. Г
2. А
3. Б
4. В

263. РТУТЬСОДЕРЖАЩИЕ ПРИБОРЫ ОТНОСЯТ К КЛАССУ

1. А
2. Г
3. Б
4. В

264. К ОТХОДАМ КЛАССА А ОТНОСЯТ

1. пищевые отходы неинфекционных отделений
2. пищевые отходы инфекционных отделений
3. органические операционные отходы
4. патологоанатомические отходы

265. К ОТХОДАМ КЛАССА Б ОТНОСЯТ

1. материалы, контактирующие с больными инфекционными болезнями
2. дезинфицирующие средства, не подлежащие использованию
3. пищевые отходы неинфекционных отделений
4. пищевые отходы инфекционных отделений

266. К ОТХОДАМ КЛАССА В ОТНОСЯТ

1. материалы, контактирующие с больными инфекционными болезнями
2. пищевые отходы инфекционных отделений
3. пищевые отходы неинфекционных отделений
4. органические операционные отходы

267. К ОТХОДАМ КЛАССА Г ОТНОСЯТ

1. материалы, контактирующие с больными инфекционными болезнями
2. лекарственные средства, не подлежащие использованию
3. органические операционные отходы
4. пищевые отходы инфекционных отделений

268. К ОТХОДАМ КЛАССА Д ОТНОСЯТ

1. ртутьсодержащие приборы
2. люминесцентные лампы
3. все отходы, содержащие радиоактивные компоненты
4. строительный мусор

269. ОДНОРАЗОВЫЕ ПАКЕТЫ И ЕМКОСТИ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА Б

ИМЕЮТ ЦВЕТ

1. черный
2. красный
3. белый
4. желтый

270. ОДНОРАЗОВЫЕ ПАКЕТЫ И ЕМКОСТИ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА В

ИМЕЮТ ЦВЕТ

1. красный
2. желтый
3. черный
4. белый

271. ОДНОРАЗОВЫЕ ПАКЕТЫ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА А ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ

ЦВЕТ

1. любой, за исключением желтого и красного
2. красный
3. желтый
4. любой

272. МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ, ЗАГРЯЗНЕННЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ ПАЦИЕНТОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ КРОВЬЮ, ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

1. Д
2. В
3. Б
4. Г

273. ЕМКОСТЬ, В КОТОРУЮ СОБИРАЕТСЯ ОСТРЫЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ

1. многоразовая емкость с плотно прилегающей крышкой
2. одноразовая твердая упаковка с плотно прилегающей крышкой
3. одноразовый пакет желтого цвета
4. картонная коробка желтого цвета

274. ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ОДНОРАЗОВЫХ ПАКЕТОВ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА Б В МЕСТАХ ИХ ОБРАЗОВАНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ ЗАПОЛНЕНИЯ ПАКЕТА НА

1. 3/4
2. 1/2
3. 1/3
4. 2/3

275. ПЕРСОНАЛ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ РАБОТЕ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ ПОДВЕРГАЕТСЯ РИСКУ

1. получения физической травмы
2. инфекционного заражения
3. радиационного поражения
4. токсического поражения

276. ОБЕЗВРЕЖИВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ НАЗЫВАЕТСЯ

1. обработка отходов с применением тех-нологий, ведущих к утрате всех опасных свойств
2. захоронение в местах, установленных действующим законодательством
3. использование отходов в качестве вторичных ресурсов после соответствующей

переработки

4. изменение внешнего вида отходов, исключающее возможность их повторного

использования

277. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОДНОРАЗОВЫХ КОНТЕЙНЕРОВ ДЛЯ ОСТРОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДОПУСКАЕТСЯ ИХ ЗАПОЛНЕНИЕ В ТЕЧЕНИИ

1. 12 часов
2. 72 часов
3. 24 часов
4. 48 часов

278. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВНУТРИВЕННЫХ ИНФУЗИЙ СОБИРАЮТСЯ В

1. многоразовые емкости
2. одноразовую твердую упаковку
3. одноразовые пакеты
4. многоразовую твердую упаковку

279. ПЕРЕМЕЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ К МЕСТАМ ВРЕМЕННОГО НАКОПЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ В

1. герметизированном виде
2. открытой емкости
3. закрытой емкости
4. любой емкости

280. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЕ ЛАМПЫ, РТУТЬСОДЕРЖАЩИЕ ПРИБОРЫ И ОБОРУДОВАНИЕ СОБИРАЮТСЯ В

1. маркированные емкости с плотно прилегающими крышками любого цвета (кроме желтого и красного)

2. многоразовые емкости черного цвета
 3. одноразовую твердую упаковку белого цвета
 4. твердую упаковку любого цвета (кроме желтого и красного)
281. МАКСИМАЛЬНЫЙ ВЕС (КГ) ОДНОРАЗОВЫХ ПАКЕТОВ С ОТХОДАМИ

КЛАССОВ Б И В

1. 5
2. 15
3. 20
4. 10

282. СМЕШЕНИЕ ОТХОДОВ РАЗЛИЧНЫХ

КЛАССОВ В ОБЩЕЙ ЕМКОСТИ

1. недопустимо
2. допустимо
3. зависит от класса отходов
4. допустимо при дефиците одноразовых пакетов

283. В СЛУЧАЕ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОТНИКОМ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ ТРАВМЫ, ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНОЙ В ПЛАНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ, НЕОБХОДИМО

1. составить акт о несчастном случае на производстве установленной формы
2. составить протокол о несчастном случае на производстве произвольной формы
3. обратиться к врачу
4. заполнить форму учета случая травмы у медицинского работника, связанной с проведением медицинской манипуляции

284. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУКТАЖ ПО ПРАВИЛАМ БЕЗОПАСНОГО ОБРАЩЕНИЯ С ОТХОДАМИ ПРОХОДЯТ

1. при приеме на работу и затем один раз в два года
2. при приеме на работу
3. по собственному желанию
4. при приеме на работу и затем ежегодно

285. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПАЦИЕНТАМ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДИТСЯ

1. 1 раз в 2 дня
2. 1 раз в 3 дня
3. 1 раз в 7 дней
4. ежедневно

286. ПРОВЕТРИВАНИЕ В ПАЛАТАХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ

1. 3-4 раза в день
2. 1 раз в день
3. 2 раза в день
4. 5 раз в день

287. СВОЙСТВОМ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ УНИЧТОЖЕНИЕ ГРИБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. бактерицидное
2. вирулицидное
3. бактериостатическое
4. фунгицидное

288. К СВОЙСТВУ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО УНИЧТОЖЕНИЕ ВИРУСОВ ОТНОСИТСЯ

1. вирулицидное
2. бактерицидное
3. фунгицидное
4. бактериостатическое

289. К СВОЙСТВУ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ УНИЧТОЖЕНИЕ БАКТЕРИЙ ОТНОСИТСЯ

1. вирулицидное

2. фунгицидное
3. бактерицидное
4. бактериостатическое

290. В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ ПРОВОДЯТ С ЧАСТОТОЙ НЕ РЕЖЕ

1. ежедневно
2. 2 раза в неделю
3. 1 раз в месяц
4. 1 раз в неделю

291. В ПЕРЕВЯЗОЧНОМ КАБИНЕТЕ ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ ПРОВОДЯТ С ЧАСТОТОЙ НЕ РЕЖЕ

1. 1 раз в неделю
2. ежедневно
3. 2 раза в неделю
4. 1 раз в месяц

292. В ПАЛАТНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ ПРОВОДЯТ С ЧАСТОТОЙ НЕ РЕЖЕ

1. 1 раз в месяц
2. 1 раз в неделю
3. 2 раза в неделю
4. ежедневно

293. В ПОМЕЩЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВЛАЖНУЮ УБОРКУ ПРОВОДЯТ НЕ РЕЖЕ

1. 1 раз в сутки
2. 3 раз в сутки
3. 4 раз в сутки
4. 2 раз в сутки

294. ГЕНЕРАЛЬНУЮ УБОРКУ ПОМЕЩЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВНЕ ГРАФИКА ПРОВОДЯТ

1. по желанию старшей медицинской сестры
2. перед административным обходом главной медицинской сестрой
3. при получении неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды
4. перед проведением контрольно-надзорных мероприятий

295. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ УБОРКИ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЙ РАСТВОР НАНОСЯТ НА СТЕНЫ НА ВЫСОТУ НЕ МЕНЕЕ

1. 1 метра
2. 1,5 метров
3. 2,5 метров
4. 2 метров

296. ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РУК ПРОВОДЯТ

1. перед проведением инъекций
2. перед и после приема пищи
3. при бытовом загрязнении рук
4. перед сменой постельного белья

297. УРОВНИ МЫТЬЯ РУК ЗАВИСЯТ ОТ

1. характера манипуляции
2. степени загрязнения
3. вида используемых антисептиков (де-зинфектантов)
4. наличия перчаток

298. ДЛЯ МЫТЬЯ РУК НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. индивидуальное мыло
2. мыльницу с решеткой
3. жидкое мыло в дозаторе (диспенсере)
4. губки с моющим раствором

299. МНОГОРАЗОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ПОСЛЕ ИНВАЗИВНЫХ

МАНИПУЛЯЦИЙ ПОДВЕРГАЮТСЯ

1. только предстерилизационной очистке
2. только дезинфекции
3. дезинфекции, предстерилизационной очистке, контролю качества предстерилизационной очистки и стерилизации

4. только стерилизации

300. ДЛЯ ТЕКУЩЕЙ И ГЕНЕРАЛЬНОЙ УБОРОК ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СРЕДСТВА, ОБЛАДАЮЩИЕ СВОЙСТВАМИ

1. только дезинфицирующими
2. только моющими
3. дезинфицирующими и моющими
4. моющими и дезодорирующими

301. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОТДЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТ

1. ежедневно
2. 1 раз в месяц
3. 1 раз в неделю
4. 1 раз в квартал

302. ФЕНОЛФТАЛЕИНОВАЯ ПРОБА СТАВИТСЯ С ЦЕЛЮ ОБНАРУЖЕНИЯ ОСТАТОЧНЫХ КОЛИЧЕСТВ

1. крови
2. моющего средства
3. жировых загрязнений
4. лекарственных веществ

303. ПРИГОДНОСТЬ РАБОЧЕГО РАСТВОРА АЗОПИРАМА ПРОВЕРЯЮТ НАНЕСЕНИЕМ 2 - 3 КАПЕЛЬ РАСТВОРА НА

1. кровавое пятно
2. стерильный ватный шарик
3. стерильный тампон
4. стерильную салфетку

304. ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ АЗОПИРАМОВОЙ ПРОБЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ ОКРАШИВАНИЕ РАСТВОРА

1. фиолетовое, переходящее в розово - си-ренивое
2. зелёное, переходящее в фиолетовое
3. фиолетовое, переходящее в зелёное
4. синее, переходящее в фиолетовое

305. ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ НА НАЛИЧИЕ ОСТАТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА КРОВИ

1. ставят азопиромовую пробу
2. используют термовременные индикаторы
3. используют биотесты
4. делают смывы с различных поверхностей

306. КОЛИЧЕСТВО ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ ПРИ ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ОБРАБОТКЕ

1. 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену
2. 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц

3. 3 инструмента каждого наименования
4. 5% от одновременно обработанной партии

307. РЕЖИМ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ АВТОКЛАВИРОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 2 атм. - 132 0С - 20 минут
2. 1,1 атм. - 120 0С - 45 минут
3. 160 0С - 120 минут
4. 180 0С - 60 минут

308. СРОК СОХРАНЕНИЯ СТЕРИЛЬНОСТИ ИЗДЕЛИЙ ЗАВИСИТ ОТ

1. метода стерилизации
 2. вида изделия медицинского назначения
 3. характера манипуляции
 4. упаковки
309. ВРЕМЕННОЕ ХРАНЕНИЕ ГРЯЗНОГО БЕЛЬЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ ДОПУСКАЕТСЯ НЕ БОЛЕЕ
1. 12 часов
 2. 1 недели
 3. 3 суток
 4. 24 часов
310. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОЙ И ТОЙ ЖЕ ПАРЫ ПЕРЧАТОК ДЛЯ УХОДА ЗА ДВУМЯ И БОЛЕЕ ПАЦИЕНТАМИ
1. допускается во всех случаях
 2. допускается по решению главной медсестры
 3. отдается на усмотрение персонала
 4. не допускается
311. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА (ПРИ ОТСУТСТВИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ) ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ
1. не реже 1 раза в 3 дня
 2. не реже 1 раза в 7 дней
 3. не чаще 1 раза в 2 дня
 4. ежедневно
312. ПАРАМЕТРЫ МИКРОКЛИМАТА И ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ПОМЕЩЕНИЙ НОРМИРУЮТСЯ
1. в помещениях классов чистоты А, Б, В, Г
 2. только в помещениях класса чистоты А
 3. помещениях классов чистоты Б
 4. в помещениях классов чистоты А и Б
313. УБОРОЧНЫЙ ИНВЕНТАРЬ (ЕМКОСТИ, ВЕТОШИ, ШВАБРЫ) ДОЛЖЕН ИМЕТЬ
1. чёткую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ
 2. чёткую маркировку только для туалета
 3. маркировку для режимных кабинетов
 4. маркировку на усмотрение администрации МО
314. ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ УБОРОЧНЫЙ ИНВЕНТАРЬ ПОДЛЕЖИТ
1. дезинфекции
 2. стерилизации
 3. проветриванию
 4. промыванию
315. ХРАНЕНИЕ УБОРОЧНОГО ИНВЕНТАРЯ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ
1. в ведрах
 2. в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов
 3. в помещениях рабочих кабинетов
 4. на батареях
316. РЕЖИМ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИЗДЕЛИЙ ИЗ СТЕКЛА И МЕТАЛЛА В ВОЗДУШНОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СОСТАВЛЯЕТ
1. 180°C - 60 минут
 2. 1,1 атм. - 120°C - 45 минут
 3. 2 атм. - 132°C - 20 минут
 4. 160°C - 120 минут
317. РЕЖИМ СТЕРИЛИЗАЦИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ПРЕДМЕТОВ ПРИ АВТОКЛАВИРОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ
1. 2 атм. - 132°C - 20 минут
 2. 1,1 атм. - 120°C - 45 минут
 3. 160°C - 120 минут

4. 180°C - 60 минут

318. ПРИ РАБОТЕ С

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ НЕОБХОДИМО

1. соблюдать личную гигиену
2. делать 15 минутные перерывы
3. применять средства индивидуальной защиты
4. выходить на свежий воздух

319. ПОСЛЕ ВЫПИСКИ (СМЕРТИ) ПАЦИЕНТА ПОСТЕЛЬНЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

(МАТРАСЫ, ПОДУШКИ, ОДЕЯЛО) ПОДВЕРГАЮТ

1. профилактической дезинфекции
2. камерной дезинфекции
3. стерилизации
4. очаговой дезинфекции

320. МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМОМЕТРЫ ДЕЗИНФИЦИРУЮТ СПОСОБОМ

1. погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой

2. протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства
3. двукратного протирания с интервалом 15 минут
4. камерной дезинфекции

321. РЕЖИМ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. временем экспозиции в дезинфицирующем средстве
2. временем экспозиции и температурой дезинфицирующего средства
3. концентрацией дезинфицирующего средства и временем экспозиции
4. видом изделия медицинского назначения

322. К ГИГИЕНИЧЕСКОМУ УРОВНЮ МЫТЬЯ РУК ОТНОСИТСЯ

1. нанесение антисептика на руки без пред-варительного мытья рук
2. мытье рук под проточной водой с мылом с последующим нанесением антисептика
3. мытье рук до достижения стерильности кистей рук на определенное время
4. мытье рук под проточной водой с мылом с последующим надеванием перчаток

323. СПЕЦОДЕЖДУ МЕДПЕРСОНАЛА В РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ

СЛЕДУЕТ МЕНЯТЬ

1. 1 раз в 2 дня и при загрязнении
2. 1 раз в неделю и при загрязнении
3. 2 раза в неделю и при загрязнении
4. ежедневно и при загрязнении

324. САНПРОПУСКНИК СЛУЖИТ ДЛЯ

1. санитарной обработки пациента
2. оказания экстренной помощи
3. регистрации пациентов
4. приготовления дезинфицирующих растворов

325. КРОВЬ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ АНАЛИЗЫ БЕРЕТСЯ

1. утром натощак
2. после завтрака
3. в любое время суток
4. перед обедом

326. К ПРАВИЛАМ ХРАНЕНИЯ ТЕРМОМЕТРОВ ОТНОСИТСЯ РАЗМЕЩЕНИЕ

1. после дезинфекции в сухом виде
2. в 3% растворе перекиси водорода
3. в 0,5% растворе сайдекса
4. в дистиллированной воде

327. ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТА НА ВВЕДЕНИЕ

ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение температуры тела
2. анафилактический шок
3. крапивница
4. покраснение

328. РОТАЦИЕЙ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ НАЗЫВАЮТ
1. смена дезинфицирующего средства в пределах группы
 2. переход от химической дезинфекции к аппаратным методам обеззараживания
 3. одновременное использование дезинфицирующих средств нескольких групп
 4. замена дезинфицирующего средства на препарат другой группы
329. ИНДИКАТОРЫ ЭКСПРЕСС - КОНТРОЛЯ КОНЦЕНТРАЦИИ
ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ РАСТВОРОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАКЛАДЫВАТЬ В
1. концентрат дезинфицирующего средства
 2. рабочий раствор в процессе использования
 3. рабочий раствор по окончании использования
 4. рабочий раствор до начала использования
330. ВНУТРИМЫШЕЧНЫЕ ИНЪЕКЦИИ ВЫПОЛНЯЮТ В
1. нижненаружный квадрант ягодицы
 2. нижневнутренний квадрант ягодицы
 3. верхненаружный квадрант ягодицы
 4. верхневнутренний квадрант ягодицы
331. УГОЛ НАКЛОНА ИГЛЫ ПРИ ВНУТРИКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ (В ГРАДУСАХ)
1. 5
 2. 45
 3. 90
 4. не имеет значения
332. ПРИ ВНУТРИКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ ИГЛА ВВОДИТСЯ НА ГЛУБИНУ
1. двух третей иглы
 2. в зависимости от расположения сосуда
 3. всей длины иглы
 4. среза иглы
333. МЕСТОМ ВВЕДЕНИЯ ВНУТРИКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. внутренняя поверхность предплечья
 2. бедро
 3. передняя брюшная стенка
 4. наружная поверхность плеча
334. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, СВЯЗАННЫМ С НАРУШЕНИЕМ ПРАВИЛ АСЕПТИКИ И
АНТИСЕПТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНЪЕКЦИЙ ОТНОСЯТСЯ
1. воздушные эмболии
 2. постинъекционные инфильтраты и абсцессы
 3. аллергические реакции
 4. жировые эмболии
335. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ КЛИЗМЫ ПАЦИЕНТА УКЛАДЫВАЮТ НА
1. левый бок
 2. правый бок
 3. спину
 4. живот
336. ДЛЯ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ НЕОБХОДИМО ПРИГОТОВИТЬ
1. 10-12 л воды комнатной температуры
 2. 100-200 мл масляного раствора
 3. 1-1,5 л воды комнатной температуры
 4. 100 мл 10% раствора хлорида натрия
337. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ НАКОНЕЧНИК ВВОДЯТ В
ПРЯМУЮ КИШКУ НА ГЛУБИНУ СМ
1. 2-4
 2. 20
 3. 10-12
 4. 40
338. ПРИ ПОСТАНОВКЕ СИФОННОЙ КЛИЗМЫ ЗОНД ВВОДЯТ В КИШЕЧНИК НА
ГЛУБИНУ СМ

1. 5-10
2. 10-15
3. 40-60
4. 30-40

339. ПОСЛЕ МАСЛЯНОЙ КЛИЗМЫ ОПОРОЖНЕНИЕ КИШЕЧНИКА НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

1. 10-15 минут
2. 1 час
3. 10-12 часов
4. 6 часов

340. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ КЛИЗМЫ НЕОБХОДИМО ПРИГОТОВИТЬ 50-100 МЛ РАСТВОРА ХЛОРИДА НАТРИЯ

1. 2%
2. 20%
3. 10%
4. 0,9%

341. ЗА 20-30 МИНУТ ДО ПОСТАНОВКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КЛИЗМЫ ПАЦИЕНТУ СТАВИТСЯ

1. очистительная клизма
2. газоотводная трубка
3. сифонная клизма
4. гипертоническая клизма

342. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ СИФОННОЙ КЛИЗМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. грушевидный баллон с наконечником
2. кружка Эсмарха
3. система из 2-х желудочных толстых зондов
4. шприц Жане

343. ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ КЛИЗМЫ ПРИМЕНЯЮТ 10% РАСТВОР ХЛОРИДА НАТРИЯ В ОБЪЕМЕ

1. 50-100 мл
2. 10-50 мл
3. 200-400 мл
4. 800-1000 мл

344. К ПОСЛАБЛЯЮЩИМ КЛИЗМАМ ОТНОСЯТСЯ

1. масляная
2. сифонная
3. очистительная
4. лекарственная

345. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СИФОННОЙ КЛИЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. выведение из кишечника токсических веществ
2. появление отеков
3. подготовка к родам
4. проведение рентгенологического исследования брюшной полости

346. ОБЪЕМ ВОДЫ ДЛЯ СИФОННОЙ КЛИЗМЫ СОСТАВЛЯЕТ

1. 1-1,5 л
2. 5-6 л
3. 10-12 л
4. 18-20 л

347. КРАТНОСТЬ ПРОМЫВАНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ СИФОННОЙ КЛИЗМЕ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ

1. 1 раз
2. 3 раза
3. 5 раз
4. до чистых промывных вод

348. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. спастические запоры
2. подготовка к операции
3. кишечное кровотечение
4. атонические запоры

349. ПРИ ПОСТАНОВКЕ МАСЛЯНОЙ
КЛИЗМЫ ГАЗОТВОДНУЮ ТРУБКУ ВВОДЯТ НА

1. 15-20 см
2. 5-10 см
3. 20-30 см
4. 30-40 см

350. СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ (В ГРАДУСАХ

ЦЕЛЬСИЯ)

1. 38-38,5
2. 38,1-38,2
3. 37,1-38
4. 39-39,5

351. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

ПЕРЧАТКИ

1. стерильные
2. нестерильные
3. нестерильные, обработанные спиртом
4. кольчужные

352. УРЕТРАЛЬНЫЙ КАТЕТЕР ПЕРЕД ВВЕДЕНИЕМ ОБРАБАТЫВАЮТ

1. 3% раствором перекиси водорода
2. 70% этиловым спиртом
3. стерильным вазелиновым маслом или глицерином
4. антисептическим раствором

353. ПРИ ОБРАБОТКЕ ГЛАЗ, РЕСНИЦЫ И ВЕКИ ПРОТИРАЮТ ПО НАПРАВЛЕНИЮ

1. от наружного края к внутреннему
2. круговыми движениями
3. произвольно
4. от внутреннего угла к наружному

354. ПРИЗНАКАМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ

1. редкий, слабый пульс
2. цианоз кожных покровов
3. частый, слабый пульс
4. бледность кожных покровов, тахипноэ

355. КУПИРОВАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НАЧИНАЕТСЯ С ВВЕДЕНИЯ

1. 40% раствор глюкозы
2. 10% раствор глюкозы
3. 20% раствор глюкозы
4. инсулина

356. ПАЦИЕНТУ С НОСОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРИДАТЬ ПОЛОЖЕНИЕ

1. уложить, голову запрокинуть
2. усадить, голову опустить, дать холод
3. голову запрокинуть
4. голову опустить

357. КРИТЕРИЯМИ ПРАВИЛЬНОГО

НАЛОЖЕНИЯ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ
КРОВОТЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. остановка кровотечения, отсутствие пульса ниже жгута, бледность конечности
2. цианоз конечности
3. гиперемия конечности
4. восстановления сознания

358. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОБМОРОКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. кратковременная потеря сознания, по-верхностное дыхание, редкий, слабый пульс

2. слабый, частый пульс
3. гиперемия лица
4. саккадированное дыхание
359. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. недержание мочи
 2. повреждение слизистой оболочки мочеи-спускательного канала, инфицирование
 3. задержка мочи
 4. бледность кожных покровов
360. ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ СОСТАВЛЯЕТ
 1. +18 °С
 2. +37 °С
 3. +25 °С
 4. +10 °С
361. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ЗАВИСИМЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. введение адреналина, глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов
 2. введение антигистаминных препаратов
 3. наложение жгута выше места инъекции
 4. восполнение объема циркулирующей крови
362. ПРИ ЯВЛЕНИЯХ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ПРИДАТЬ ПОЛОЖЕНИЕ
 1. сидя
 2. горизонтальное с опущенной головой и приподнятыми ногами
 3. полусидячее
 4. горизонтальное с приподнятой головой и опущенными ногами
363. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ АРТЕРИИ КОНЕЧНОСТИ, ЕЕ ПРИЖИМАЮТ
 1. выше раны
 2. ниже раны
 3. внутри раны
 4. не имеет значение
364. УФО - МЕТОД
 1. дезинфекции
 2. стерилизации
 3. дезинсекции
 4. дератизации
365. ДЕЗИНФЕКЦИЯ БАКТЕРИЦИДНЫХ ЛАМП ПРОВОДИТСЯ
 1. 3% раствором перекиси водорода
 2. 4% раствором хлорамина
 3. 6% раствором перекиси водорода
 4. 70% раствором этилового спирта
366. ТАКТИКА ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ
 1. оставить больного в палате, сообщить врачу
 2. оставить больного в палате и взять до-полнительные анализы
 3. оставить больного в палате, никому не сообщать
 4. изолировать больного в отдельную палату, сообщить врачу, организовать дезинфекционные мероприятия
367. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ В ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ СОСТАВЛЯЕТ
 1. 7-10 минут
 2. 2-5 минут
 3. 5-7 минут
 4. до 10 минут
368. В ЛЕЧЕБНОМ ОТДЕЛЕНИИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПАС ЛЕКАРСТВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ

1. месячную потребность
2. трехдневную потребность
3. суточную потребность
4. недельную потребность
369. РИСК РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО ШКАЛЕ
 1. Ватерлоу
 2. Кернига
 3. Симса
 4. Фаулера
370. ПЕРВЫЙ ПРИЗНАК ПРОЛЕЖНЕЙ
 1. покраснение
 2. пузыри
 3. язвы
 4. сыпь
371. ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ КРОВЬ БЫВАЕТ
 1. алая, пеннистая
 2. темная со сгустками
 3. цвета «кофейной гущи»
 4. красная
372. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ
 1. введение аминокaproновой кислоты
 2. тепло на грудную клетку
 3. холод на грудную клетку
 4. введение хлорида кальция внутривенно
373. ОБМОРОК - ЭТО ФОРМА ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
 1. коронарной
 2. сосудистой
 3. левожелудочковой
 4. правожелудочковой
374. НЕЗАВИСИМОЕ СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОБМОРОКЕ
 1. использование нитроглицерина
 2. введение мезатона
 3. проведение оксигенотерапии через пено- гасители
 4. применение паров нашатырного спирта
375. НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ НАЧИНАЮТ ОКАЗЫВАТЬ
 1. на месте развития шока
 2. в палате
 3. в реанимационном отделении
 4. в приемном отделении
376. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ - ЭТО
 1. документ, регламентирующий производственные полномочия и обязанности работника
 2. свод законов
 3. локальный акт
 4. служебная записка
377. ДОЛЖНОСТНЫМ ПРЕСТУПЛЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. злоупотребление властью или служебным положением
 2. оскорбление
 3. клевета
 4. халатность
378. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ИАИР (ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ) ЯВЛЯЕТСЯ
 1. руки персонала
 2. медицинская аппаратура
 3. предметы ухода

4. заболевание пациента
379. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ КРАСНЫЙ «ЛАКИРОВАННЫЙ» ЯЗЫК, ЖЖЕНИЕ ЯЗЫКА
1. хронический лейкоз
 2. В12-дефицитная анемия
 3. острый лейкоз
 4. железодефицитная анемия
380. ВЕДУЩИЙ ПРИЗНАК АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА
1. быстрое критичное падение АД
 2. кашель с «ржавой мокротой»
 3. артериальная гипертензия
 4. изжога
381. СРОК СТЕРИЛЬНОСТИ ИЗДЕЛИЙ НА СТЕРИЛЬНОМ СТОЛЕ
1. 3 часа
 2. 3 суток
 3. 1 сутки
 4. 6 часов
382. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА
1. парентерально
 2. внутрь
 3. накожно
 4. сублингвально
383. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ НАСТУПАЮЩЕГО ОТЕКА ЛЕГКИХ
1. головокружение
 2. лихорадка
 3. нарастающее удушье
 4. кашель с «ржавой» мокротой
384. ТЕКУЩИЕ УБОРКИ В ПАЛАТАХ И РЕЖИМНЫХ КАБИНЕТАХ ПРОВОДЯТСЯ ПО РЕЖИМУ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ГИБЕЛЬ
1. вирусов
 2. грибов
 3. бактерий, вирусов, грибов
 4. бактериальной микрофлоры
385. ГЕНЕРАЛЬНЫЕ УБОРКИ В РЕЖИМНЫХ КАБИНЕТАХ ПРОВОДЯТСЯ ПО РЕЖИМУ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ГИБЕЛЬ
1. бактерий, вирусов, грибов
 2. бактерий, вирусов
 3. вирусов, бактерий туберкулеза
 4. вирусов
386. ОБЪЕКТЫ, ЗАГРЯЗНЕННЫЕ КРОВЬЮ, ПРОХОДЯТ ДЕЗИНФЕКЦИЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА ПО РЕЖИМУ
1. грибковых
 2. бактериальных
 3. вирусных инфекций
 4. бактерий туберкулеза
387. ВЛАЖНУЮ УБОРКУ В БУФЕТНЫХ И СТОЛОВЫХ ПРОВОДЯТ
1. после каждой раздачи пищи
 2. после ужина
 3. 2 раза в день
 4. 1 раз в день
388. ДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ ПОРЕЗЕ, УКОЛЕ
1. снять перчатки, вымыть руки мылом под проточной водой, обработать 96% спир-том, смазать ранку 5 % раствором йода
 2. снять перчатки, обработать 70% спир-том, вымыть руки под проточной водой, смазать

ранку 5 % раствором йода

3. снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать 70% спиртом, смазать ранку 5% раствором

йода

4. вымыть руки мылом под проточной водой, обработать 70% спиртом, смазать ранку 5 % раствором йода

389. ДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ ПОПАДАНИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ГЛАЗ

1. обильно промыть водой (не тереть)

2. протереть влажной салфеткой

3. промыть водой, обработать 70 % спиртом

4. закапать раствором сульфацила натрия

390. ДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ ПОПАДАНИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ НА СЛИЗИСТУЮ ПОЛОСТИ РТА

1. прополоскать ротовую полость водой, затем 96% этиловым спиртом

2. прополоскать ротовую полость 70% этиловым спиртом, затем водой

3. прополоскать ротовую полость теплой кипяченой водой

4. промыть большим количеством воды ротовую полость и прополоскать 70% раствором этилового спирта

391. ДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ ПОПАДАНИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ НА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

1. обработать 70% спиртом, промыть водой с мылом, обработать 70% спиртом

2. обработать 96% спиртом, промыть водой с мылом, обработать 70% спиртом

3. обработать 70% спиртом, промыть водой с мылом, обработать 96% спиртом

4. промыть водой с мылом, обработать 70% спиртом, промыть водой с мылом

392. ДЕЙСТВИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ЦЕЛОСТНОСТИ ПЕРЧАТОК И ЗАГРЯЗНЕНИИ РУК КРОВЬЮ

1. вымыть руки в перчатках водой с мылом, снять перчатки, обработать кожным антисептиком дважды

2. снять перчатки, вымыть руки водой с мылом, высушить салфеткой однократного применения, обработать кожным антисептиком дважды

3. снять перчатки, вымыть руки водой с мылом, обработать кожным антисептиком, высушить салфеткой однократного применения

4. снять перчатки, обработать кожным антисептиком, вымыть руки водой с мылом, высушить салфеткой однократного применения

393. ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ

ПЕРЧАТОК ВЫДЕЛЕНИЯМИ, КРОВЬЮ

1. помыть руки в перчатках под проточной водой, снять перчатки

2. убрать видимые загрязнения салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, снять перчатки, утилизировать

3. продолжить выполнение манипуляций другому пациенту

4. кровь снять салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, убрать видимые загрязнения, не снимать перчатки, продолжить проведение манипуляций

394. ЧАСТОТА СМЕНЫ ОДЕЖДЫ МЕДПЕРСОНАЛА В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. 2 раза в неделю

2. 1 раз в неделю

3. ежедневно

4. 1 раз в месяц

395. ЧАСТОТА СМЕНЫ ОДЕЖДЫ МЕДПЕРСОНАЛА В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. 2 раза в неделю

2. 1 раз в неделю

3. ежедневно

4. 1 раз в месяц

396. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОБРАБОТКИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

МНОГОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

1. стерилизация, дезинфекция
2. дезинфекция, предстерилизационная очистка, контроль качества предстерилизационной очистки и стерилизация
3. предстерилизационная очистка, дезинфекция, стерилизация
4. дезинфекция, стерилизация
397. К АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ИЗМЕРЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ИЗМЕРЕНИЯ
 1. веса, роста
 2. ЧСС, АД
 3. спирометрии, ЭКГ
 4. динамометрии, спирометрии
398. СПОСОБНОСТЬ К СОПЕРЕЖИВАНИЮ И СОЧУВСТВИЮ ДРУГИМ
 1. симпатия
 2. альтруизм
 3. аффилиация
 4. эмпатия
399. В ОБЩЕНИИ С КОЛЛЕГАМИ, РУКОВОДСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

СЛЕДУЕТ

1. соблюдать субординацию
 2. держать дистанцию
 3. демонстрировать свое превосходство
 4. идти на конфронтацию
 400. ЯТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБУСЛОВЛЕНЫ
 1. вредными факторами производства
 2. заболеваниями с неблагоприятным прогнозом
 3. заболеваниями наследственного генеза
 4. неосторожными действиями или высказываниями медицинских работников
 401. УРОВЕНЬ МЫТЬЯ РУК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЮБОГО ВИДА ИНЪЕКЦИИ
 1. хирургический
 2. гигиенический
 3. производственный
 4. социальный
 402. ОСОБЕННОСТИ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА
 1. вводится подкожно за 20-30 минут до еды
 2. необходимо менять места инъекций
 3. нельзя вводить вблизи крупных сосудов
 4. нельзя вводить подогретым
 403. ПАЦИЕНТУ ПРИ СТРОГОМ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ РАЗРЕШАЕТСЯ
 1. ходить в столовую
 2. свободно ходить по коридору, посещать туалет
 3. только поворачиваться в постели
 4. сидеть на кровати, свесив ноги
 404. ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ И КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ
 1. ожоговый шок, травматический шок, острая кровопотеря
 2. анафилактический шок
 3. кардиогенный шок
 4. тромбоэмболия легочной артерии
- (ТЭЛА)
405. ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
 1. через прямую кишку
 2. через дыхательные пути
 3. под язык
 4. внутривенно, внутримышечно
 406. СУБЛИНГВАЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ - ЭТО

ВВЕДЕНИЕ

1. в дыхательные пути

2. под язык
3. в прямую кишку
4. на кожу

Ситуационные задачи:

1. У пациентки 45 лет после укуса пчелы в течение 5-10 минут появились зуд, крапивница, эритема, чувство жжения, осиплость голоса. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 120 в 1 мин., АД 60/30, тоны сердца глухие, при аускультации затрудненный выдох, множественные сухие хрипы.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- Опишите тактику оказания скоАиР помощи при данном состоянии.
- Что является лекарственным препаратом первого выбора при анафилактическом шоке, укажите дозировку для взрослых и детей?
- Какую лекарственную терапию вы будете проводить при наличии у пациентки бронхоспазма?

2. У пациента 18 лет после внутривенного введения антибиотика в течение нескольких секунд развилась артериальная гипотензия, пульс на периферических артериях не определяется, дыхание носит агональный характер, зрачки расширены, реакция на свет зачастую отсутствует, свистящее дыхание с удлинённым выдохом, резкая бледность кожных покровов.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- Опишите тактику оказания АиР помощи при данном состоянии.

- Что является препаратом первого выбора при анафилактическом шоке, укажите дозировку для взрослых и детей?

3. Вызов на улицу, на автобусную остановку. Мужчина, около 45 лет, внезапно упал, перестал дышать. При осмотре: сознание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется, дыхания нет. На мониторе крупноволновая фибрилляция желудочков.

- Предположите наиболее вероятный диагноз. Основные критерии постановки этого диагноза.

- Опишите тактику оказания АиР помощи при данном состоянии.

- Каковы приоритеты при проведении сердечно-легочной реанимации в данном случае?

- Какие лекарственные препараты, а также в каких дозировках, вы будете применять в данной ситуации?

- Когда вы можете прекратить проводить реанимационные мероприятия?

4. Больной Б. 58 лет. Вызов врача скорой медицинской помощи на дом. Повод к вызову: перебои в работе сердца. Считает себя больным около 5 часов, когда появилось ощущение сердцебиения. Ранее нарушений ритма не отмечал. В анамнезе гипертоническая болезнь, более 10 лет, постоянно получает гипотензивную терапию (ингибиторы АПФ, диуретики). Вредные привычки отрицает. Имеется избыточная масса тела (индекс массы тела - 32)

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, теплые, умеренной влажности. Конституция нормостеническая. ЧД - 23 в минуту, дыхание жесткое,

хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум на верхушке. Границы сердца расширены влево. ЧСС около 150 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения, около 120 в мин. Дефицит пульса - до 30 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Данные ЭКГ:

- Предположите наиболее вероятный диагноз. Дайте заключение по представленной ЭКГ.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- Опишите тактику оказания АиР помощи при данном состоянии.
- Какие данные обследований будут подтверждать ваш предполагаемый диагноз.
- Ваши рекомендации по дальнейшему лечению пациента.

5. Женщина 19 лет. Жалобы на внезапно возникшую острую боль внизу живота справа, возникшую в конце полового акта, на высоте болей кратковременная потеря сознания, рвота однократно, слабость, головокружение, боль иррадирует в эпигастральную область. Анамнез: Соматически здорова. Травм, операций не было. Менструации с 12 лет, установились в течение года, по 5 дней, через 28-30 дней - регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Контрацепция - прерванный половой акт. Беременностей не было. По данным женщины, исходя из даты последних менструаций, которые прошли без особенностей, в настоящее время 17-ый день менструального цикла. Состояние тяжелое. Вынужденное положение: лежит на правом боку, подогнув ноги к животу. Кожные покровы

чистые, бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные. Пульс на периферических артериях с частотой 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Живот болезненный преимущественно в нижней части, определяются перитонеальные симптомы в нижних отделах, перкуторно в брюшной полости определяется свободная жидкость. Выделения слизистые.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
- Опишите тактику оказания АиР помощи при данном состоянии.

6. Больной около 30 лет (неизвестный, без документов, анамнез не известен, время экспозиции не известно). Найден на кладбище, без сознания, Доставлен в стационар выездной бригадой скорой медицинской помощи. На догоспитальном этапе кома 1, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений 120/мин, акцент 2 тона в точке Боткина; pO₂арт 78 мм.рт.ст. Дыхание самостоятельное 22/мин. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Живот мягкий, безболезненный, перистальтических шумов нет. Зрачки D=S, 8 мм в диаметре. Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе: фенилэфрин 2 мл в 400,0 мл декстрана, установлен воздуховод. В стационарном отделении скорой медицинской помощи: сознание кома 1; Артериальное давление 80/50 мм.рт.ст.; частота сердечных сокращений 115/мин, pO₂арт 78 мм.рт.ст. Кожные покровы и слизистые бледные, влажные. Дыхание самостоятельное 22/мин. Живот мягкий, безболезненный, перистальтики нет; зрачки D=S, 8 мм в диаметре, фотореакция снижена, одинаковая с обеих сторон, глазные яблоки - фиксированы.

Нистагма нет, лицо симметричное. Сухожильные и периостальные рефлексы ослаблены, мышечный тонус и реакция на боль снижены. Менингеальных знаков нет. Инфузия фенилэфрин и декстран. Проведена фармакологическая проба декстроза (25 г) + тиамин (200 мг) + налоксон 200 мкг - без эффекта (судорог, увеличения частоты сердечных сокращений после пробы не наблюдалось). На ЭКГ: синусовый ритм, блокада правой ножки Пучка Гиса, комплекс QRS 0,14 с.

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- Опишите тактику оказания АиР помощи при данном состоянии.
- Ваши рекомендации по плану дальнейшего лечения пациента.

Задача №1.

Больная Е., 54 лет, поступила в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, нарушение зрения, сонливость, смену настроений.

Из анамнеза известно, что страдает артериальной гипертензией с 48 лет, после наступления менопаузы, с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. С этого же времени отмечает прибавку массы тела на 25 кг. Постоянной гипотензивной терапии не получает. В течение последнего года беспокоит нарушение сна с частыми и длительными периодами остановки дыхания во сне, компенсируемое дневной сонливостью. Отмечает склонность к депрессии. Ведет малоподвижный образ жизни. ОИМ и ОНМК не переносила.

Наследственный анамнез: мама, 74 года, страдает ИБС, артериальной гипертензией, сахарным диабетом II типа. Брат умер в возрасте 50 лет от ОНМК.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост 156 см, вес 94 кг. ИМТ - 38.6 кг/м². Окружность талии - 111 см. Окружность бёдер - 108 см.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Щитовидная железа без особенностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в мин. Перкуторно границы относительной тупости сердца расширены влево.

Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 90 в минуту, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, АД - 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 157 г/л; эритроциты 5,0x10¹²/л; тромбоциты 220x10⁹/л; лейкоциты 6,8x10⁹/л; СОЭ 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л; мочевины 7,0 ммоль/л; креатинин 96 мкмоль/л; АСТ 28 ед/л; АЛТ 26 ед/л; КФК 96 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; общий холестерин 8,2 ммоль/л; ЛПНП 4,5 ммоль/л; ЛПВП 0,8 ммоль/л; триглицериды 3,5 ммоль/л; глюкоза 6,5 ммоль/л;

мочевая кислота 620 мкмоль/л.

Концентрация глюкозы в крови через 2 часа после нагрузки глюкозой: 10,5 ммоль/л.

В суточной моче: альбумин 280 мг/сутки.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больной.

Задача №2

Больная В., 46 лет, обратилась в клинику с жалобами на сердцебиение, ноющие, колющие боли в сердце без четкой связи с физической нагрузкой, одышку, в том числе и в покое, дрожь в руках, слабость, быструю утомляемость, потливость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб. Также длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°C. Вредные привычки: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Ориентирована всесторонне правильно. Рост 165 см. Вес 48 кг. Температура тела 36.9°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Выраженный экзофтальм. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пальпаторно определяется усиление верхушечного точка. При перкуссии - расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Данные обследования:

Клинический анализ крови:

12

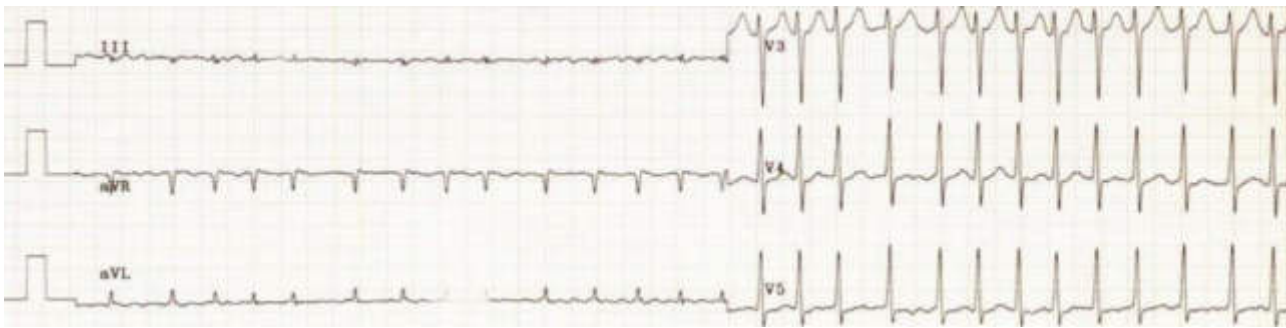
гемоглобин— 142 г/л, эритроциты— $5,2 \times 10^{12}$ /л, гематокрит - 40%, средний объем эритроцитов 109,0 фл, среднее содержание гемоглобина 28,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 374 г/л, лейкоциты — $7,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты — 138×10^9 /л, лимфоциты - $2,2 \times 10^9$ /л, гранулоциты - 62,1 %, моноциты 7,4 %

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевины 5.6 ммоль/л, креатинин 102.0 мкмоль/л, билирубин общий 10 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АСТ 19 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 98 Ед/л, глюкоза 4.2 ммоль/л, холестерин 4.0 ммоль/л.

Гормоны щитовидной железы: Т3 свободный 12.2 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л) , Т4 свободный 28.3 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), ТТГ 0.2 мМЕ/л (N 0.4 - 4.0 мМЕ/л).

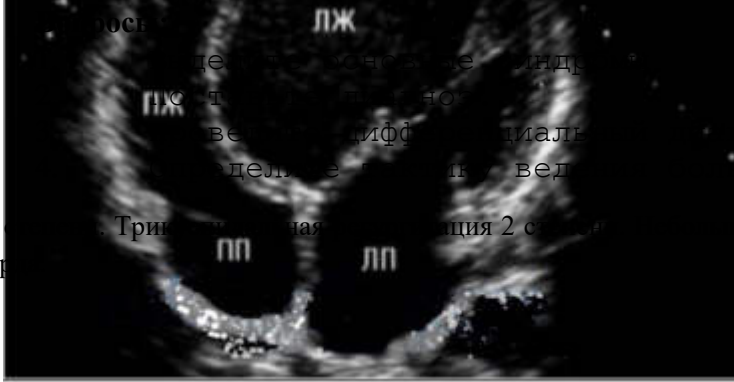
Анализ мочи: без патологии

ЭКГ:



ЭХО КГ: Исследование на фоне тахикардии. Расширение всех полостей сердца. Шарообразная форма сердца. Небольшая симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Масса миокарда ЛЖ 280 г. Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 38%. Митральная

регургитация 2
полости перикар



осе... лж... индр...
пост... ноз...
... дифф... иаль... ноз...
... дел... ве... ного

Три... ная... ция 2... е количество жидкости в

Задача №3

Больной В., 54 лет, жалуется на общую слабость, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 250 м и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 3 км) стали беспокоить около 5 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал пропранолол 40 мг с хорошим эффектом. Боли за грудиной стали возникать 3-5 раз в день при значительно меньших нагрузках, чем ранее.

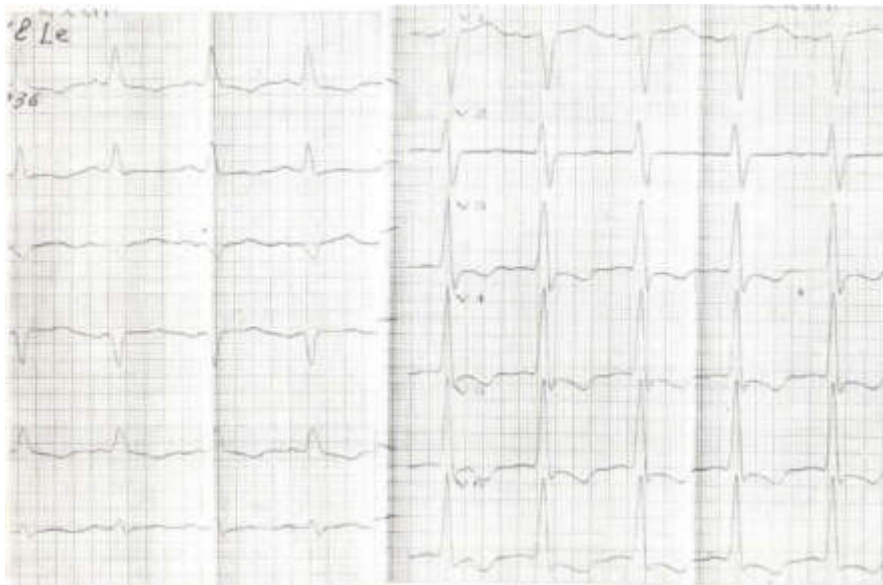
Госпитализирован после очередного болевого эпизода, сопровождавшегося развитием общей слабости.

Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность: мать умерла от рака желудка в возрасте 72 лет. Вредные привычки: курит 10 сигарет в сутки на протяжении 28

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Границы сердца: левая— полевой среднеключичной линии, правая— по правому краю грудины, верхняя — по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. Ритм правильный. ЧСС — 76 уд/мин. АД — 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

В анализе крови: гемоглобин— 139 г/л, эритроциты— $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты— $7,5 \times 10^9$ /л, тромбоциты— 243×10^9 /л, СОЭ— 11 мм/ч, общий белок— 69 г/л, альбумин — 46%, креатинин— 102 мкмоль/л, мочевина— 6,8 ммоль/л, общий билирубин — 18 мкмоль/л, триглицериды -169мг/дл, общий холестерин— 328 мг/дл, ЛПНП — 197 мг/дл, глюкоза — 4,8 мг%.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 62-119 уд./мин
В анализе мочи рН 6, уд. вес 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты 0-1 в поле зрения, лейкоциты единичные в препарате.
ЭКГ:



(средняя 68 уд в мин), ЧСС ночью 45-68 уд в мин (средняя 53 уд в мин). Желудочковая экстрасистолия — всего 130, в том числе 3 эпизода по типу тригеминии; наджелудочковая экстрасистолия— всего 340. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0,2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях в дневнике пациента. **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Какие варианты лечения можно провести больному?

Задача №4

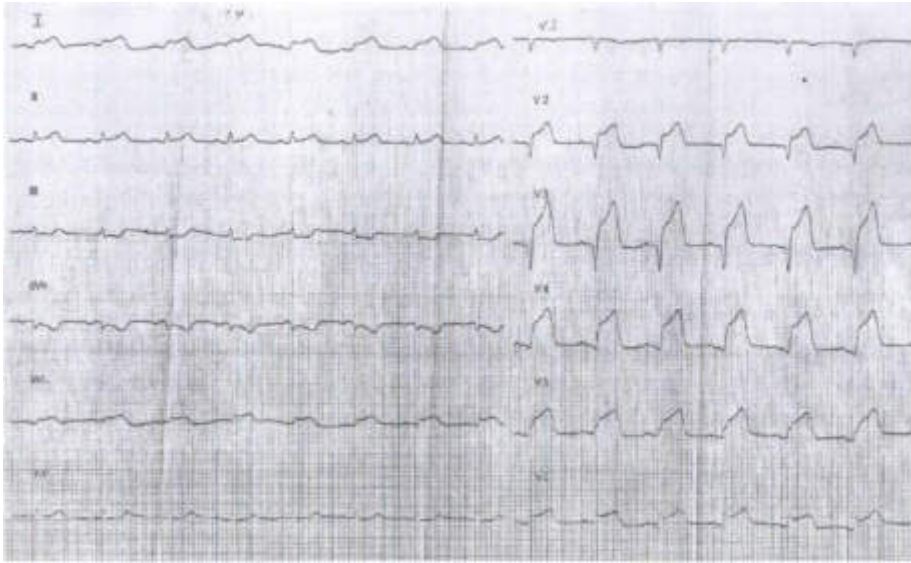
Больной Н., 46 лет, поступил с жалобами на впервые возникшую интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в межлопаточную область. Боль возникла при психоэмоциональном напряжении и продолжалась около часа, в связи с чем вызвал бригаду медицинской скорой помощи. Болевой синдром купировался самостоятельно, но больной был доставлен в стационар через 1,5 часа от начала болевого синдрома после снятия ЭКГ.

В анамнезе редко простудные заболевания, аппендэктомия 12 лет назад. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность: мать страдает артериальной гипертензией. Отец перенес инфаркт миокарда в 40 лет.

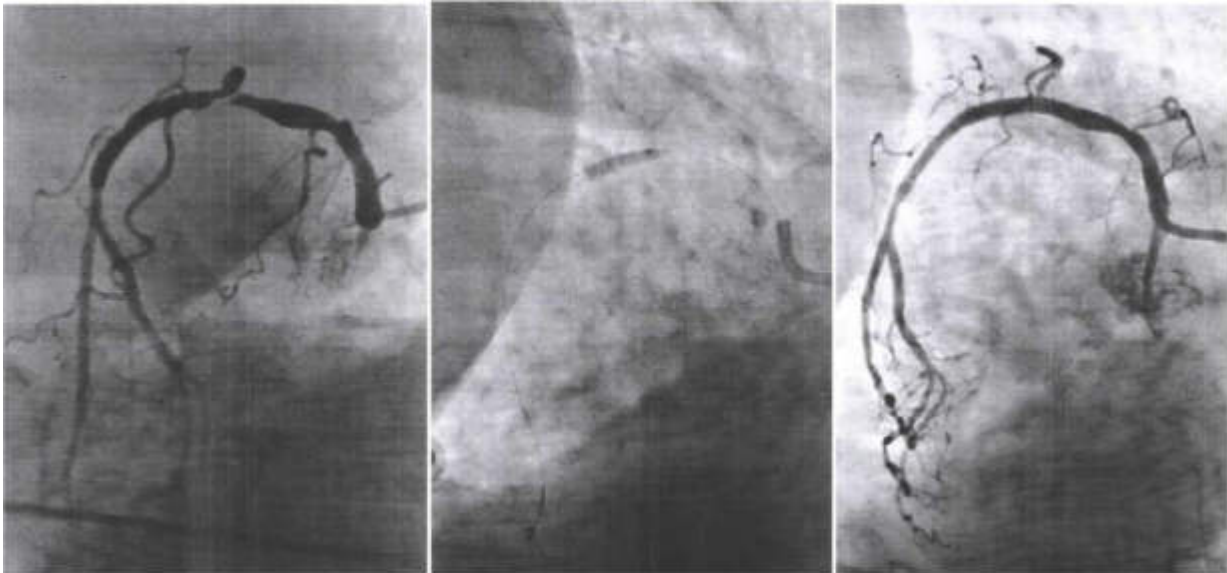
При осмотре: состояние средней тяжести. Цианоз губ. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 18 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Ритм сердца правильный. ЧСС 84 уд/мин. АД 142/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Клинический анализ крови: гемоглобин 148 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10,2 \times 10^9/\%$, тромбоциты $310 \times 10^9/\%$, СОЭ 8 мм/час.

Биохимия крови: общий белок 76 г/л, альбумины 40 г/л, креатинин 86 мкмоль/л, билирубин 15,7 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, холестерин 6,8 ммоль/л, АСТ 33 Ед/л, АЛТ 23 Ед/л, КФК 190 Ед/л, КФК-МВ 18 Ед/л, тропонин Т - отр.

ЭКГ:



Больному выполнена КАГ:



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Какие варианты лечения можно провести больному

Задача №5

Больной К., 56 лет, поступил с жалобами на дискомфорт за грудиной. В день поступления возникла интенсивная сжимающая боль за грудиной при быстрой ходьбе и не купировалась приемом нитроглицерина. Боль продолжалась около 40 минут, в связи с чем вызвал бригаду медицинской скорой помощи, которая купировала болевой синдром промедолом, и больной был доставлен в стационар через 2,5 часа от начала болевого приступа.

Боль при физической нагрузке стала беспокоить в течение 3 месяцев с 4-6 раз в неделю и купировалась приемом нитроглицерина. Постоянной терапии не получал. В анамнезе простудные заболевания, холецистэктомия 12 лет назад. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность не отягощена. Вредные привычки: курит 1 пачку сигарет в день в течение 15 лет.

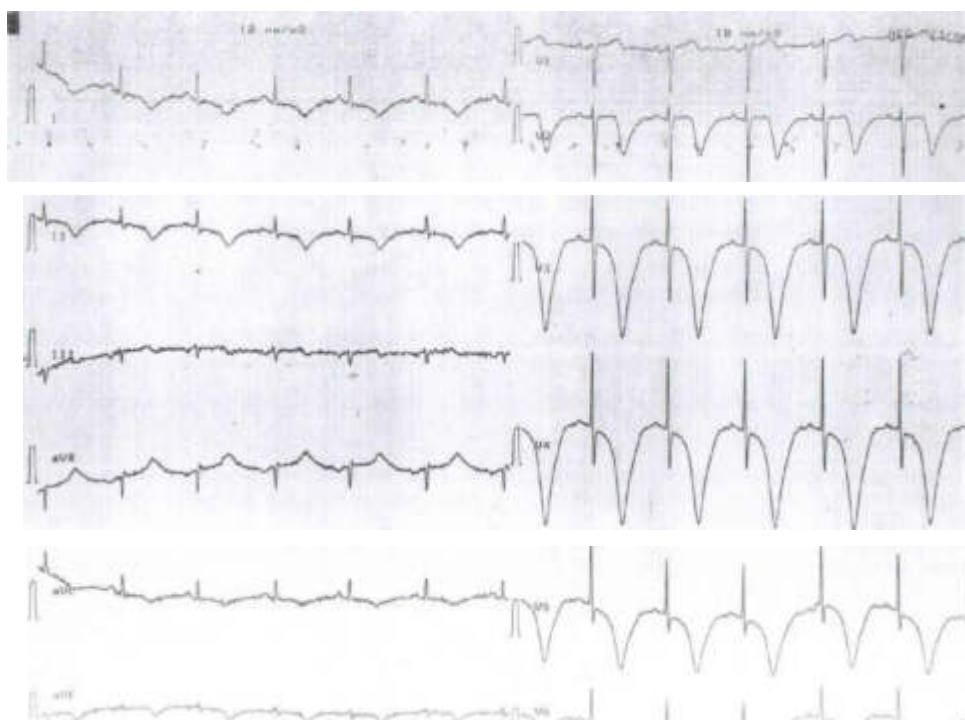
При осмотре: состояние средней тяжести. Цианоз губ. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 18 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Ритм сердца правильный. ЧСС 80 уд/мин. АД 132/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин 146 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $10,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты 340×10^9 /л, СОЭ 6 мм/час.

Биохимия крови: общий белок 77 г/л, альбумины 42 г/л, креатинин 88 мкмоль/л, билирубин 17,7 мкмоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, холестерин 7,0 ммоль/л, АСТ 30 Ед/л, АЛТ 26 Ед/л, КФК 180 Ед/л, КФК-МВ 16 Ед/л, тропонин Т - отр.

ЭКГ:



Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Какие варианты лечения можно провести больному?

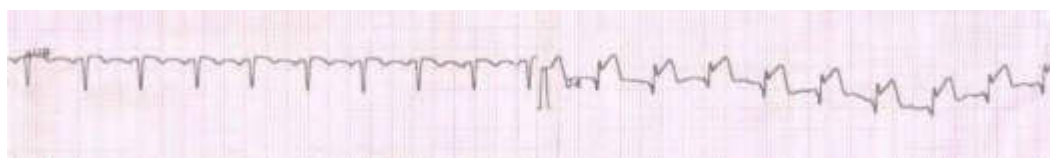
Задача №6

Больной А., 55 лет, доставлен бригадой «Скорой медицинской помощи» в реанимационное отделение больницы с жалобами на интенсивные сжимающие боли в груди, резкую слабость, выраженную потливость. Боли появились за три часа до поступления, впервые в жизни. Врач «Скорой помощи» выявил низкое АД 90/70 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Было налажено капельное введение допамина 2,5 мкг/кг/мин, за

время транспортировки пациента доза доведена до 5,0 мкг/кг/мин, введен морфин и гепарин.

При осмотре: состояние тяжелое. Выраженная диффузная бледность кожных покровов в сочетании с цианозом, конечности холодные, бледные с мраморным оттенком. Выраженная потливость - лицо покрыто каплями пота, одежда промокла от пота насквозь. ЧД 24 в минуту, мелкопузырчатые незвонкие влажные хрипы выслушиваются в нижних отделах легких, сохраняются после откашливания. Тоны сердца глухие, ЧСС 110 в минуту. АД на фоне инфузии допамина 70/55 мм рт. ст. Живот незначительно вздут, при пальпации безболезненный. При попытке получить анализ мочи с помощью установленного в мочевого пузыря катетера, мочи не получено, в дальнейшем анурия оставалась.

ЭКГ:



Клинический анализ крови: гемоглобин 143 г/л; эритроциты $4,7 \times 10^{12}$ /л; гематокрит - 43%; цветовой показатель - 0,91; лейкоциты $14,5 \times 10^9$ /л; СОЭ - 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок общий 67 г/л; мочевины 16,0 ммоль/л; креатинин 156 мкмоль/л; АСТ 41 ед/л; АЛТ 37 ед/л; КФК общ. 200 ед/л; КФК МБ 32 ед/л; тропонин Т 136 нг/л; калий 3,9 ммоль/л; натрий 142 ммоль/л; хлориды 105 ммоль/л; глюкоза сыворотки 7,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Задача №7

Больной П., 53 лет, поступил с жалобами на слабость.

В течение последних 2 месяцев стал отмечать появление интенсивных давящих болей за грудиной при большой физической нагрузке, прекращающихся в покое. К врачу не обращался. Сегодня ночью проснулся от средней интенсивности давящей боли за грудиной, которая сопровождалась слабостью, чувством нехватки воздуха и прошла самостоятельно через 20 мин. Спустя 1 час вновь появление подобного болевого синдрома и больной был госпитализирован БСМП после снятия ЭКГ и купирования болей.

В анамнезе в течение 4 лет повышение АД до 164/90 мм рт.ст. Постоянно принимает эналаприл 10 мг/сутки. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает.

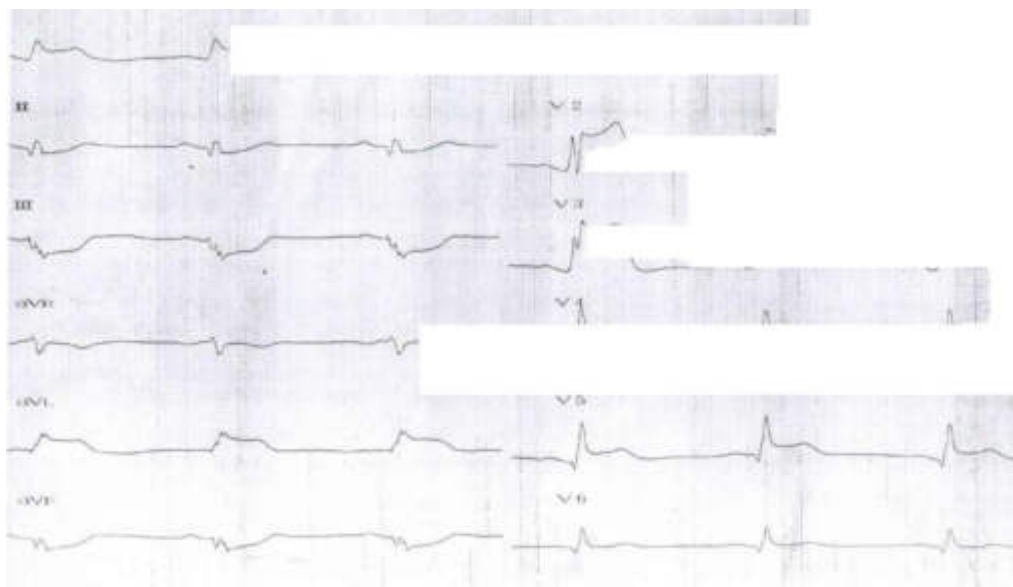
При осмотре: Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 16 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Ритм сердца правильный. ЧСС 74 уд/мин. АД 122/78 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $8,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты 260×10^9 /л, СОЭ 5 мм/час.

Биохимия крови: общий белок 76 г/л, альбумины 40 г/л, креатинин 80 мкмоль/л, билирубин 15,7 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, холестерин 5,9 ммоль/л, АСТ 23 Ед/л, АЛТ 28 Ед/л, КФК 110 Ед/л, КФК-МВ 8 Ед/л, тропонин Т - отр.

ЭКГ, снятая бригадой СМП:



ЭКГ в стационаре без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Составьте план лечения больного.

Задача №8

Больной А., 66 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, головокружение, слабость.

Из анамнеза: более 15 лет страдает артериальной гипертензией, с максимальным повышением АД до 170/100 мм рт.ст., адаптирован к АД 130/80 мм рт.ст. 6 лет назад был диагностирован сахарный диабет 2 типа, корректирует диетой, приемом гипогликемических препаратов. С этого же времени был выявлен синдром ночного апноэ. Острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, заболевания щитовидной железы в анамнезе отрицает. Настоящее ухудшение состояния отмечает со вчерашнего дня, когда появились вышеописанные жалобы. Накануне был эпизод употребления алкоголя (~ 200 мл этилового спирта).

Вредные привычки: курит более 35 лет по 1 пачке сигарет в день. Употребление алкоголя - эпизодически. Наследственность: мать - сахарный диабет, отец - ИБС.

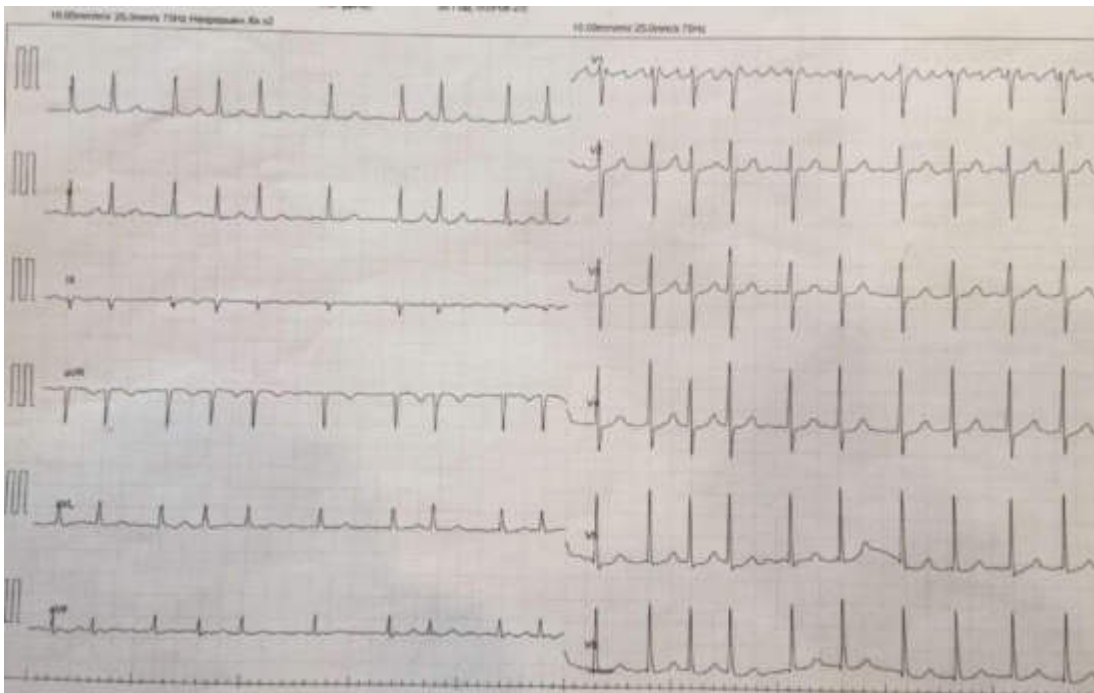
Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен. Ориентирован всесторонне правильно. Рост 180 см. Вес 122 кг. Температура тела 36.6 °С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 18 в мин. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца приглушенные, ритм неправильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 160/90 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Данные обследования:

Клинический анализ крови: без особенностей.

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевины 8.6 ммоль/л, креатинин 149.0 мкмоль/л, мочевая кислота 520 мкмоль/л, билирубин общий 12 мкмоль/л, АЛТ 19 ед/л, АСТ 29 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 112 Ед/л, глюкоза 6.9 ммоль/л, холестерин 7.0 ммоль/л.

Анализ мочи: эритроциты - 0, лейкоциты - 0, белок 3.8 г/л. Относительная плотность 1028. ЭКГ:



Эхокардиография:

Расширение левого предсердия. Умеренная симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Масса миокарда ЛЖ 370 г. Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 42%. Клапанный аппарат сердца без патологии.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Определите тактику ведения больного.

Пациент С., 19 лет, госпитализирован по скорой медицинской помощи с жалобами на сердцебиение, одышку, тошноту, слабость. Данные жалобы возникли в момент интенсивной физической нагрузки (быстрый подъем по лестнице на 8 этаж).

Из анамнеза известно, что ранее периодически отмечал возникновение подобных внезапно возникающих кратковременных приступов сердцебиений при физической нагрузке, а также после употребления крепкого кофе, которые проходили самостоятельно. Длительность настоящего приступа более 40 минут, стали нарастать вышеуказанные жалобы, в связи с чем вызвал БСМП и был госпитализирован.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Лимфоузлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС 150 уд в мин. АД-90/60 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения, напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

ЭКГ прилагается.



Вопросы:

1. Предположите возможные причины, при которых возникает данное состояние, и провоцирующие факторы для его развития.
2. На какие особенности следует обратить внимание при сборе анамнеза у данного пациента?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Дополнительные диагностические методы.
5. Назовите немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.
6. Определите тактику дальнейшего ведения пациента и меры вторичной профилактики.

Задача №10

Пациентка А., 62 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах на фоне повышения АД до 220/120 мм рт. ст., перебои в работе сердца.

Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят с 50 лет, с того же времени при случайных измерениях отмечалось максимальное повышение АД до 180/100 мм. рт. ст.

Не обследовалась, нерегулярно принимала каптоприл под язык. Ухудшение состояния в течение последних 2-3 месяцев, когда чаще стали возникать ощущения перебоев в работе сердца, что пациентка связывает со значительным эмоциональным перенапряжением.

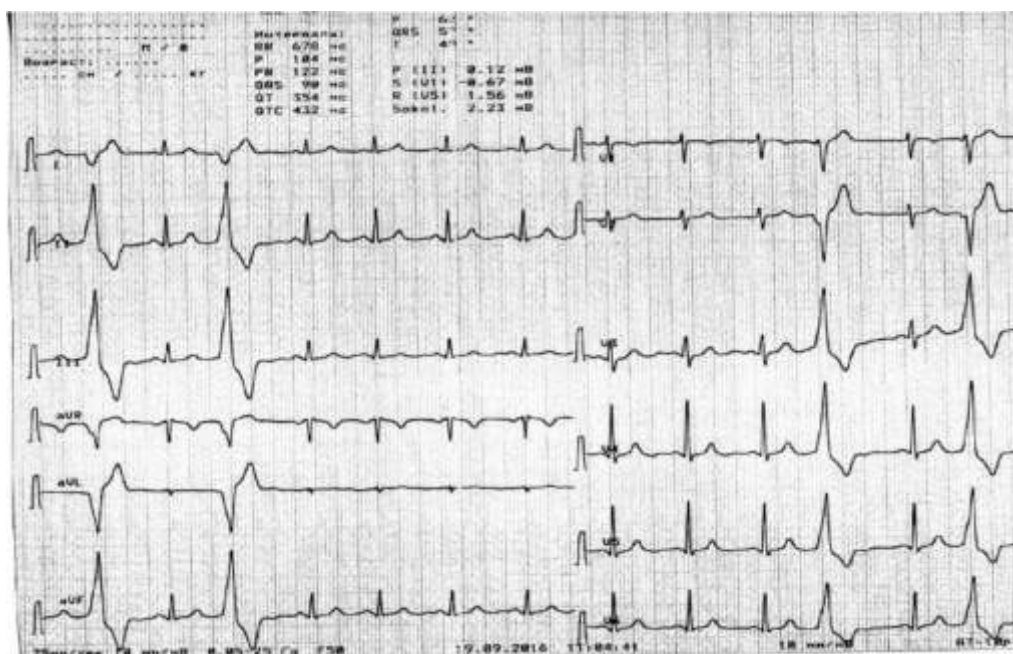
Из анамнеза жизни: мать пациентки страдает гипертонической болезнью, дважды перенесла

острое нарушение мозгового кровообращения. Отец умер в возрасте 45 лет от обширного инфаркта миокарда. Менопауза с 52 лет. Курит до пачки сигарет в день в течение 30 лет, алкоголь не употребляет. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Пациентка повышенного питания - индекс массы тела 34,2 кг/м². Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, ритм неправильный, шумы не выслушиваются. АД 190/110 мм рт. ст. ЧСС - 78 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, СОЭ - 12 мм/ч, лейкоциты - 5,5 тыс., формула не изменена.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 65 г/л, креатинин - 87 мкмоль/л, глюкоза - 5.4 ммоль/л, общий билирубин - 12 ммоль/л, натрий - 137,1 мэкв/л, калий - 5,0 мэкв/л,

В общем анализе мочи: рН - 5,0, удельный вес - 1014, белок, сахар, ацетон - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 0-0-1 в поле зрения, цилиндры - нет. Слизь, бактерии - немного.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача №11

Больной Е., 57 лет, доставлен в кардиореанимацию больницы машиной «скорой медицинской помощи» через 6 часов после начала серии приступов интенсивных сжимающих болей в груди, сопровождавшихся сердцебиением и потерей сознания.

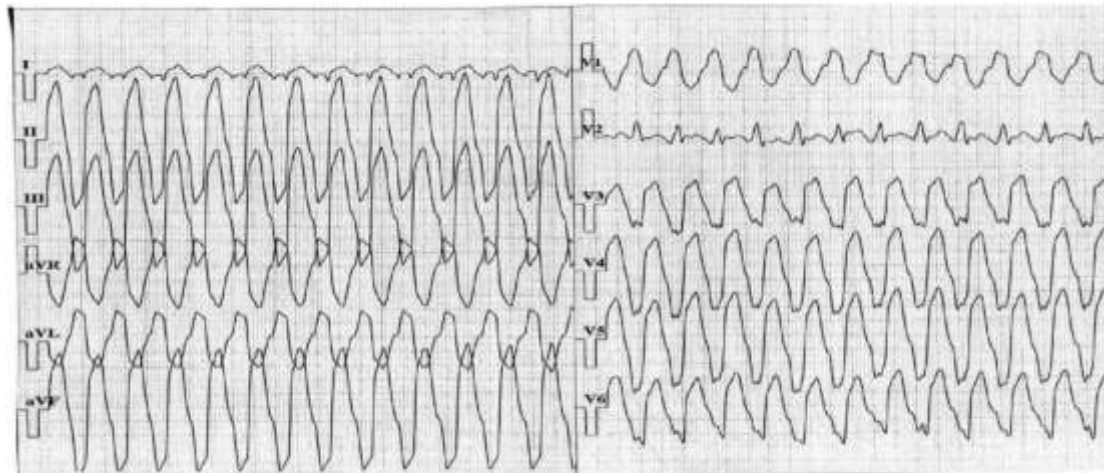
В реанимационном отделении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах выслушиваются незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 22/мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС - 180/мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под реберной дуги.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, количество эритроцитов - $4.3 \times 10^{12}/л$,

гематокрит - 39 %, цветовой показатель - 0.84 ед., количество лейкоцитов - $11.0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 17 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 63 г/л, креатинин - 87 мкмоль/л, мочевина - 7.8 ммоль/л, АСТ - 18 ед/л, АлАт - 24 ед/л, общая КФК - 354 ед/л, МБ фракция КФК- 98 ед/л, тропонин I -5.7 нг/мл, калий - 4.5 ммоль/л, натрий - 147 ммоль/л, хлориды - 101 ммоль/л, глюкоза сыворотки - 5.5 ммоль/л.

ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача №12

Пациент Г., 80 лет, был госпитализирован по БСМП.

При поступлении предъявлял жалобы на головокружение, эпизоды потери сознания, отеки нижних конечностей, слабость, головные боли.

Из анамнеза: Более 20 лет страдает артериальной гипертензией, максимальное повышение АД до 180/100 мм рт. ст., адаптирован к АД 130-140/85 мм. рт. ст. 12 лет назад перенес инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить боли за грудиной при физической нагрузке. Выполнялась диагностическая коронароангиография, выявлено многососудистое поражение, было рекомендовано оперативное лечение от которого пациент отказался. Около 5 лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. В течение этого же времени отмечает появление симптомов хронической сердечной недостаточности. Также в анамнезе дислипидемия, корректирует приемом статинов. Другая сопутствующая терапия - аспирин, эналаприл, гипотиазид. Ранее принимал бисопролол 5 мг/сутки, однако прекратил 2 месяца назад в связи с тем, что при измерении АД отметил низкий пульс до 48 уд/мин.

Настоящее ухудшение в течение 2-х недель, когда появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен. Ориентирован всесторонне правильно. Рост 178 см. Вес 90 кг. Температура тела 36.7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Пастозность голеней и стоп. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические

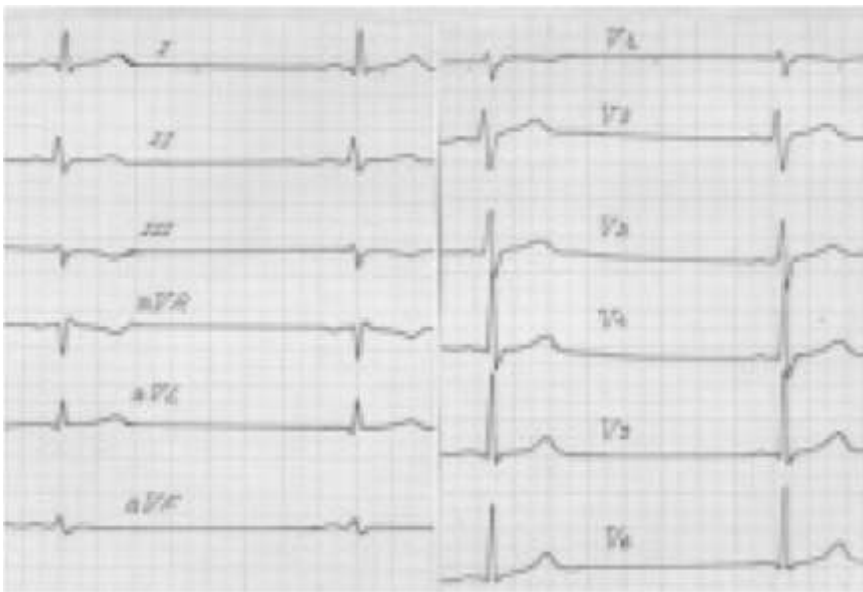
узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево. ЧСС 40 в мин. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 110/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечает снижение диуреза.

Данные обследования:

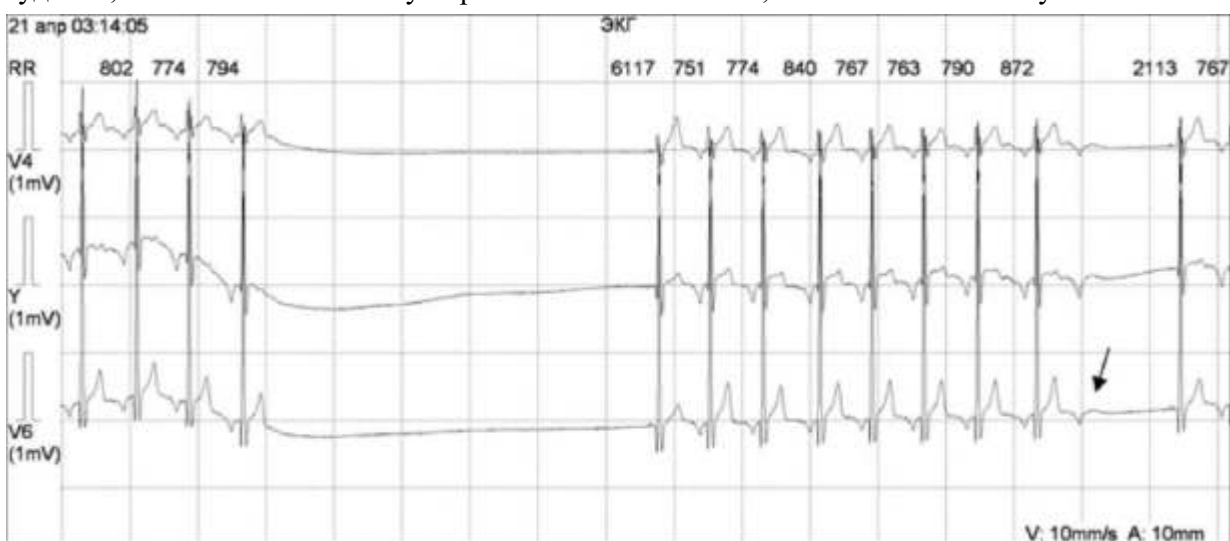
Клинический анализ крови: без особенностей.

Биохимический анализ крови: общий белок 80.5 г/л, мочевины 8.9 ммоль/л, креатинин 170.0 мкмоль/л, билирубин общий 15 мкмоль/л, АЛТ 29 ед/л, АСТ 30 ед/л, калий 3.9 ммоль/л, КФК 100 Ед/л, глюкоза 4.9 ммоль/л, холестерин 7.2 ммоль/л.

Анализ мочи: эритроциты - 0, лейкоциты - 0, белок 3.9 г/л. Относительная плотность 1032. ЭКГ:



Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: основной ритм синусовый с ЧСЖ от 19 до 60 уд/мин, выявлены 799 пауз ритма более 2000мс, максимальная пауза 6117 мсек.



Вопросы:

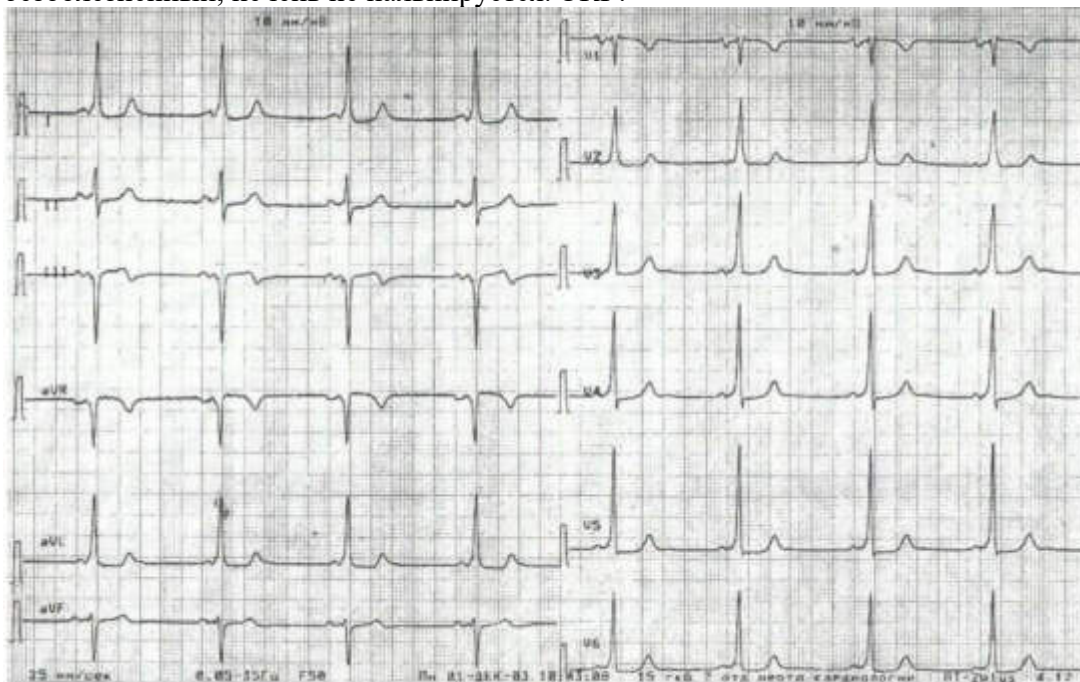
1. Выделите основные синдромы.

2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Определите тактику ведения больного.

Задача №13

Пациент Ф., 16 лет, обратился за консультацией по поводу приступов ритмичного сердцебиения с внезапным началом и внезапным окончанием, периодически сопровождающихся потерей сознания. Указанные жалобы беспокоят с детского возраста, приступы часто возникают на уроках физкультуры. Отец страдал аналогичными пароксизмами, умер внезапно в возрасте 36 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание умеренное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены, селезенка не пальпируется. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. ЧСС 54 в минуту, АД - 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Задача №14

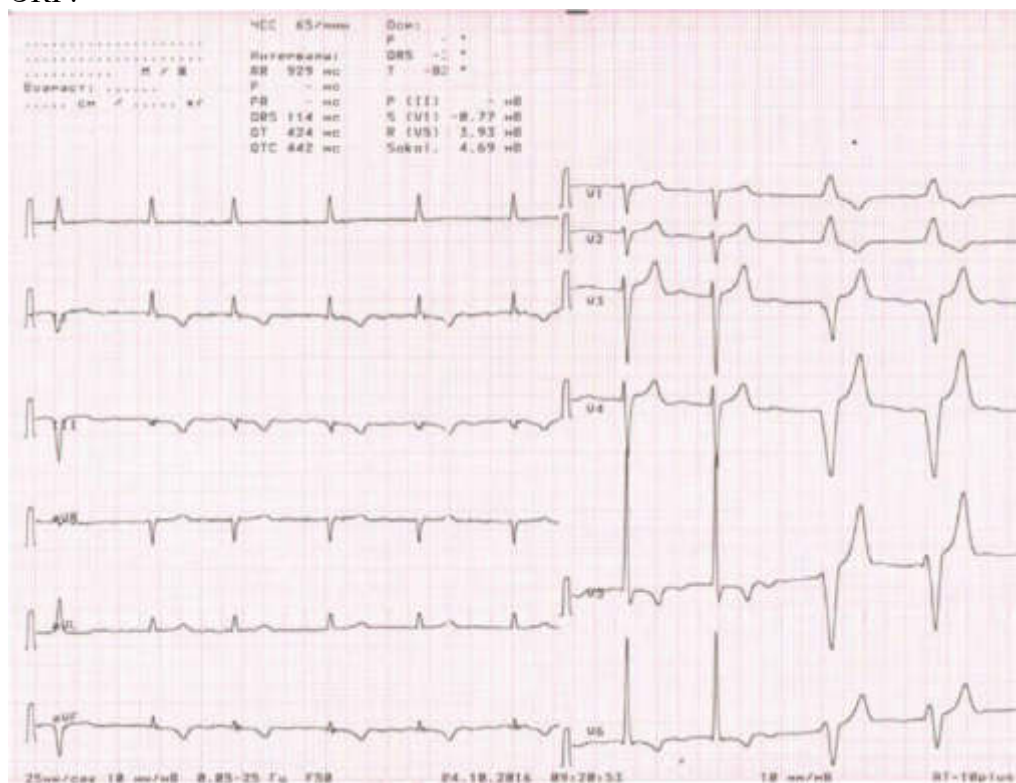
Пациент З., 69 лет, поступил с жалобами на одышку, периодически возникающие приступы сердцебиения, сопровождающиеся потерей сознания при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 190/100 мм рт.ст., хорошее самочувствие при АД- 120/80 мм рт.ст. 6 лет назад перенес инфаркт миокарда. После инфаркта беспокоила одышка при минимальной физической нагрузке, при ежедневных действиях. Около двух лет назад стал отмечать приступы головокружения,

чувство «замирания сердца», сопровождающиеся синкопальными состояниями. После проведенного обследования был поставлен диагноз «синдром слабости синусового узла» и был установлен электрокардиостимулятор в режиме «по требованию». Амбулаторно принимал аспирин, бисопролол, индапамид, фуросемид.

Настоящее ухудшение состояния в течение месяца, когда стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. Госпитализирован после приступа потери сознания БСМП. На электрокардиограмме, снятой БСМП, зарегистрирован пароксизм тахикардии с широкими комплексами QRS. Проведено лечение лидокаином.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не увеличены. ЧД-20 в мин. В легких жесткое дыхание, выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца приглушены, за время аускультации чередование правильного и неправильного ритма сердца. ЧСС-68 уд в минуту. АД-110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Незначительные отеки голеней и стоп.

ЭКГ:



Холтеровское мониторирование ЭКГ: за период регистрации основной ритм мерцательная аритмия с ЧСС 66-82 уд в мин; при урежении собственного ритма до 60 уд в мин отмечается ритм электрокардиостимулятора. Зарегистрировано 2650 желудочковых экстрасистол, 4 эпизода неустойчивой тахикардии с широкими комплексами QRS, сопровождающиеся головокружением и предобморочным состоянием, согласно дневнику пациента.

Эхокардиография: Полости сердца дилатированы (правый желудочек 3,6 см, левое предсердие 4,6 см, левый желудочек 5,9 см). Гипертрофия миокарда ЛЖ. Нарушение локальной сократимости миокарда ЛЖ в области нижней, боковой стенки. ФВ 36%. При доплер-ЭХО-КГ: митральная регургитация 11 степени.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.

2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Определите дальнейшую тактику ведения пациента.
5. Прокомментируйте лечение пациента до поступления в стационар.

Задача №15

Больной К., 28 лет обратился с жалобами на головокружения, обмороки при физической нагрузке или быстрой перемене положения тела, быструю утомляемость, слабость при физической нагрузке, приступы удушья.

Считает себя больным в течение последних нескольких месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы.

Из анамнеза известно, что еще в школе при проведении профилактических осмотров было подозрение на порок сердца, однако более точной информации сообщить не может.

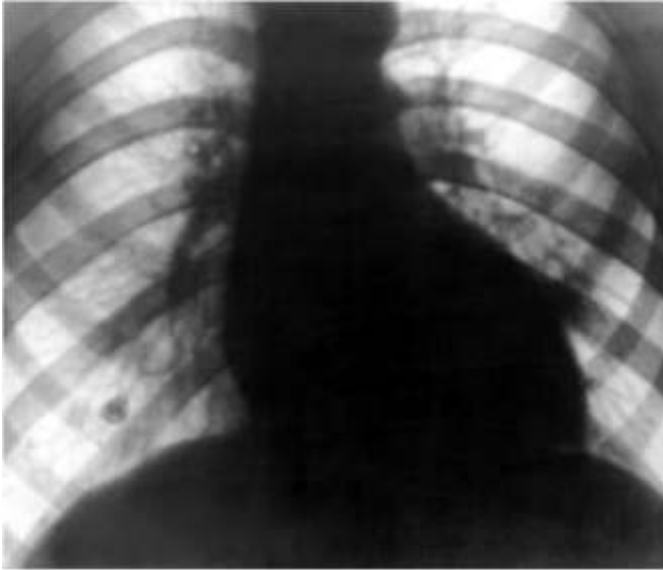
При осмотре: Правильного телосложения, нормального физического развития. Костномышечная система хорошо развита. Кожные покровы бледные. Умеренная одышка в покое с затруднённой фазой вдоха. ЧД 20 в мин. В лёгких при аускультации рассеянные влажные хрипы. Пальпация области сердца - резко усиленный, приподнимающий "двойной" верхушечный толчок, в V межреберье по срединно-ключичной линии. При перкуссии границы относительной тупости сердца смещены влево. При аускультации сердца I и II тоны ослаблены; выслушивается грубый интенсивный ромбовидный систолический шум в точке Боткина и во II межреберье справа. ЧСС- 88 уд в мин. АД- 128/74 мм рт.ст. Пульсация на периферических артериях: *pulsus parvus, tardus et grarus*. Двойной тон Траубе. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Неврологическая симптоматика без особенностей.

ЭКГ:



Эхокардиография:

Рентгенография органов грудной клетки:



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите необходимые дополнительные обследования.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Какой прогноз заболевания?

Задача №16

Больной С., 42 лет, обратился с жалобами на повышение температуры до 39,2°C, озноб, потливость, сердцебиение, боли в суставах и мышцах.

Заболевание началось 10 дней назад с высокой температуры, озноба и головной боли, без катаральных явлений. Проходил лечение в поликлинике по месту жительства по поводу «гриппа», однако в связи с отсутствием эффекта в лечении и сохраняющейся симптоматикой был направлен на госпитализацию с направительным диагнозом «лихорадка неясного генеза».

Из анамнеза известно, что в течение трех лет страдает сахарным диабетом 2 типа, по поводу чего принимает метформин в дозе 1000 мг в сутки. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. В течение последнего месяца - протезирование зубов.

При осмотре: Состояние тяжелое. Температура тела 39,5°C. Отмечается ритмичное покачивание головой. Кожные покровы влажные, бледные, с желтушным оттенком. Петехиальная сыпь на груди и предплечьях. Пульсация сосудов шеи. Пульсация зрачков.

В легких везикулярное дыхание, небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов в нижних отделах. ЧД 26 в минуту. При пальпации сердца - верхушечный толчок разлитой, усилен, смещен влево и вниз. Границы сердца перкуторно расширены влево. Аускультация сердца - ритм правильный; I тон ослаблен на верхушке, II тон на аорте отсутствует, выслушивается мягкий дующий протодиастолический шум над всеми точками аускультации сердца, с эпицентром во II межреберье справа от грудины. АД 140/40 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки, селезенка мягкая, умеренно болезненная. Пастозность голеней.

На ЭКГ без патологических изменений.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин 107 г/л; эритроциты $3,32 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 262×10^9 /л; лейкоциты $14,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 3%; сегментоядерные 87%; лимфоциты 7%; моноциты 3%; эозинофилы 0%; СОЭ 64 мм/час.

Общий анализ мочи: темно-желтая, прозрачность полная, относительная плотность 1028, реакция кислая, белок 0,1 ммоль/л, эпителий плоский 0-1 в поле зрения, эритроциты 6-8 в поле зрения,

лейкоциты до 5 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 2-3 в поле/зрения. Биохимический анализ крови: белок общий 68 г/л; альбумин 48%; у- глобулины 32%; мочевины 9,1 ммоль/л; креатинин 132 мкмоль/л; АСТ 52 ед/л; АЛТ 64 ед/л; билирубин общий 31,4 мкмоль/л; билирубин прямой 7,2 мкмоль/л; ЩФ 164 ед/л; железо 9,8 мкмоль/л; калий 5,2 ммоль/л; натрий 142 ммоль/л; глюкоза сыворотки 6,2 ммоль/л; С- реактивный белок положительный.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз, предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить для установления диагноза?
4. Назначьте лечение данному больному, определите дальнейшую тактику ведения данного пациента.

Задача №17

Больной К., 63 лет, обратился с жалобами на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 38,5°C, озноб и слабость. В анамнезе: год назад у пациента был выявлен стеноз аортального клапана, в связи с чем было выполнено его протезирование. В последующем чувствовал себя удовлетворительно, постоянно принимал варфарин. Заболел три недели назад, когда после перенесенной урологической процедуры появилась лихорадка до 39°C с сильным ознобом и ночной потливостью. Лечился самостоятельно амбулаторно, однако постепенно стал отмечать нарастание чувства нехватки воздуха. Обратился к врачу поликлиники в связи с отсутствием улучшения.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 38,9°C. Кожные покровы влажные, бледные с желтушным оттенком. Периферических отеков нет. Питание снижено. В легких дыхание проводится во все отделы, небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах. ЧД 24 в минуту. Границы сердца расширены влево. Во II межреберье справа от грудины выслушивается диастолический шум. ЧСС 110 в минуту, АД 130/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин 107 г/л; эритроциты $3,6 \times 10^9$ /л; тромбоциты 186×10^9 /л; лейкоциты $13,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 86%; лимфоциты 8%; моноциты 1%; СОЭ 73 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок общий 66 г/л; альбумин 47%; мочевины 8,9 ммоль/л; креатинин 138 мкмоль/л; АСТ 52 ед/л; АЛТ 78 ед/л; билирубин общий 32 мкмоль/л; билирубин прямой 8,6 мкмоль/л; ЩФ 174 ед/л; калий 4,9 ммоль/л; натрий 138 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,8 ммоль/л; С-реактивный белок 48 мг/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте необходимые исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача №18

Пациент Б., 48 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку при незначительной нагрузке (подъеме по лестнице на 2 лестничных пролета), приступы сердцебиения, аритмичный пульс, слабость. До 46 лет к врачам не обращался, несмотря на то, что приступы аритмии и сердцебиения отмечал с 20-летнего возраста. Около 1,5 лет назад был госпитализирован в один из стационаров города Москвы, где пациенту диагностировано острое нарушение мозгового кровообращения, а также впервые выявлена по ЭКГ фибрилляция предсердий. При выписке из стационара пациенту рекомендована пульсурежающая терапия: метопролола сукцинат 100 мг/сутки, антикоагулянтная терапия: варфарин 2,5 мг 2 раза в сутки, аторвастатин 40 мг в сутки. Пациент предписанные

назначения не выполнял, исходя из собственных убеждений. В течение года у пациента прогрессивно нарастают симптомы сердечной недостаточности, в связи с чем он был госпитализирован в стационар в настоящий момент. Трудовой анамнез: работает охранником. Материально-бытовые условия неудовлетворительные. Перенесенные заболевания: скарлатина в детском возрасте.

Объективно: ИМТ - 23 кг/м². Окружность талии - 74 см. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Шейные вены не выступают. Пастозность голеней, стоп. Над легкими: везикулярное дыхание, незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. В первой точке аускультации выслушивается протодиастолический шум 3 градации, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС - 107 в мин. Пульс - 66 в мин. АД правая рука - 100/70 мм рт ст АД левая рука - 90/60 мм рт ст. SPO₂ - 92%. Мочиспускание урежено, не затруднено.

ЭКГ: фибрилляция предсердий с ускоренной частотой желудочкового ответа. ЭОС отклонена влево.

ЭХО-КГ: Створки митрального клапана спаяны по комиссурам, площадь левого атриовентрикулярного отверстия - 0,8 см² (норма 4,0-6,0 см²), средний градиент трансмитрального потока - 17,3 мм рт ст (норма до 3 мм рт ст). Объем левого предсердия - 157 мл, индекс объема - 69,8 мл/м² (норма до 34 мл/м²). Правые камеры расширены, расширены нижняя полая и печеночные вены. Систолическое давление в легочной артерии - 68 мм рт ст (норма до 35 мм рт ст).

ДОП

КОП

Вопросы:

1. На основании данных задачи сформулируйте диагноз.
2. Какова медикаментозная тактика лечения этого заболевания и его клинических проявлений?
3. Необходимо ли пациенту хирургическое лечение? Какие виды операций возможны?

Задача №19

Пациент С., 63 лет, госпитализирован в стационар по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности.

При поступлении предъявлял жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке, а также усиливающуюся в горизонтальном положении, повышенную утомляемость, сердцебиение, сухой кашель, появление отеков на ногах, осиплость голоса.

Из анамнеза: около 10 лет страдает артериальной гипертензией, с максимальным повышением АД до 180/100 мм рт ст, адаптирован к АД 130/80 мм рт ст, хотя в последние месяцы отмечает склонность к пониженному давлению. 5 лет назад перенес острый инфаркт миокарда, после которого периодически беспокоят боли за грудиной при физической нагрузке. От проведения коронароангиографии и возможного эндоваскулярного лечения отказался. Постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин.

Ухудшение состояния отмечает в течение года, когда появились и стали нарастать вышеописанные жалобы.

Вредные привычки: курит более 30 лет по 1 пачке сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает.

Наследственность: отец - перенес острый инфаркт миокарда в 48 лет.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, контактен. Ориентирован всесторонне правильно. Рост 178 см. Вес 70 кг. Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Набухание шейных вен. Акроцианоз. Умеренные отеки голеней и стоп. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, небольшое количество влажных хрипов в нижних отделах легких с обеих сторон. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево, вверх и вправо. Пальпаторно определяется усиленный верхушечный толчок в VI межреберье от среднеключичной линии, пульсация в

эпигастрии. ЧСС 98 в мин. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, ослабление I тона на верхушке, систолический шум над верхушкой сердца, акцент и расщепление II тона над легочной артерией. АД 130/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает + 2 см из-под края реберной дуги, край плотный, безболезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечает снижение диуреза.

Данные обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин 146 г/л, гематокрит 0.44, эритроциты 4.2×10^{12} /л,

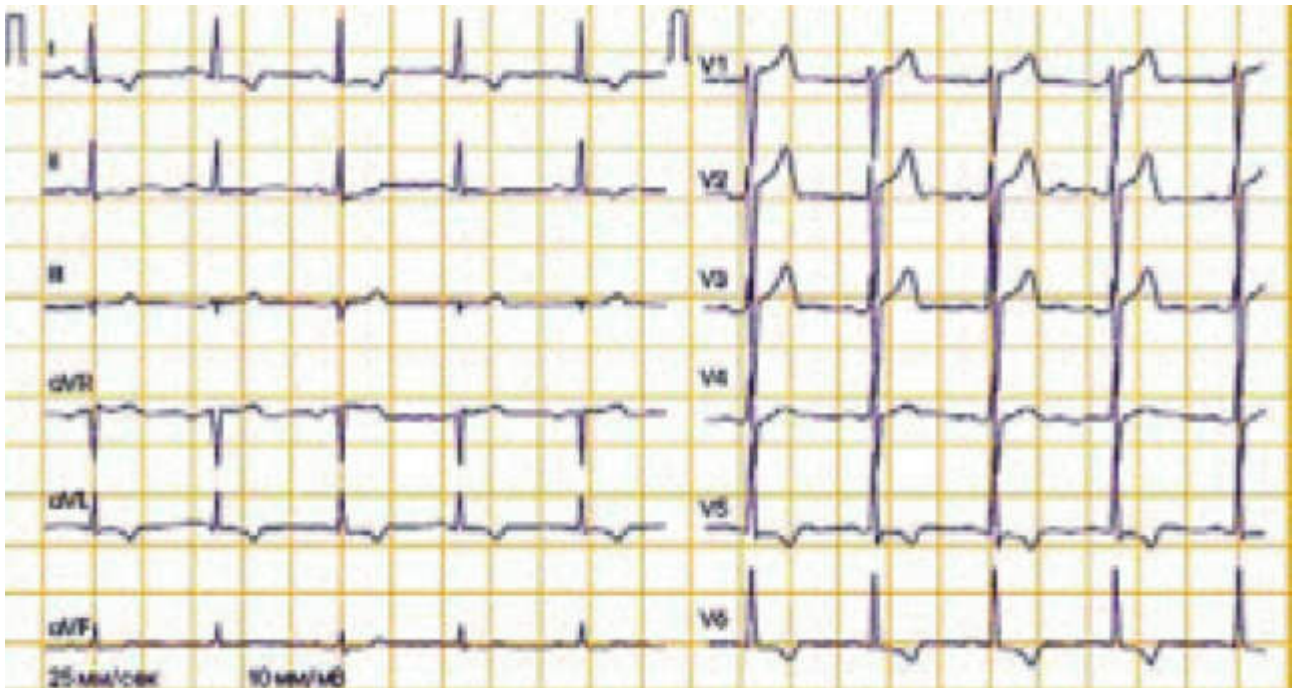
лейкоциты 7.0×10^9 /л, нейтрофилы 60.1%, эозинофилы 2.7%, базофилы 0.6%, моноциты 6.3%, лимфоциты 28.4%, тромбоциты 280×10^9 /л, СОЭ по Вестергрену 6 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 77.5 г/л, мочевины 9.6 ммоль/л, креатинин

290.0 мкмоль/л, мочевая кислота 541 мкмоль/л, билирубин общий 20.0 мкмоль/л, АЛТ 30 ед/л, АСТ 26 ед/л, калий 3,1 ммоль/л, КФК 110 Ед/л, глюкоза 5.8 ммоль/л, холестерин 6.9 ммоль/л, триглицериды 3.3 ммоль/л, ЛПНП 3.2 ммоль/л, ЛПВП 0.6 ммоль/л.

NTproBNP 1125 пг/мл (N <125 пг/мл).

Анализ мочи: эритроциты - 0, лейкоциты - 0, белок 4,2 г/л. Относительная плотность 1030.

ЭКГ:



Рентгенография органов грудной клетки: увеличение левых контуров сердца, признаки застоя по малому кругу кровообращения.

Эхокардиография:

Расширение левого предсердия, левого желудочка. Умеренная симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Масса миокарда ЛЖ 368 г. Нарушение локальной сократимости в виде гипокинеза в области передней, боковой стенки ЛЖ, верхушки. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 48%. Створки митрального клапана уплотнены. Митральная регургитация III степени. Признаки умеренной легочной гипертензии. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.

1. Назначьте дополнительные исследования.
2. Определите тактику ведения больного.

Задача №20

Пациентка Р., 38 лет, предъявляет жалобы на приступы ритмичного и неритмичного сердцебиения длительностью до 20 минут, возникающие без четкой связи с физической нагрузкой, одышку при обычной физической нагрузке, плохую переносимость физической нагрузки.

Около полугода назад перенесла «ОРВИ», которая протекала с катаральными явлениями, фарингитом, конъюнктивитом, лимфаденопатией. Через месяц после этого появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы, в связи с чем обратилась в поликлинику по месту жительства и была госпитализирована для обследования и лечения.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. ЧД 20 в мин. В легких аускультативно жесткое дыхание, хрипов нет. Границы сердца перкуторно расширены в обе стороны. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС - 78 в мин. АД - 106/68 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены.

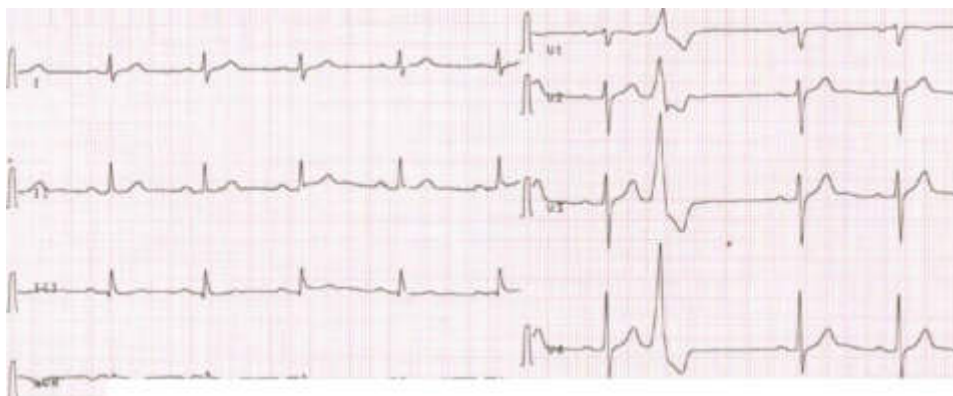
12

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $8,8 \times 10^9$ /л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}$ /л, СОЭ 26 мм/ч. Биохимический анализ крови: белок общий 72 г/л; альбумин 46%; мочевины 9,2 ммоль/л; креатинин 144 мкмоль/л; АСТ 48 ед/л; АЛТ 56 ед/л; калий 5,3 ммоль/л; натрий 144 ммоль/л; глюкоза 5,3 ммоль/л; С-реактивный белок положительный.

Мозговой натрий-уретический пептид - 52 нг/мл (норма до 30 пг/мл).

ЭКГ:

ЧСС 61/мин Оси:
 P 57 *
 Интервалы: QRS 75 *
 M / Ж RR 979 не T 33 *
 Воздает: P 136 не
 сн / кг PR 212 не P (II) 0-12 мВ
 QRS 98 не S CU1 -0.4? мВ
 QT 404 не R (MS) 1.78 мВ
 GTC 412 не Sokol. 2.97 мВ



Г—
-1/ —



25мм/сек 10 мм/мВ 0.05-25 Гц F50

23.09.2016

09:43:02

Рентгенография органов грудной клетки: расширение тени сердца в обе стороны, кардиоторакальный индекс 0,58.

ЭХО-КГ: аорта не изменена, дилатация полости ЛЖ, увеличение КДР и КСР, ФВ - 42%, диффузное нарушение сократимости миокарда. Митральная регургитация 1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст.

Вопросы:

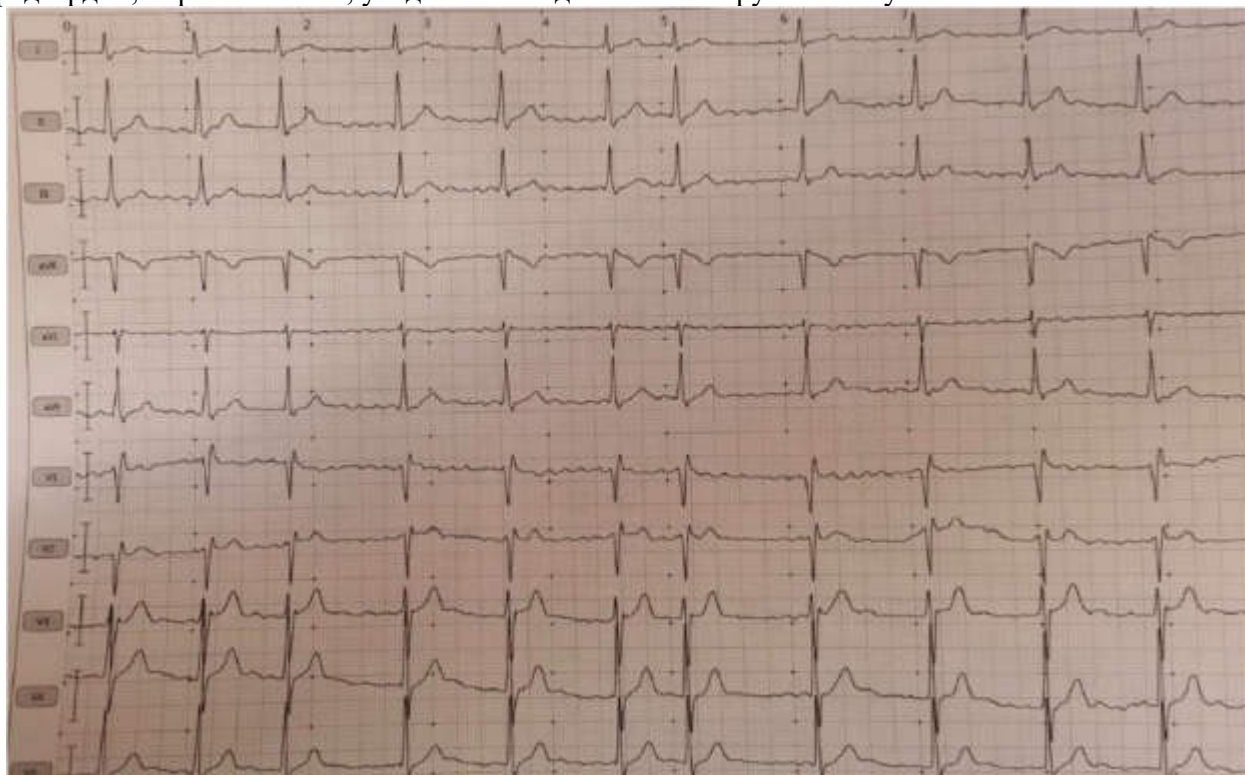
1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз .
3. Какие методы исследования нужно провести для определения причины заболевания?
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
5. Назначьте лечение данному больному, определите дальнейшую тактику ведения данного пациента.

Задача №21

Больной В., 75 лет, госпитализирован в плановом порядке в ГКБ для подбора терапии и определения дальнейшей тактики действия.

Жалобы при поступлении: общая слабость, одышка при минимальной физической нагрузке, увеличение живота в объеме, отеки нижних конечностей, частые эпизоды головокружения в вечерние часы.

Из анамнеза известно, что около 5 лет назад диагностирована фибрилляция предсердий, нормо-тахисистолия. Перенес инфаркт миокарда девять лет назад. Тогда же была выполнена коронарография со стентированием передней межжелудочковой ветви и огибающей артерии. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда появились вышеуказанные жалобы. **На ЭКГ:** фибрилляция предсердий, нормосистолия, убедительных данных за острую очаговую патологию нет.



Объективно: состояние относительно удовлетворительное, ЧСС 70-90 в минуту, АД 160/90 мм рт ст. ЧД 22 в минуту. Аускультативно, дыхание ослаблено, в нижних отделах легких выслушиваются двусторонние влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца шумы не выслушиваются. Визуализируются отеки нижних конечностей, увеличение живота в объеме. При перкуссии живота: притупление в отлогих местах. Положительный феномен флюктуации.

Рентгенография органов грудной клетки: **двусторонний гидроторакс.**

Ультразвуковое исследование брюшной полости: **свободная жидкость в брюшной полости.**

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ЧСС минимальная 30 ударов в минуту, средняя 89 в минуту, максимальная 150 в минуту. Зафиксированы 245 эпизодов асистолии с максимальным RR 3,5 секунды в большей степени в вечерние и ночные часы. **Трансторакальная эхокардиография:** Расширение левого предсердия. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Глобальная и локальная сократительная функция снижена. ФВ 47%. Жидкости в полости перикарда не выявлено.

Лабораторный мониторинг: креатинин 150 мкмоль/л, K⁺ 4,0 ммоль/л, в остальном в пределах референсных значений.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените тяжесть его состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом жалоб, данных анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный диагноз.
4. Каков риск развития тромбоэмболических осложнений у данного пациента по шкале CHA₂DS₂-VASC?
5. Каковы подходы к профилактике тромбоэмболических осложнений у данного пациента?
6. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
7. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?
8. Какие инвазивные методы лечения показаны данному больному?

Задача №22

Больной П., 32 лет, жалуется на постоянную инспираторную одышку, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке и в положении лёжа; приступы удушья в ночное время; сердцебиение, перебои в работе сердца; отёки на ногах; тяжесть в правом подреберье; увеличение живота.

Anamnesis morbi: три года назад впервые почувствовал одышку при физической нагрузке, одновременно появился кашель с незначительным количеством мокроты. В последующем одышка нарастала, стало беспокоить сердцебиение, появлялись отёки на ногах. Г год назад отметил увеличение живота. Лечился сердечными гликозидами и мочегонными без положительного эффекта.

Anamnesis vitae: не работает - инвалид II группы. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные заболевания. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: отец болел схожим заболеванием и умер в возрасте 43 лет.

Объективно: Положение - ортопноэ. Лицо одутловатое, бледное, цианоз губ, склеры иктеричны, температура тела-36.7°C. Шейные вены набухшие. Стопы и голени отечны, кожа над ними цианотично-багрового цвета, холодная на ощупь. Дыхание поверхностное, ЧД - 26 в минуту. Над легочными полями зон притупления перкуторного звука нет. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижнебоковых отделах, там же мелкопузырчатые хрипы. При осмотре определяется сердечный толчок и надчревная пульсация. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2,0 см кнаружи от правого края грудины; верхняя во втором межреберье по левой парастернальной линии; левая на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа. I тон на верхушке

ослаблен. Над всеми точками аускультации систолический шум. ЧСС- 90 в минуту, АД- 110/80 мм. рт.ст. Живот увеличен в объёме, симметричен. При перкуссии в латеральных отделах живота определяется скопление жидкости. Нижний край печени пальпируется на 6 см ниже края реберной дуги, размеры ее по Курлову 15*12*10 см. Селезёнка не увеличена.

12

Клинический анализ крови: эритроциты - 5.3×10^{12} /л, гемоглобин - 148 г/л, лейкоциты - 8.4×10^9 /л: эозинофилы - 1%, п/ядерные - 5%, с/ядерные - 56%, лимфоциты - 34%, моноциты - 4%; тромбоциты - 236×10^9 /л, СОЭ- 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: Холестерин общий 4,2 ммоль/л (норма-3,2-5,2 ммоль/л), ЛПНП - 1,8 ммоль/л, ЛПВП-1,9 ммоль/л. Фибриноген 3,5 г/л. АСТ- 25 ед/л, АЛТ - 30 ед/л. Билирубин общий -28,5 мкмоль/л., прямой билирубин 10,5 мкмоль/л. СРР 6 г/л. Общий белок 60 г/л., альбумин 43 г/л, а₁ - 6%, а₂ - 13%, (3 - 17%, у- 21%.

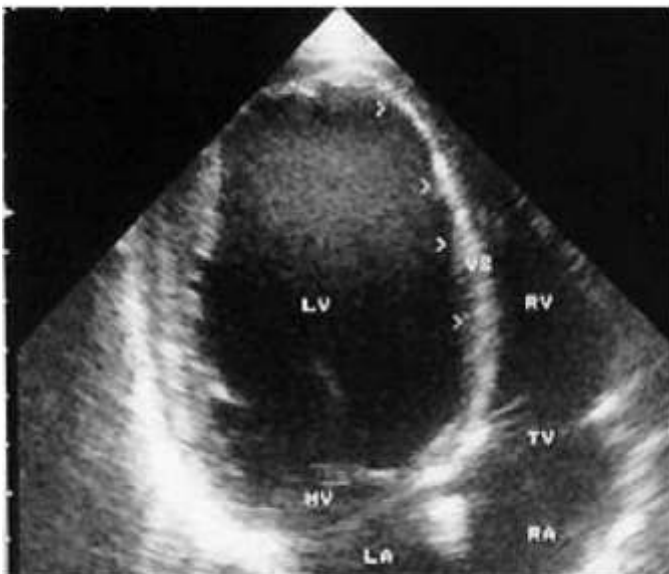
Креатинин 97 мкмоль/л, мочевины 9,1 ммоль/л, калий 5,0 ммоль/л (норма 3,4-5,3 ммоль/л), натрий 138 ммоль/л (норма 130,5-156,6 ммоль/л), хлориды 98 ммоль/л (норма 95-110 ммоль/л).



ЭХО-КГ: Ao-2.6; ЛП-5.0; ПЖ-4.0; КСР5.9; КДР-6.3; МЖП-0.8; ЗСЛЖ-1.0; ФВ-31%. Заключение: Увеличение конечно-систолического и конечно-диастолического размеров желудочков. Снижение систолической функции миокарда левого желудочка. Дилатация предсердий.

Рентгенография органов грудной клетки.

ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените тяжесть его состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом жалоб, данных анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли предоставленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача №23

Больной П., 32 лет, предъявляет жалобы на загрудинные боли при физической нагрузке длительностью до 15 минут, потери сознания без предвестников при физической активности, перебои в работе сердца. Данные жалобы беспокоят около года, последний месяц симптомы появляются чаще. Отец умер в молодом возрасте от неизвестного заболевания сердца.

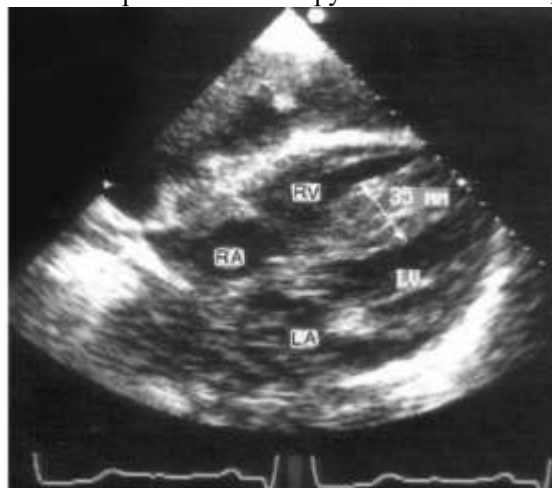
При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание умеренное, мускулатура хорошо развита. Кожные покровы обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены, селезенка не пальпируется. Аускультация легких без патологии. ЧД 15 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В III-IV межреберьях слева от грудины выслушивается громкий, отстоящий от первого тона, систолический шум, который проводится на верхушку и усиливается в вертикальном положении пациента. ЧСС 58 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется.

Клинический анализ крови и общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок 71 г/л; мочевины 6,8 ммоль/л; креатинин 84 мкмоль/л; КФК общ. 72 ед/л; КФК МБ 11 ед/л; билирубин общий 18 мкмоль/л; калий 4,6 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,9 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 62 в мин. Отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка, небольшой зубец Q в отведениях III, aVF.

ЭХО-КГ: аорта не изменена, полости сократимость не нарушены. ТМЖП - 1,9



сердца не расширены, глобальная и локальная см. ТЗСЛЖ - 1,2 см.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.

4. Определите тактику ведения больного.

Задача №24

Больной У., 22 лет, гражданин Уганды, обратился с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье, отеки ног, повышенную утомляемость. Описанные жалобы беспокоят в течение последнего года, к врачам не обращался, не обследовался, лечения не получал.

Из анамнеза жизни известно, что до последнего времени был практически здоров. Никогда не курил, алкоголь не употреблял. Из семейного анамнеза известно, что отец и брат больного умерли в возрасте до 40 лет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Больной негроидной расы. Телосложение нормостеническое. Рост - 180 см, вес - 78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной влажности. Лимфатические узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. ЧД 20 в мин. Область сердца при осмотре не изменена. При аускультации сердца: тоны глухие, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 88 уд/мин. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 14см х12см х8 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. В неврологическом статусе - без особенностей.

12

Общий анализ крови: гемоглобин - 144 г/л, эритроциты - $5,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 6%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, моноциты - 13%, лимфоциты - 10%, СОЭ - 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 ммоль/л, креатинин - 87 мкмоль/л, мочевины - 5,3 ммоль/л, АЛТ - 20 ед/л, АСТ - 30 ед/л, общ. холестерин - 4,1 ммоль/л, триглицериды - 0,7 ммоль/л, ЛПНП - 3,2 ммоль/л, ЛПВП - 1,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - следы, глюкоза отрицательная, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - нет, цилиндры отрицательные.

ЭХО-КГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок не нарушено. Полость правого предсердия - 4,2 см. Левый желудочек уменьшен в размерах (КДР - 3,2 см, КСР - 2,8 см), толщина межжелудочковой перегородки - 0,8 см, задней стенки ЛЖ - 0,9 см. Полость правого желудочка не расширена. Лоцируется утолщенный до 3-х мм эндокард. Признаки нарушения диастолического наполнения желудочков. Рентгенограмма: усиление бронхолегочного рисунка за счет сосудистого компонента. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце небольших размеров: кардиоторакальный индекс - 0,3.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача №25

Больной С., 26 лет, поступил с жалобами на боли в области сердца, повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$, тошноту, рвоту, икоту.

Считает себя больным в течение нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При опросе больного удалось выяснить, что боли в области сердца - с локализацией за грудиной и иррадиацией в обе руки, область трапециевидных мышц, эпигастральную область; носят тупой характер, частично купируются приемом

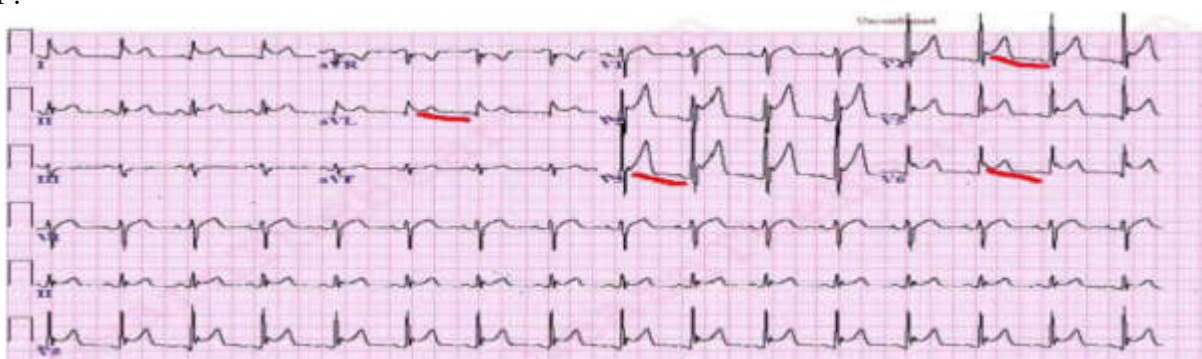
анальгетиков, без эффекта от нитроглицерина; продолжительностью до нескольких часов. Боль усиливается в положении лёжа на спине, при глубоком вдохе, кашле и глотании; уменьшается в положении сидя и при поверхностном дыхании.

Анамнез: работает на стройке каменщиком.

Объективно: Состояние средней тяжести. Положение больного вынужденное сидя. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание поверхностное. ЧД 20 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС-92 уд/мин. При аускультации сердца в зоне абсолютной тупости выслушивается грубый скребущий шум убывающего характера, не проводящийся в другие точки аускультации, усиливающийся при надавливании стетоскопом. АД 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин 125 г/л; лейкоциты $3,6 \times 10^9$ /л; СОЭ 60 мм/час.

ЭКГ:



Рентгенограмма грудной клетки:

Компьютерная томография:



Вопросы:

1. Основные синдромы.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения больного.

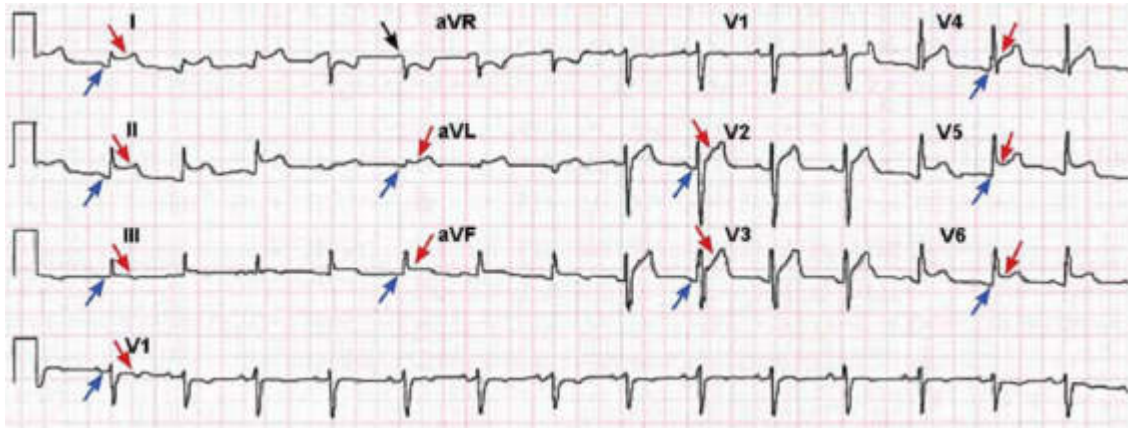
Задача №26

Больная М., 45 лет, поступила с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°C, потливость, выраженной одышкой инспираторного характера, учащенное сердцебиение, периодическое нарушение сознания, чувство тяжести в области сердца.

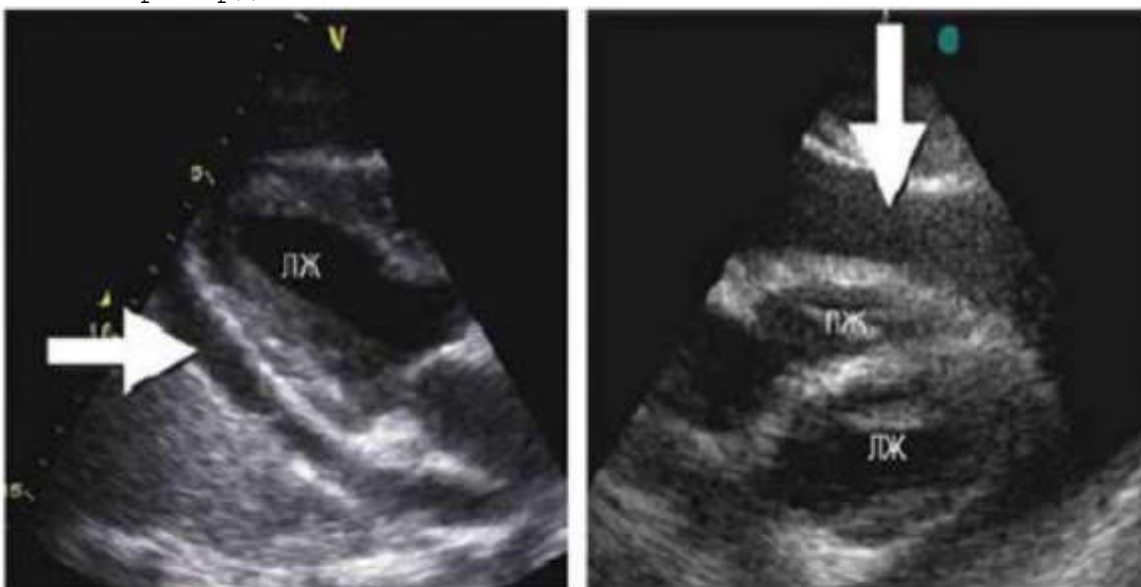
Заболела остро после экстракции зуба. В начальный период отмечала появление болей и дискомфорт в области сердца, которые уменьшались в положении сидя, наклонившись вперед.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледные, с цианотичным оттенком, склеры субиктеричны. Положение вынужденное в позе Брейтмана. Лицо отёчное с переходом на шею и переднюю грудную стенку, яремные вены набухшие, формирование «консультской» головы, воротника Стокса. Межрёберные промежутки сглажены. ЧД 22 в мин. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы сердца перкуторно расширены. Пульсация сердца не определяется. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 96 уд в мин. АД-106/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3

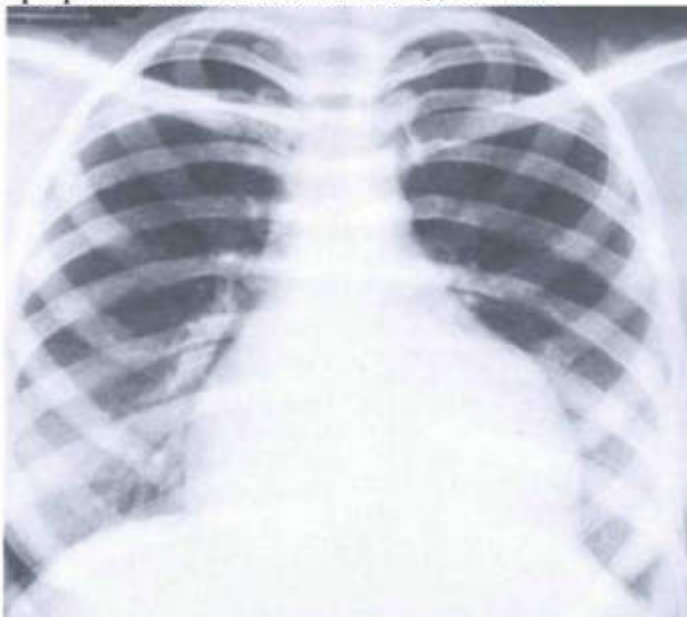
ЭКГ:



При эхокардиографии определяется большое количество выпота в полости перикарда.



При рентгенологическом обследовании:



Рентгеновский снимок органов грудной клетки в жёстком режиме



Общий анализ крови: лейкоцитоз с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсической зернистостью нейтрофилов, увеличением СОЭ.

Анализ перикардиальной жидкости: большое количество белка, фибрина, нейтрофильных лейкоцитов; снижено количество глюкозы; повышена активность ЛДГ.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительное

При компьютерной томографии:



обследование.

4. Назовите возможные варианты лечения.

Задача №27

Пациент К., 25 лет, обратился по поводу болей в спине, а также тянущих болей по задней поверхности ягодиц и бёдер до колен.

При опросе выяснено, что боли в пояснице и области крестца продолжают в течение семи месяцев. Наибольшая выраженность болей наблюдается в утренние часы: пациент от этого нередко просыпается под утро, испытывает значительные затруднения при вставании с постели, в течение первых 2-3 часов после пробуждения испытывает скованность в спине и ограничения движений в связи с этим, должен расходиться. В течение дня боли выражены меньше, однако усиливаются при длительном сидении, в

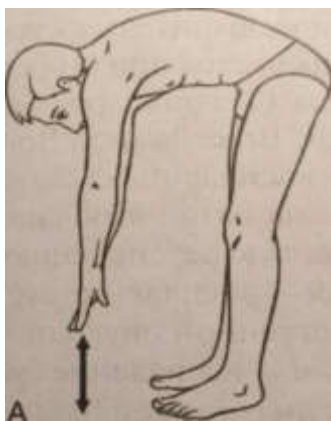
связи с чем пациент не может долго находиться за рулём и сидеть за компьютером на работе. Самостоятельно принимает ибупрофен, что приносит непродолжительное облегчение.

Пациент обратился к неврологу, думая о радикулите. Однако данный диагноз не был подтверждён. По данным МРТ поясничного отдела позвоночника значимых структурных изменений не выявлено.

Из анамнеза также известно, что год назад пациент перенёс передний увеит правого глаза, получал лечение у офтальмолога; причина увеита не уточнялась.

При осмотре отмечена сглаженность поясничного лордоза, гипертонус паравертебральных мышц в этой области, резкая болезненность при пальпации в проекции сакроилеальных сочленений. При наклоне вперёд поясничная область остаётся уплощённой, пациент не может коснуться пальцами пола, достаёт только до уровня середины голени. Справа в области Ахиллова сухожилия отмечена болезненная отёчность, покраснение и потепление кожных покровов - пациент считает, что натёр это место неудобным ботинком. Выявлено повышение температуры тела - 37,2°C.

В общем анализе крови, мочи, биохимическом анализе значимых изменений не выявлено. Имеется некоторое повышение СОЭ (22 мм/час при норме до 20), повышение СРБ (15 мг/л при норме до 5). В ревмапробах (РФ, АНФ, анти-с[^]ДНК) получены отрицательные результаты.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить на основании представленного описания?
2. Какими методами можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №28

Пациент 3., 42 лет, обратился по поводу болей в спине, тугоподвижности шеи.

Из анамнеза известно, что впервые боли в спине возникли в возрасте 18 лет; в то время локализовались в пояснично-крестцовой области. Наибольшую выраженность болей отмечал в утренние часы, когда из-за болей и скованности в пояснице с трудом вставал («сползал») с постели, а в некоторые дни не мог подняться без посторонней помощи.

Такие периоды болей в спине, большей или меньшей выраженности, в дальнейшем отмечал периодами, по 3-6 месяцев в году. Постепенно боли распространились на грудной, а затем и на шейный отдел позвоночника, в связи с чем возникла тугоподвижность шеи. При усилении болей самостоятельно принимал НПВП с частичным эффектом. За время заболевания также было четыре эпизода артрита коленных и голеностопных суставов, которые продолжались по 2-3 месяца и проходили на фоне внутрисуставных инъекций дипроспана.

За медицинской помощью не обращался из убеждения, что его заболевание не лечится. В настоящее время обратился в связи с оформлением инвалидности.

При осмотре отмечено выпрямление физиологических изгибов позвоночника; для поворота головы пациенту необходимо поворачиваться всем корпусом. Данное ограничение подвижности существенно затрудняет профессиональную деятельность

(работает водителем), а также повседневную активность. Испытывает небольшой интенсивности боли в грудном и шейном отделе позвоночника, скованность по утрам в течение примерно 2 часов, быструю «утомляемость» спины.

В общем анализе крови, мочи, биохимическом анализе значимых изменений не выявлено.

Имеется повышение СОЭ 30 мм/час, повышение СРБ 18 мг/л. В ревмапробах (РФ, АНФ, анти-с[^]ДНК) получены отрицательные результаты.



Вопросы

1. Какое заболевание можно предположить на основании представленного описания?
2. Какими методами можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №29

Пациент К., 25 лет, обратился в связи с болями и отёчностью суставов ног. Заболел две недели назад.

При осмотре имеется деформация правого коленного и левого голеностопного суставов, кожа над ними тёплая. В колене определяется выпот около 50 мл. Также имеется отёчность, болезненность и покраснение кожи в области правого Ахиллова сухожилия. Последние несколько дней пациент также стал отмечать чувство тяжести в области крестца, преимущественно в утренние часы. Вчера заметил, что начал прихрамывать из-за болей в левом тазобедренном суставе.

При опросе выяснено, что примерно месяц назад у пациента на протяжении трёх дней была диарея, рвота и повышение температуры до 38,5°C. Этот эпизод пациент объяснил отравлением, поскольку незадолго до этого обедал в экзотическом ресторане.

Пациенту по его инициативе выполнили МРТ поражённых коленного и голеностопного суставов, при этом выявлено скопление жидкости и отсутствие каких-либо внутрисуставных повреждений.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №30

У пациентки А., 27 лет, три дня назад возник артрит правого коленного сустава.

При опросе выяснено, что пациентка и прежде отмечала случаи воспаления суставов: в прошлом году- артрит левого локтевого сустава, который регрессировал на фоне ФЗТ.

При осмотре на коже голеней выявлено несколько пятен узловой эритемы- пациентка отмечает, что такое поражение кожи было два года назад. Также пациентка указывает, что наблюдается и получает лечение у гастроэнтеролога по поводу неспецифического язвенного колита.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить на основании представленного описания?
2. Как можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №31

Пациент JL, 32 лет, обратился в связи с отёчностью правого коленного сустава и суставов пальцев рук.

Заболел пять лет назад, когда впервые появилась отёчность правого колена. Обращался в травмпункт, думая, что повредил колено во время катания на горных лыжах. В травмпункте была выполнена пункция сустава (удалено 70 мл жидкости) и внутрисуставное введение дипроспана. В дальнейшем было выполнено МРТ правого колена, по результатам которого никаких внутрисуставных повреждений не выявлено. Поскольку отёчность не возобновлялась, в тот момент пациент отказался от обследования. Через год возникла отёчность левого коленного сустава, а также дистального межфалангового сустава пятого пальца правой кисти. Снова получил внутрисуставную инъекцию дипроспана с хорошим эффектом.

Состояние ухудшилось восемь месяцев назад. Вновь возникла отёчность правого колена, стал испытывать затруднения при ходьбе в связи с тем, что появилась болезненность в пятках, особенно выраженная в утренние часы. Вскоре появилась отёчность и болезненность движений в суставах первого пальца правой кисти, дистальных межфаланговых суставах четвёртого и пятого пальцев левой кисти. При осмотре

выявлена дефигурация указанных суставов, кожа над ними горячая, в области поражённых суставов кистей имеется отчётливая гиперемия; при осмотре стоп - резкая болезненность при надавливании в проекции пяточных бугров. На разгибательных поверхностях локтей имеются участки яркой гиперемии с шелушением. Такие пятна впервые стали появляться в подростковом возрасте. Похожие кожные изменения отмечает на коже головы в зимнее время (летом проходит), считает это себорейным дерматитом. Имеются данные общего анализа крови, в котором выявлено повышение СОЭ до 45 мм/час (при норме до 20) и СРБ до 70 мг/л (при норме до 5). На рентгенографии кистей имеется некоторое сужение суставных щелей и неровность суставных поверхностей поражённых суставов, особенно выраженные в суставах первого пальца.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №32

Пациентка К., 27 лет, обратилась в связи с болями и отёчностью суставов.

Из анамнеза:

Заболела полгода назад, когда через месяц после родов впервые отметила боли, отёчность и утреннюю скованность в суставах кистей. Вскоре присоединились боли и ограничение движений в плечевых суставах, отёчность коленных суставов. В последнее время отмечает также резкое ухудшение общего самочувствия. Всё это привело к существенным затруднениям повседневной активности.

При осмотре отмечается дефигурация, гипертермия, болезненность и резкое ограничение объёма движений в лучезапястных, суставах II-IV пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей, гипотрофия тыла кистей. Резкое ограничение и болезненность движений в плечевых суставах. Выраженная дефигурация коленных суставов, в которых пальпаторно определяется выпот до 60 мл; имеется значительное ограничение объёма движений в них. Скованность в поражённых суставах несколько уменьшается во второй половине дня, но полностью не проходит. Температура тела 37,5°C. По данным лабораторных исследований, имеется анемия (гемоглобин 90 г/л,

эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л), лейкоцитоз (12×10^9 /л), СОЭ 54 мм/час, СРБ 128 мг/л (при норме до 5). Биохимический анализ крови значимых изменений не выявил. В ревмапробах - повышение РФ 120 МЕд/мл (при норме до 30).



Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №33

Больная Ж., 58 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, головную боль, сонливость, отеки нижних конечностей и лица, одышку при минимальной физической нагрузке, уменьшение количества отделяемой мочи, тошноту, снижение аппетита, боли в суставах кистей рук, коленных суставах, сопровождающиеся утренней скованностью длительностью около 3 часов.

Впервые обратилась к врачу 25 лет тому назад в связи с болями и припуханием во 2-3 пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных и коленных суставах, утреннюю скованность в них продолжительностью около 2 часов. С этого времени постоянно принимает метотрексат, нестероидные противовоспалительные препараты, метипред, фолиевую кислоту. Периодически внутрисуставно вводились глюкокортикоиды. 2 года назад у больной в анализе мочи выявили белок (до 1,5 г/сутки). Больная отметила появление отеков на ногах в утренние часы, никтурию. 6 месяцев назад отеки narosли, стали постоянными на фоне уменьшения количества отделяемой мочи, появились выраженная слабость, утомляемость, одышка при небольших физических нагрузках.

Объективно: повышенного питания, лицо одутловатое, заторможена. Кожные покровы сухие, бледные. Отеки голеней до коленных суставов. Ульнарная девиация, атрофия мышц тыла обеих кистей, деформация суставов кистей, деформация и ограничение движений в коленных суставах. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритм правильный, систолический шум во всех точках аускультации, ЧСС 78 в 1 минуту, АД 150/100 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, притупление перкуторного

звука в боковых отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^9$ /л, лейкоциты 12×10^9 /л, тромбоциты 380×10^9 /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 72%, лимфоциты 20%, моноциты 7%, СОЭ 52 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес 1010, белок-2,52 г/л, эритроциты 2-4 в поле зрения, лейкоциты 10-12 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,2 ммоль/л, креатинин 350 мкмоль/л, мочевины 18 ммоль/л, общий белок 54 г/л, альбумин 28%, гамма-глобулины 32%, калий 5,0 ммоль/л, натрий 120 ммоль/л, хлориды 87 ммоль/л, бикарбонаты 20 ммоль/л, холестерин 6,5 ммоль/л, триглицериды 4,2 ммоль/л, кальций 2,0 ммоль/л, фибриноген 8 г/л, С-реактивный белок 27 г/л



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения больной.

Задача №34

Пациент М., 52 лет, обратился по поводу периодических болей в суставах ног.

Из анамнеза известно, что 12 лет назад впервые перенёс артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, сопровождавшийся резкой отёчностью области сустава, гиперемией и очень выраженной болезненностью, а также повышением температуры тела до 38°C . Артрит продолжался трое суток и регрессировал самопроизвольно. В дальнейшем 1-2 раза в год отмечал рецидивы артрита, при этом поражались I плюсне- фаланговый, голеностопные суставы, однократно- левый коленный сустав. Каждый случай артрита продолжался 3-7 дней. Пациент отметил, что развитие приступов провоцируется обильным приёмом мясной пищи и алкоголя. Обратился за медицинской помощью так как за последний год продолжительность приступов увеличилась до 2-3 недель.

При осмотре (вне обострения) признаков суставного воспаления не выявлено. Пациент

повышенного питания, имеется гиперемия кожи лица. При осмотре ушных раковин обнаружено два плотных белых узелка, расположенных подкожно. АД 160/100 мм рт ст. В анамнезе - мочекаменная болезнь, два приступа почечной колики за последние 5 лет.

По данным исследований: общий анализ крови - без патологии. В общем анализе мочи выявлено большое количество солей, лейкоциты 3-4 в поле зрения, белок 0,3 г/л.

УЗИ почек: конкремент 7 мм в чашечно-лоханочной системе правой почки, в левой - микроуролитиаз. Рентгенография суставов стоп: сужение суставной щели плюсне-фаланговых суставов, в головке левой первой плюсневой кости имеется кистовидное просветление с чёткими контурами.



Вопросы :

1. Признаки какого заболевания описаны в данной задаче?
2. Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?
3. Каков план лечения при данном заболевании?

Задача №35

Пациентка Г., 65 лет, обратилась по поводу болей в коленных суставах и суставах рук. В детстве болела ревматизмом и опасается рецидива данного заболевания.

Боли в коленных суставах беспокоят несколько лет. Возникают при ходьбе, усиливаются к вечеру, особенно если в течение дня приходилось много ходить; боли локализуются во внутренних отделах коленных суставов. Периодически отмечает отёчность коленных суставов.

Боли в суставах кистей отмечает около десяти лет; боли возникают периодически, вне связи с физической нагрузкой, а в области суставов пальцев отмечает появление «шишек», которые постепенно увеличиваются. Пациентка считает эти изменения проявлением наследственной подагры.

При осмотре выявлена умеренная варусная деформация коленных суставов, признаков воспаления не выявлено. При осмотре кистей в области дистальных и некоторых проксимальных межфаланговых суставов имеется узелковая деформация; при этом отмечены также признаки воспаления второго дистального межфалангового сустава справа.

По данным биохимического анализа крови и общего анализа мочи значимых изменений не выявлено. В общем анализе крови отмечено повышение СОЭ до 25 мм/час (при норме до 20). В ревмапробах - ревматоидный фактор и антинуклеарные антитела отрицательные, имеется повышение СРБ до 15 мг/л (при норме до 5).



вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №36

Пациентка В., 19 лет, заболела год назад, когда впервые отметила отёчность и болезненность суставов пальцев рук. Данные изменения прошли самопроизвольно через месяц. Ещё через два месяца пациентка забеременела, однако на сроке 12 недель произошёл самопроизвольный аборт. Вскоре после этого состояние ухудшилось. Стала отмечать отёчность стоп и лица, повышение температуры до 37,8°C, красные пятна на коже лица, боли в мышцах, кашель, снижение чувствительности в кистях и стопах.

При осмотре пациентка сильно истощена и ослаблена, заторможена, не может сесть самостоятельно. Имеется выраженная отёчность лица, стоп и нижней трети голеней. На щеках - эритематозные пятна. На коже голеней наблюдается отчётливый мраморный рисунок. Отмечено снижение чувствительности в стопах и кистях по типу носков и перчаток, значительная слабость мышечной силы кистей. При исследовании лёгких аускультативно выслушиваются диффузные сухие хрипы, перкуторно в нижних отделах определяется умеренное накопление жидкости. При исследовании сердца - перкуторно границы расширены, тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 90 в мин. Живот при пальпации несколько напряжён, умеренно болезненный во всех отделах; печень и селезёнка не увеличены. Температура 38°C.

По данным лабораторных исследований, в общем анализе крови выявлена анемия, СОЭ 45мм/час. В ревмапробах РФ 126 МЕд/мл, АНФ 1/1280, антитела к фосфолипидам 89Ед/мл. В суточном анализе мочи количество белка 3г/л. На рентгенограмме органов грудной полости-признаки двустороннего плеврита, перикардита, резкое усиление лёгочного рисунка.



Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №37

Больная Т., 23 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38,2°C, одышку, сухой кашель, боль и припухлость в области мелких суставов кистей, утреннюю скованность в течение часа, распространенные эритематозные высыпания в области лица, туловища и конечностей, усиленное выпадение волос, похудание. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад у больной была первая беременность, которая закончилась самопроизвольным выкидышем на сроке 12 недель. Через 2 недели после выкидыша повысилась температура до 38,5°C, появились выраженная слабость, эритематозные высыпания на лице, а также на туловище и конечностях, боль и припухлость в области мелких суставов кистей, сопровождающаяся утренней скованностью, сухой кашель. Десять дней назад отмечала отек и боль в области правой нижней конечности. Ухудшение состояния сегодня, когда внезапно усилились одышка и сухой кашель, отмечала эпизод кровохарканья, в связи с чем была госпитализирована. Аллергологический анамнез без особенностей.

Наследственный анамнез: мама страдает ревматоидным артритом.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания.

Температура тела 38,2°C. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, отмечаются генерализованные эритематозные высыпания четко отграниченные от здоровой кожи на лице в области носа и щек, туловище, верхних конечностях и бедрах. Губы гиперемированы с плотными сухими сероватыми чешуйками и корочками. На твердом небе эритема с безболезненной эрозией. Волосы тонкие, по краю ростовой зоны обломаны. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Выявлена болезненность и отечность в области пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. В легких дыхание жесткое, ниже уровня VI ребра справа не проводится, там же отмечается притупление перкуторного звука, ЧД - 28 в минуту. Перкуторно границы относительной тупости сердца расширены вправо. Выявляется эпигастральная пульсация. При аускультации тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту, акцент II тона во II межреберье слева от грудины, АД - 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин 80 г/л; эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л;

ЦП - о ,94; тромбоциты 110×10^9 /л; лейкоциты $2,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 13%; моноциты 12%; СОЭ 46 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 98 мкмоль/л; АСТ 23 ед/л; АЛТ 25 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; глюкоза 4,2 ммоль/л; СРБ 60 мг/л.

Иммунологический анализ крови: АНФ 1:640 (гомогенный тип свечения); анти - дсДНК 64 МЕ/мл; волчаночный антикоагулянт - «положительно»; АТ к кардиолипину (IgG) 94 ед/мл.

Общий анализ мочи: удельный вес 1020, реакция кислая, белок 1,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 3 - 4 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2 - 3 в поле зрения, бактерий нет.

ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 100 в мин., отклонение электрической оси вправо, полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Рентгенография органов грудной клетки: тень сердца расширена вправо, отмечается выбухание конуса легочной артерии, легочные поля без инфильтративных изменений, в правой плевральной полости свободная жидкость до VI ребра, слева небольшое количество жидкости в синусе.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз и его обоснование.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Определите тактику ведения больной.

Задача №38

Пациентка Б., 60 лет; обратилась в связи с выраженной одышкой и слабостью.

Из анамнеза:

Впервые появление одышки и сухого кашля стала отмечать несколько лет назад, тогда же обратила внимание на периодическое побеление пальцев, но объяснила всё это проявлением климакса. В дальнейшем одышка постепенно нарастала, и в настоящее время пациентка с трудом передвигается из-за этого.

При осмотре отмечается выраженная цианотичность кожи кистей, стоп и голеней. Имеются трофические изменения ногтей, на подушечках пальцев кистей - множественные мелкие язвочки в разной стадии заживления. На лице над правым надбровьем имеется округлый участок рубцово-изменённой кожи, однако пациентка утверждает, что повреждений не было.

На имеющихся рентгенограммах выявляется диффузный пневмофиброз и признаки перикардита. В общем анализе мочи выявлен белок 0,54 г/л. В ревмапробах - РФ 92 МЕд/мл, АНФ 1/640. На ЭКГ - атриовентрикулярная блокада I степени.



Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №39

Пациентка К., 58 лет; госпитализирована по направлению районной поликлиники для уточнения диагноза.

Из анамнеза: заболела четыре месяца назад, когда впервые отметила слабость в руках и ногах. Эти изменения связала с переутомлением и уехала в отпуск в Турцию. На фоне инсоляции появились красные пятна на коже лица и на передней поверхности грудной стенки, которые сохраняются до сих пор. За месяцы, прошедшие с начала заболевания, состояние пациентки постепенно ухудшалось. Нарастала слабость в руках и ногах, что привело к затруднению повседневной активности: пациентке стало трудно одеваться, причёсываться, подниматься по лестнице, а в последнее время - даже вставать с постели. За три дня до госпитализации отметила затруднение глотания, появилась гнусавость голоса.

В поликлинике консультирована неврологом и эндокринологом: признаков неврологических, эндокринологических заболеваний не выявлено.

При осмотре:

пациентка лежит в постели, не может подняться и сидеть без посторонней помощи, с трудом удерживает голову. Яркая эритема кожи лица; в области верхней трети передней поверхности грудной клетки имеются эритематозные пятна, такие же пятна - на коже в области суставов. Подушечки пальцев кистей гиперемированы, с потрескавшейся кожей. Дисфагия, дисфония. Температура тела 37,5°C, АД 130/80 мм.рт.ст.

Аускультативно: дыхание жёсткое, единичные сухие хрипы; тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 уд. в мин. Перкуторно и пальпаторно - без особенностей.

ЭКГ: ритм синусовый, частота 105 уд. в минуту. Сегмент ST изоэлектричен во всех отведениях. Отмечается уменьшение амплитуды зубцов R в правых отведениях, зубцы T сглажены.

По данным лабораторных исследований: в общем анализе крови умеренная анемия

(гемоглобин 105 г/л, эритроциты 3×10^{12} /л), остальные показатели - без существенных изменений, СОЭ 45 мм/час. В биохимическом анализе крови обращает внимание

повышение уровня общей КФК до 5600 ед/л. Также выявлен антинуклеарный фактор в титре 1:320.



Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить данный диагноз?
3. Каков план лечения при этом заболевании?

Задача №40

Больной Д., 27 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на выраженную слабость, похудание (за последние 2 месяца на 10 кг), повышение температуры тела до 37,2-37,5°C ежедневно, без ознобов, периодическое появление судорог в нижних конечностях, нарушение чувствительности в правой руке и левой ноге.

Считает себя больным около года, когда впервые без видимых причин стали появляться судороги и нарушение чувствительности в руках и ногах, иногда повышение температуры тела до 37,2-37,3°C, папулезная сыпь на голенях, боль в коленных и голеностопных суставах.

Наблюдение и лечение у невролога эффекта не дало. В последние 2 месяца состояние стало прогрессивно ухудшаться: зафиксировано повышение АД до 190/110 мм рт. ст. (без клинических проявлений), лихорадка приобрела постоянный характер. Стал сильно худеть. Из перенесенных заболеваний отмечает гепатит В. Наблюдался у невролога с диагнозом «полинейропатия алиментарно-токсического генеза».

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. На голенях — остаточные явления папулезной сыпи. Температура тела 37,5° С. С закрытыми глазами пациент не может определить до какого пальца левой руки и правой ноги дотрагиваются. Парез левой кисти и правой стопы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ритм сердца правильный, ЧСС-88 в минуту. АД на правой руке — 210/120 мм рт. ст., на левой — 200/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул и диурез без особенностей.

Общий анализ крови: гемоглобин 95 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $-12,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты -437×10^9 /л, формула: палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные - 77%, моноциты - 2%, лимфоциты - 19%, эозинофилы - 0%, базофилы - 0%. СОЭ - 65 мм/час.

Общий анализ мочи: плотность 1012, цвет - жёлтый, глюкоза, билирубин, кетоновые тела - отсутствуют, белок - 0,17 г/л, лейкоциты - 1-2 в п.зр., эритроциты изм - 7-8 в п.зр.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумин 45 г/л, а₁-4% а₂-8% (3-12% у-22%), креатинин -112 мкмоль/л, АСТ-42 ЕД/л, АЛТ-45 ЕД/л, щелочная фосфатаза - 98 ЕД/л, билирубин - 14 мкмоль/л, СРБ - 48 г/л.

Серологический анализ: HBsAg+, HBeAg-, AbHBcIgG+, AbHBcIgM-, AbHCV-



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Диагноз. Дополнительные методы обследования .
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Задача №41

Больной Н., 18 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на повышение температуры до 37,5°C, схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту коричневым содержимым, жидкий черный стул. Неделью назад перенес острое респираторное заболевание, после чего стали беспокоить боли в коленных и голеностопных суставах, появились геморрагические высыпания на коже голеней, бедер и ягодиц, резкие, схваткообразные боли в животе.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. На коже передней поверхности голеней, бедер и ягодиц мелкоточечная геморрагическая сыпь, сливная в области коленных суставов. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них ограничены из-за боли. В легких хрипы не выслушиваются. Ритм сердца правильный, тоны звучные, ЧСС 100 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот втянут, резко болезненный при пальпации в эпигастральной области, где определяются слабо положительные перитонеальные симптомы. Поколачивание в поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 80 г/л; гематокрит 36%; ретикулоциты 6%; тромбоциты 315×10^9 /л; лейкоциты $17,0 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 7%; сегментоядерные 63%; лимфоциты 23%; моноциты 6%; эозинофилы 1%; СОЭ 54мм/час.

ЭГДС: На слизистой желудка выявлены множественные эрозии и мелкие кровоизлияния.

Признаков продолжающегося кровотечения не выявлено

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 0,9 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты -50-60 в поле зрения.

Биохимический и иммунологический анализы крови: билирубин общий 16 мкмоль/л ; АСТ 14 ед/л; АЛТ 23 ед/л; креатинин 75 мкмоль/л; мочевины 12 ммоль/л; общий белок 76 г/л; белковые фракции: альбумины 56%, альфа1 4,2%, альфа2 14,8%, бета 13,8%, у- глобулины 25,7%. СРБ 28 ед.; ревматоидный фактор отрицательный.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача №42

Больная П., 75 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на интенсивные головные боли пульсирующего характера в височной, теменной, нижнечелюстной областях, усиливающиеся ночью, при разговоре или жевании, повышение температуры тела до 37,8°C, обильное ночное потоотделение, снижение аппетита, резкое снижение зрения, головокружение, общее недомогание.

Считает себя больной в течение 3-х лет, когда стала отмечать сильные боли и скованность в мышцах плечевого и тазобедренного пояса, повышение температуры до 38°C. Была госпитализирована в больницу по месту жительства, где на основании клинической картины, лабораторных данных (увеличение СОЭ в ттте 30 мм/час и СРБ 18 мг/дл) был поставлен диагноз полимиалгии и назначен преднизолон 20 мг/сут. На фоне лекарственной терапии исчезли боли. Больная принимала преднизолон в течение последующих 3-х лет, с постепенным снижением дозы препарата до 1/8 таблетки в сутки. Затем полностью отказалась от приема преднизолона в связи с улучшением состояния, что и привело к появлению вышеперечисленных жалоб.

Наследственность не отягощена. Лекарственной аллергии не отмечает. Длительное время артериальная гипертензия с максимальным подъемом до 200/100 мм.рт.ст., адаптирована к АД 140-150/ 80 мм рт.ст. Амбулаторно принимает лозартан 50 мг в сутки.

При осмотре: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Конституция астеническая. Пониженного питания. Кожные покровы бледной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. По ходу височных артерий видны и четко пальпируются болезненные гранулемы размером до горошины (рис. 1).

Рис. 1. “Четкообразная” левая височная артерия



Пульсация на височных артериях снижена. Мышцы при пальпации безболезненны. Движение в суставах в полном объеме. ЧД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС- 100 уд/мин., АД 150/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 113 г/л, эритроциты - $4.12 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,82, лейкоциты - $12,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 11%, эозинофилы - 4%, сегментоядерные - 60%, базофилы - 0%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%; тромбоциты - $650 \times 10^9/л$, СОЭ 52 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенный, прозрачность неполная, белок, глюкоза, кетоновые тела - отсутствуют, эпителий - единичные клетки в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 64 г/л, мочевины 4,8 ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л, АЛТ - 48,1 ЕД/л, АСТ - 31,4 ЕД/л, ЛДГ - 488,0 ЕД/л, ЩФ - 143 ед/л, СРБ - 48,0 мг/дл.

Протеинограмма: общий белок 64,9 г/л, альбумины 43 г/л, альфа! - 3,5 г/л, альфаг - 6,3 г/л, бета - 9,7 г/л, гамма - 23,5 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 105 в 1 мин., нормальное положение электрической оси сердца, гипертрофия миокарда левого желудочка.

Флюорография легких патологии не выявила. Рентгенограмма черепа: патологии свода не выявлено. Турецкое седло не увеличено, стенки ровные.

На МРТ (рис. 2)- картина немногочисленных супра-и инфратенториальных очагов глиоза, более вероятно сосудистого генеза; единичные постишемические лакунарные кисты; не резко выраженная наружная гидроцефалия. Лейкоареоз. Деформация моста мозга основной артерией. Признаки дополнительного образования на границе левой лобной и теменной области (более вероятно участок расширенного сосуда).

МРТ:

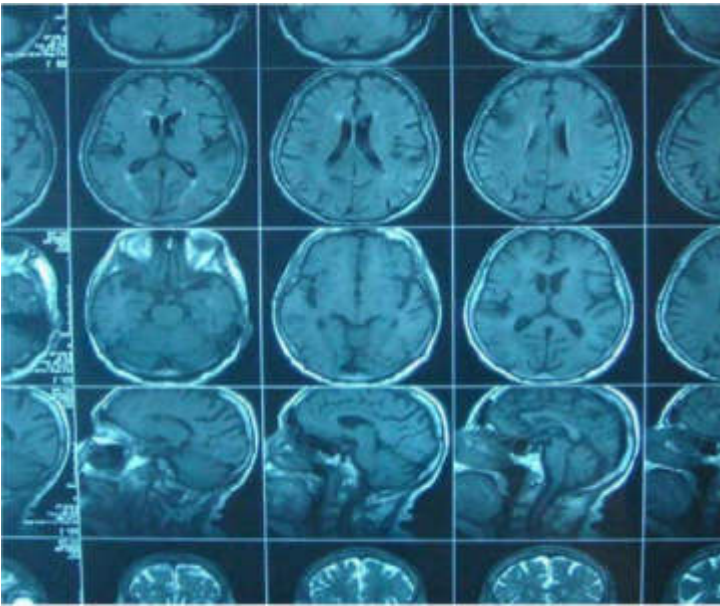


Рис. 2

Консультация окулиста: признаки передней ишемической оптической нейропатии.

Вопросы:

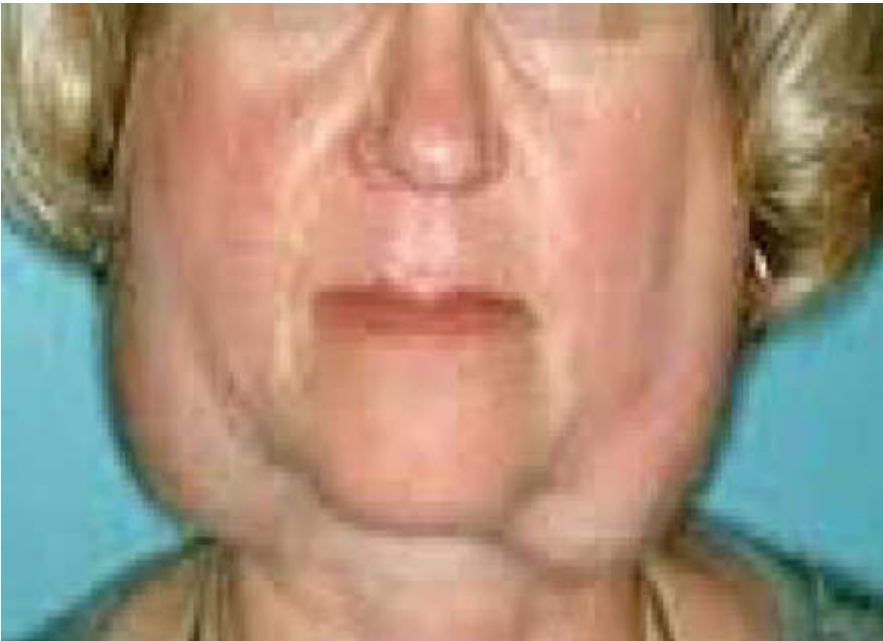
1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии этого заболевания у больной?
3. Составьте план обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение необходимо назначить больной.

Задача №43

Пациентка А., 67 лет, обратилась в связи с болями и периодически возникающей отёчностью суставов кистей. Решила обследоваться самостоятельно, и в результатах ревмапроб было обнаружено повышение ревматоидного фактора 868 МЕд/мл.

Пациентка эмоционально астенизирована, рассказывает, что за последние 2-3 года у неё постоянно происходят неприятности со здоровьем. Резко ухудшилось состояние зубов, постоянно беспокоит сухость во рту, однако показатели сахара в крови - в пределах нормы. Недавно проходила УЗИ брюшной полости в связи с тем, что стала отмечать тяжесть в животе слева. По данным УЗИ было выявлено значительное увеличение селезёнки (24x12 см), и пациентка получила направление к гематологу. Также, на протяжении последних нескольких месяцев пациентка отмечает послабление стула, метеоризм, присутствие в каловых массах плохо переваренных остатков питии. Похудела на 6 кг за полгода. Пациентка жалуется, что настолько подавлена происходящими с ней изменениями, что даже не может плакать - нет слёз.

При осмотре наблюдается некоторая инъектированность конъюнктивы обоих глаз, в околоушных областях имеется небольшая припухлость. Язык сухой, обложен белым налётом, пришеечный кариес многих зубов. Признаков суставного воспаления при осмотре не выявлено. Температура тела 37,4°C. Из лабораторных данных имеется только общий анализ крови, в котором существенных изменений не отмечено. СОЭ 52 мм/час.



вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Задача №44

Больной Г., 47 лет, обратился к врачу с жалобами на сильное головокружение, слабость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, потливость, тошноту, рвоту грязно-коричневым содержимым, диарею черного цвета. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели и пациент ассоциирует их со съеденной не свежей едой. Сразу после еды у пациента возникло чувство тяжести в эпигастральной области, а через 3-4 часа развилась обильная рвота.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Имеются выраженные признаки ортостатических нарушений. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 120 уд/минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Больной направлен в отделение реанимации.

Анализ крови:

12

гемоглобин 45 г/л; эритроциты $3,45 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 17%; цветовой показатель 0,56; тромбоциты $460,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $15,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 15%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 9%; моноциты 1%; плазматические клетки 0%

Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 500×10^6 /л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 43%, лимфоидный ряд 8%, моноцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 37%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача №45

Больной Н., 67 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, потливость, тошноту, Нарастание

симптомов наблюдается в последние 2 года, и пациент ассоциирует их с нарастающими болевыми явлениями при дефекации, часто сопровождающимися умеренными кровотечениями.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 100 уд/минуту, АД 110/60 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. Больной направлен в отделение реанимации.

Анализ крови:

12

гемоглобин 65 г/л; эритроциты $3,45 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 25%; цветовой показатель 0,6; тромбоциты $590,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $11,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 7%; сегментоядерные 63%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 30 %; моноциты 0%; плазматические клетки 0%

Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 180×10^6 /л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 40%, лимфоидный ряд 8%, моноцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 40%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача №46

Больной Ш., 67 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, боли в области сердца, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели. Накануне поступления в клинику на коже ног появилась геморрагическая сыпь.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные.

На коже нижних конечностей имеются различной степени давности геморрагии. В легких дыхание жесткое. ЧСС 110 уд/минуту, АД 100/70 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. В биохимии крови ЛДГ- 2500 ЕД/л. Больной направлен в отделение кардиореанимации

Анализ крови:

12

гемоглобин 89 г/л; эритроциты $1,7 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 30%; цветовой показатель 1,19; тромбоциты $49,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $2,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 1%; сегментоядерные 73%; эозинофилы 3%; базофилы 1%, лимфоциты 20 %; моноциты 2%; плазматические клетки 0%, бласты 0×10^9 /л, промиелоциты 0×10^9 /л, миелоциты 0×10^9 /л, метамиелоциты 0×10^9 /л, палочкоядерные 0×10^9 /л, сегментоядерные $0,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы 0×10^9 /л, базофилы 0×10^9 /л, лимфоциты $1,56 \times 10^9$ /л, моноциты $0,7 \times 10^9$ /л, плазматические клетки 0×10^9 /л, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час.

Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 500×10^6 /л, бласты 3%, гранулоцитарный ряд 23%, лимфоидный ряд 7%, моноцитарный ряд 12%, эритроидный ряд 55%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача №47

Больной К., 71 года, обратился к врачу с жалобами на сильное головокружение, слабость, невозможность выполнить тонкую работу пальцами, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 месяца.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. Имеются выраженные нарушения ЦНС по типу мозжечковых нарушений. В легких дыхание жесткое. ЧСС 120 уд/минуту, АД 160/110 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. В биохимии крови ЛДГ - 3500 ед/л. Больной направлен в отделение интенсивной неврологии. Анализ крови:

12

гемоглобин 71 г/л; эритроциты $1,10 \times 10^9$ /л; гематокрит 17%; цветовой показатель 1,34; тромбоциты $76,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 4%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 20 %; моноциты 1%; плазматические клетки 0%, бласты 0×10^9 /л, промиелоциты 0×10^9 /л, миелоциты 0×10^9 /л, метамиелоциты 0×10^9 /л, палочкоядерные 0×10^9 /л, сегментоядерные $0,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы 0×10^9 /л, базофилы 0×10^9 /л, лимфоциты $1,56 \times 10^9$ /л, моноциты $0,7 \times 10^9$ /л, плазматические клетки 0×10^9 /л, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час. Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 500×10 /л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 43%, лимфоидный ряд 8%, моноцитарный ряд 10%, мегалобласты 56%, эритроидный ряд 37% **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача №48

Больной Н., 45 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, кашель, лихорадку до 39°C . Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели. Накануне поступления в клинику на коже конечностей появилась геморрагическая сыпь.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. На коже нижних конечностей - петехии. Выявляется гипертрофический гингивит. В нижних отделах легких слева выслушиваются влажные хрипы. ЧСС 110 уд/минуту, АД 100/70 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови:

12

гемоглобин 45 г/л; эритроциты $1,7 \times 10^9$ /л; гематокрит 22%; цветовой показатель 0,7; тромбоциты $9,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $2,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 0%; сегментоядерные 13%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 80 %; моноциты 7%; плазматические клетки 0%, бласты 0×10^9 /л, промиелоциты 0×10^9 /л, миелоциты 0×10^9 /л, метамиелоциты 0×10^9 /л, палочкоядерные 0×10^9 /л, сегментоядерные $0,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы 0×10^9 /л, базофилы 0×10^9 /л, лимфоциты $1,56 \times 10^9$ /л, моноциты $0,7 \times 10^9$ /л, плазматические клетки 0×10^9 /л, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час. Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 500×10 /л, бласты 63%, гранулоцитарный ряд 10%, лимфоидный ряд 7%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный ряд 18%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз

2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача № 49

Больной И., 67 лет, обратился к врачу с жалобами на нарастающие слабость и головокружение. В последнюю неделю появился кашель и лихорадка до 39° С. Нарастание симптомов наблюдается в последнюю неделю.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года в анализах крови отмечалась тенденция к депрессии 3-х ростков кроветворения.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. В нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы. ЧСС 110 уд/минуту, АД 140/70 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены Анализ крови:

12

гемоглобин 67 г/л; эритроциты $2,5 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 25%; цветовой показатель 0,9; тромбоциты $49,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 50%; сегментоядерные 13%; эозинофилы 12%; базофилы 8%, лимфоциты 10 %; моноциты 7%; плазматические клетки 0%, бласты 0×10^9 /л, промиелоциты 0×10^9 /л, миелоциты 0×10^9 /л, метамиелоциты 0×10^9 /л, палочкоядерные 4×10^9 /л, сегментоядерные 1×10^9 /л, эозинофилы 1×10^9 /л, базофилы $0,5 \times 10^9$ /л, лимфоциты 1×10^9 /л, моноциты $0,5 \times 10^9$ /л, плазматические клетки 0×10^9 /л, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час. Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 40×10^4 /л, бласты 23%, гранулоцитарный ряд 20%, лимфоидный ряд 17%, моноцитарный ряд 12%, эритроидный ряд 28%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача №50

Больной И., 25 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, головную боль, тошноту, рвоту, тянущие боли в задних мышцах шеи при наклоне головы вниз. Нарастание симптомов наблюдается в течение последних 3-х недель.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Все периферические л/у увеличены. Л/у размером до 2 см, слегка болезненные, подвижные. ЧСС 110 уд/минуту, АД 160/100 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены. Выявлены признаки раздражения спинномозговых оболочек.

Анализ крови:

12

гемоглобин 98 г/л; эритроциты $2,7 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 34%; цветовой показатель 0,9; тромбоциты $21,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $110,0 \times 10^9$ /л; бласты 90%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 0%; сегментоядерные 8%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 2 %; моноциты 0%; плазматические клетки 0%, бласты 100×10^9 /л, промиелоциты 0×10^9 /л, миелоциты 0×10^9 /л, метамиелоциты 0×10^9 /л, палочкоядерные 0×10^9 /л, сегментоядерные 8×10^9 /л, эозинофилы 0×10^9 /л, базофилы 0×10^9 /л, лимфоциты 2×10^9 /л, моноциты 0×10^9 /л, плазматические клетки 0×10^9 /л, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли кольца Кебота нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость

нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 60 мм/час.

Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 500×10^9 /л, бласты 92%, гранулоцитарный ряд 2%, лимфоидный ряд 2%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный ряд 2%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача №51

Больная Л., 66 лет, считает себя больной около 3 лет, когда появилась и выросла слабость. Из анамнеза известно, что у больной имеется ишемическая болезнь сердца.

При осмотре - состояние средней тяжести. Все периферические лимфоузлы увеличены до 2-3 см в диаметре, мягкой тестоватой консистенции. Селезенка увеличена и выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Печень не увеличена.

По данным УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12 мм. Селезенка увеличена, 16×10 см, однородная, селезеночная вена 6 мм. Другой патологии не выявлено.

Анализ крови:

12

гемоглобин 88 г/л, эритроциты $2,70 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 30 %, цветовой показатель 0,8, тромбоциты $110,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $120,0 \times 10^9$ /л, гранулоциты 2%, лимфоциты 98%, моноциты 0%

Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 140×10^9 /л, бласты 2% , гранулоцитарный ряд 12%, лимфоидный ряд 60%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный ряд 24%

Биохимия крови

общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 560 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 54 ЕД/л, ГГТП 160 ЕД/л В трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружено инфильтрация мелких лимфоидных элементов.

Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 19 +, CD 20+, CD 5+

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача №52

Больная К., 56 лет, считает себя больной около года, когда появилась и выросла слабость. Из анамнеза известно, что у больной около 15 лет выявляются маркеры вируса гепатита С. При осмотре - состояние средней тяжести. Все периферические лимфоузлы не увеличены. Селезенка увеличена и выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Печень не увеличена. По данным УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12 мм. Селезенка увеличена, 16×10 см, однородная, селезеночная вена- 6 мм. Другой патологии не выявлено.

Анализ крови:

12

гемоглобин 88 г/л, эритроциты $2,70 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 30 %, цветовой показатель 0,8, тромбоциты $110,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л

Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 140×10^9 /л, бласты 2% , гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд

20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27%

Биохимия крови

общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочеви́на 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 560 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 54 ЕД/л, ГГТП 160 ЕД/л В трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружено пластообразное разрастание мелких лимфоидных элементов со способностью формировать лимфоидные фолликулы.

Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 19 +, CD 20+

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. Какой комплекс обследования необходимо провести больному?
4. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача №53

Больная А., 35 лет, считает себя больной около 2х месяцев, когда появилась и нарасла слабость, стал появляться отек головы при ее опускании вниз.

При осмотре - состояние средней тяжести. На передней грудной стенке в верхней трети с переходом на шею у больной имеется выраженная расширенная венозная сеть по типу «головы медузы». Все периферические лимфоузлы не увеличены, кроме шейных, которые невозможно пропальпировать из-за выраженного отека. Яремные вены с обеих сторон резко расширены. Селезенка выступает на 1 см из-под края реберной дуги, печень - на 3см. По данным КТ- томографии в переднем верхнем средостении располагается опухолевый конгломерат размерами 8х10 см с вращением в верхнюю полую вену с образованием массивных тромботических масс во всей системе верхней полой вены. Анализ крови:

12

гемоглобин 140 г/л, эритроциты $3,70 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 35 %, цветовой показатель 1, тромбоциты $210,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $15,0 \times 10^9$ /л

Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 250×10^6 /л, бласты 2% , гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27%

Биохимия крови

общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочеви́на 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 2060 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 54 ЕД/л, ГГТП 120 ЕД/л В трепанобиопсии костного мозга присутствуют все ростки гемопоэза.

Проведена биопсия опухоли переднего верхнего средостения: в лимфоузле имеется разрастание крупноклеточной лимфомы со стиранием рисунка лимфатического узла.

Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 20 + , CD 30+

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. Какой комплекс обследования необходимо провести больному?
4. Каков алгоритм проведения лечения?
5. Экстренные лечебные мероприятия.

Задача №54

Больная Е., 16 лет, считает себя больной около года, когда регулярно стали появляться ночные проливные поты. Около 8 месяцев назад появились приступы лихорадки до 38°- 39 °С. Около 2х недель назад у больной появился сухой кашель.

Объективно: состояние средней тяжести. При осмотре обнаружено увеличение всех групп

лимфоузлов «каменной» плотности, мало смещаемые по отношению к окружающим тканям. Селезенка увеличена и выступает на 2 см из под края реберной дуги.

Анализ крови:

12

гемоглобин 87 г/л, эритроциты $2,70 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 30 %, цветовой показатель 0,8, тромбоциты $210,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л, бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0 %, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 10 %, сегментоядерные 70%, эозинофилы 0%, базофилы 0%, лимфоциты 20%, моноциты 0%, плазматические клетки 0%, бласты 0×10^9 /л, промиелоциты 0×10^9 /л, миелоциты 0×10^9 /л, СОЭ 60 мм/час Миелограмма:

12

клеточность костного мозга 140×10^6 /л, бласты 2% , гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27% биохимия крови общий белок 64 г/л, альбумин 30 г/л, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 460 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 560 ЕД/л В трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружены крупные многоядерные клетки, подозрительные на клетки Рид-Штернберга.

Проведена ИГХ: все атипичные клетки экспрессируют маркеры CD 15 + ,CD 30+ **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. Какой комплекс обследований необходимо провести больному?
4. Каков алгоритм проведения лечения?

Задача №55

Больной Э., 25 лет, госпитализирован БСМП в связи с носовым кровотечением в течение 3 часов.

В течение последнего года беспокоит общая слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, снижение памяти, периодически - мигренозная головная боль. Терапия: иммигран при возникновении приступа головной боль. Постоянно медикаментозную терапию не получает.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Состоявшееся носовое кровотечение. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка+1 см.

Анализ крови:

12

гемоглобин 119 г/л; эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 20%; цветовой показатель 0,9; тромбоциты $1560,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $8,3 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 2%; сегментоядерные 56%; эозинофилы 2%; базофилы 1%; лимфоциты 36 %; моноциты 3%; СОЭ 5 мм/час. **Вопросы:**

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Каковы причины кровотечения в случае тромбоцитоза?
4. Определите тактику ведения больного.

Задача №56

Больная Е., 30 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение в связи с замершей беременностью на сроке 8 недель.

Анамнез: беременность 2, самостоятельная, первая беременность в возрасте 26 лет закончилась самопроизвольным абортom на сроке 6 недель. В течение последних двух лет беспокоит общая слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, снижение памяти. Постоянно медикаментозную терапию не получает.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Геморрагического синдрома нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 110/80 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови:

12

гемоглобин 120 г/л; эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 45%; цветовой показатель 1,0; тромбоциты $1221,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $9,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 1%; сегментоядерные 52%; эозинофилы 2%; лимфоциты 37 %; моноциты 2%; СОЭ 5 мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Задача №57

Больная Ж., 33 лет, жалоб активно не предъявляет, считает себя здоровым человеком, занимается спортом.

При плановом медицинском обследовании в клиническом анализе крови выявлен

12

лейкоцитоз, тромбоцитоз: гемоглобин 123 г/л; эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 43%; цветовой показатель 1,0; тромбоциты $860,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $17,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 63%; эозинофилы 8%; базофилы 6%; лимфоциты 16 %; моноциты 2%; СОЭ 10 мм/час.

Объективно: кожные покровы нормального цвета, геморрагического синдрома нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +2 см.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

Задача №58

Больной У., 40 лет, обратился в поликлинику по поводу простудного заболевания.

В клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, гипохромная микроцитарная анемия:

12

гемоглобин 105 г/л; эритроциты $5,4 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 23%; цветовой показатель 0,7; тромбоциты $450,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $47,9 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 11%; сегментоядерные 72%; эозинофилы 5%; базофилы 6%; лимфоциты 5 %; моноциты 1%; СОЭ 15 мм/час. Объективно: кожные покровы нормального цвета, геморрагического синдрома нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +7 см. При дополнительном обследовании: BCR/ABL p210 - 67%, СЦИ выявило t(9;22) в 100% метафаз. Назначена терапия ИТК1. Переносит терапию неудовлетворительно - тошнота, рвота, отеки.

Контрольное обследование через 3 месяца терапии: полный гематологический ответ, минимальный цитогенетический ответ (Ph-хромосома выявлена в 60% метафаз), отсутствие молекулярного ответа (BCR/ABL p210 - 30%)

Вопросы:

1. Диагноз заболевания.
2. Назначьте дополнительные исследования

3. Определите тактику ведения больного

Задача №59

Больная Д., 55 лет, жалуется на общую слабость, колющие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке и при повышении артериального давления, отеки голеностопных суставов, боль в области больших пальцев ног.

В течение 10 лет отмечает повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Регулярно принимает эналаприл 4 мг в сутки. В течение последнего года беспокоит кожный зуд, жжение кожи после душа.

Объективно: гиперемия лица, ладоней, слизистой ротовой полости, инъецированность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 160/100 мм рт. ст. ЧСС 66 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +5 см.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин 180 г/л; эритроциты $6,2 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 54%; цветовой показатель 1,0; ретикулоциты 2%; тромбоциты $560,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $13,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 68%; эозинофилы 2%; базофилы 1%; лимфоциты 22%; моноциты 2%; СОЭ 1 мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

Задача №60

Больной Л., 58 лет, проживает в г.Чебоксары, обратился к ЛОР по поводу храпа.

Амбулаторно проведено оперативное лечение - увулопалатопластика.

Оперативное вмешательство осложнилось развитием кровотечения, что потребовало госпитализации. Кровотечение остановлено в/в введением транексамовой кислоты.

Объективно: гиперемия лица, ладоней, слизистой ротовой полости, инъецированность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 180/100 мм рт. ст. ЧСС 60 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +10 см.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин 243 г/л; эритроциты $8,3 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 63%; цветовой показатель 0,9; тромбоциты $480,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $16,7 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 71%; эозинофилы 2%; базофилы 1%; лимфоциты 19%; моноциты 2%; СОЭ 1 мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.
4. Ошибки в тактике ведения больного.

Задача №61

Больной Р., 56 лет, в отделение неврологии с жалобами на слабость в ногах и боли в грудном и поясничном отделах позвоночника.

Из анамнеза известно что боли в спине у больного появились около 2х лет назад. А слабость в ногах появилась и нарастает последний месяц.

При осмотре - состояние тяжелое. Кожные покровы сухие, бледные. АД 160/100 мм рт ст. В легких дыхание жесткое, сухое.

12

Анализ крови: гемоглобин 87 г/л; эритроциты $2,7 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 34%; цветовой показатель 0,8; тромбоциты $49,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 6%; сегментоядерные 72%; эозинофилы 0%; базофилы 0%; лимфоциты 16 %; моноциты 6%; плазматические клетки 0%, бласты 0×10^9 /л, промиелоциты 0×10^9 /л, миелоциты 0×10^9 /л Биохимия крови

общий белок 145 г/л, альбумин 28 г/л, мочевины 20 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л, ЛДГ 650 ЕД/л, ЩФ 460 ЕД/л, АСТ 32 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л

Миелограмма

12

клеточность костного мозга 100×10^6 /л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 22%, лимфоидный ряд 12%, моноцитарный ряд 7%, эритроидный ряд 34%, плазматические клетки 23%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Экстренные лечебные мероприятия.
3. Необходимое дообследование.
4. Алгоритм лечения.

Задача №62

Больной Т., 60 лет, работает слесарем - сварщиком. Ежегодно проходит мед.осмотр.

В течение последних 10 лет в клиническом анализе крови отмечается умеренный тромбоцитоз:

480 тыс, с тенденцией к нарастанию до 900 в динамике; умеренная спленомегалия: +3 см.

В течение последнего года беспокоит общая слабость, головокружение, боли в левом подреберье, потливость, похудел на 6 кг без видимых причин, субфебрилитет. Постоянно медикаментозную терапию не получает.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Селезенка: нижний край селезенки пальпируется уровне гребня подвздошной кости.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин 80 г/л; эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 20%; цветовой показатель 0,6; тромбоциты $430,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $8,7 \times 10^9$ /л; бласты 1%, миелоциты 2%, метамиелоциты 3%, палочкоядерные 11%; сегментоядерные 78%; эозинофилы 1%; базофилы 1%; лимфоциты 30 %; моноциты 3%; СОЭ 5 мм/час.

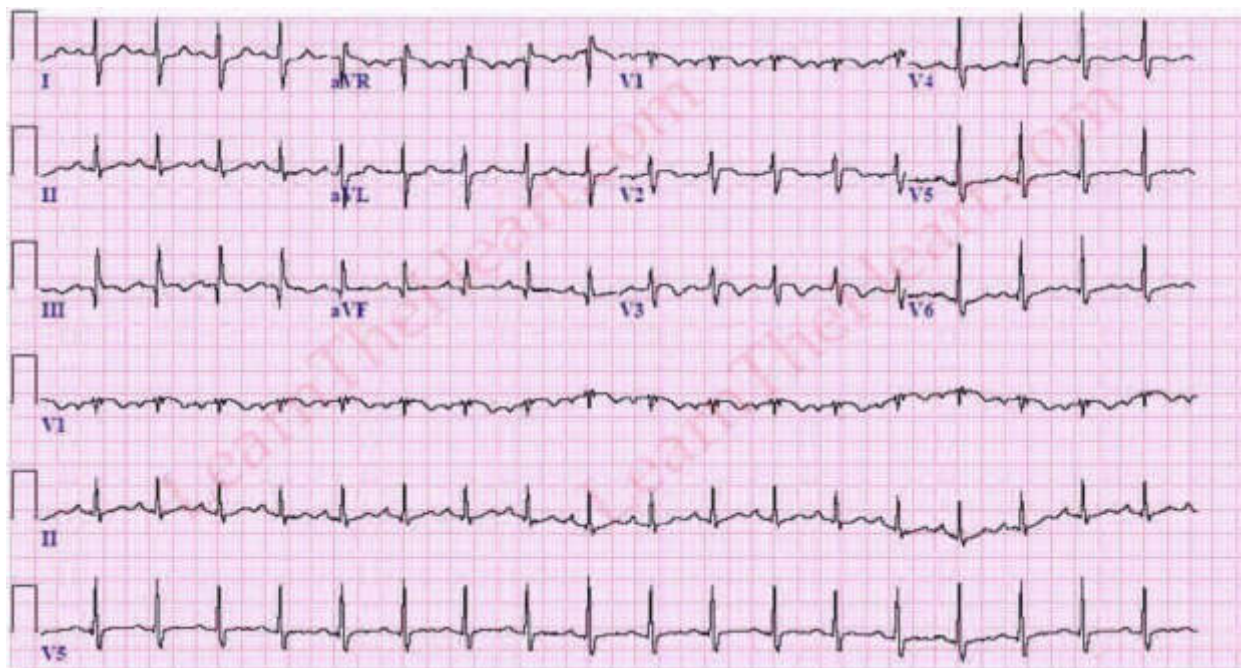
Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования
3. Определите тактику ведения больного

Задача №63

Больная К., 56 лет, заболела внезапно. Дома случился коллапс, была вызвана БСМП. Со слов родственников, до этого случая была здорова, в анамнезе нет тяжелых заболеваний. При осмотре состояние тяжелое. Дыхательные пути свободные, дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, АД 60/36 мм рт ст, ЧСС - 140 уд. в мин. По шкале Глазго 11 баллов. SpO2 - 74%.

Бригадой СМП снята ЭКГ:



25mai.i IQemi.mV [50Hz 065C 12SI25* СИЗ.]

EID.CS' EDT: 17 13 3a-JUL-2005 ORDER:

Установлен периферический венозный катетер, начата инфузия р-ра хлорида натрия 0,9% - 1 литр, оксигенотерапия 35% кислородом потоком 15 л/мин.

На фоне лечения: ЧД - 20 в мин, АД 90/60 мм рт ст, ЧСС - 125 в мин., SpO₂ - 86%. По шкале Глазго 14 баллов. Доставлена в стационар.

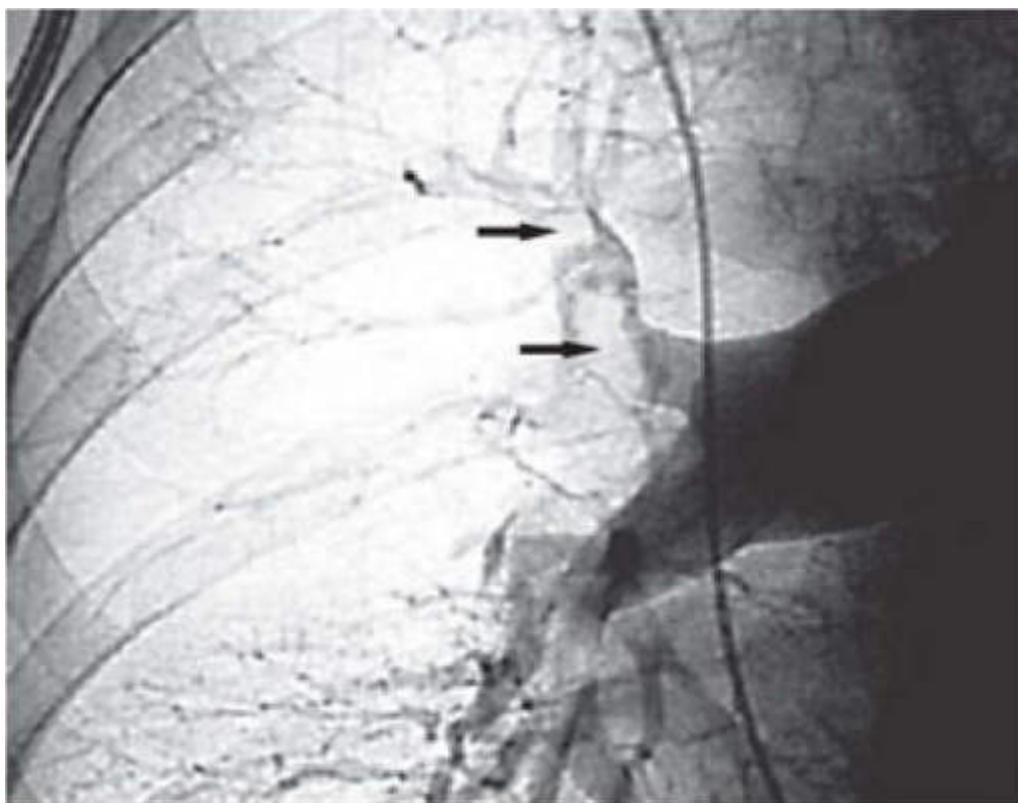
При обследовании в стационаре:

В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД - 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 126 уд. в мин. Давление в яремной вене повышено до + 10 см вод. ст. Живот мягкий, безболезненный. Со стороны нервной системы без особенностей. На ЭХО- КГ : увеличение правых отделов сердца, признаки легочной гипертензии. На рентгенограмме грудной клетки легочные поля чистые. D - димеры: 1,8 мг/л , тропонин Т: 0,6 нг/мл.

Газы артериальной крови:

pH- 7,36 , p_aO₂. 7,4 кПа, p_aCO₂. 4,5 кПа, HCO₃⁻ 23 ммоль/л

Больной проведена ангиопульмонография:



Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Интерпретируйте результаты физикального осмотра, ЭКГ, ЭХОКГ, пульсоксиметрии, ангиографии, показателей крови.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Основные подходы к лечению данной патологии.
5. Прогноз и терапия на этапе амбулаторного лечения

Задача №64

Больной В., 46 лет, переведен из травматологического отделения в отделение АиР в связи с резким ухудшением состояния — появлением чувства нехватки воздуха при дыхании, сжимающими интенсивными болями в грудной клетке без иррадиации. При этом отмечает «потемнение» в глазах, холодный липкий пот.

Больной 10 дней назад получил автотравму, при которой произошел перелом седалищной кости справа и закрытый оскольчатый перелом в средней трети обеих бедренных костей. Был оперирован — остеосинтез и репозиция костных фрагментов бедренных костей, установлены аппараты Илизарова на оба бедра.

Сегодня, при попытке подтянуть туловище в кровати в положении сидя, почувствовал резкое ухудшение самочувствия с вытггте описанными жалобами.

При осмотре пациента врачом отмечен выраженный цианоз кожных покровов верхних отделов туловища, профузный холодный пот, дыхание поверхностное (ЧД 40 в 1 мин), затруднен вдох.

АД 75/30 мм рт.ст., SpO²- 76%, ЧСС-138 уд/мин. Общее состояние расценено, как крайне тяжелое. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, акцент 2-го тона над легочной артерией.

а ЭКГ- синусовая тахикардия, отклонение ЭОС вправо, феномен S1-Q3, феномен R-pulmonale, S-тип ЭКГ, диффузные изменения миокарда ЛЖ.

При УЗДГ вен нижних конечностей определяется не полностью окклюзирующий тромб в большой подкожной вене правого бедра и в суральных венах правой голени.

Вопросы:

1. Ваша диагностическая концепция, характеризующая резкое ухудшение болезни.
2. Назовите ведущие синдромы острого состояния.
3. Какой объем дообследования необходимо провести?
4. Обосновать тактику ведения и лечения больного.

Задача №65

Пациент В., 19 лет. Обратился к врачу с жалобами на ощущение стесненности в груди и одышку в течение 6 недель. Преимущественно вышеперечисленные жалобы возникают когда он бегают или входит в пыльную комнату. Его также беспокоит кашель и удушье, от которых он просыпается по ночам, хотя мокрота не откашливается. Кашель и удушье проходят самостоятельно. Он спортсмен, готовится к ответственным соревнованиям и эти симптомы мешают тренировкам.

При дальнейшем опросе выяснилось, что в начальной школе он пользовался ингалятором. В детстве у него была экзема и сенная лихорадка. Пациент не курит, домашних животных не держит. У матери бронхиальная астма.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/70 мм рт ст, ЧСС - 64 в мин. В легких дыхание проводится во все отделы, с жестковатым оттенком, во всех отделах выслушиваются сухие свистящие хрипы, ЧД - 18 в мин. Живот мягкий без болезненный. Неврологических нарушений не выявлено.

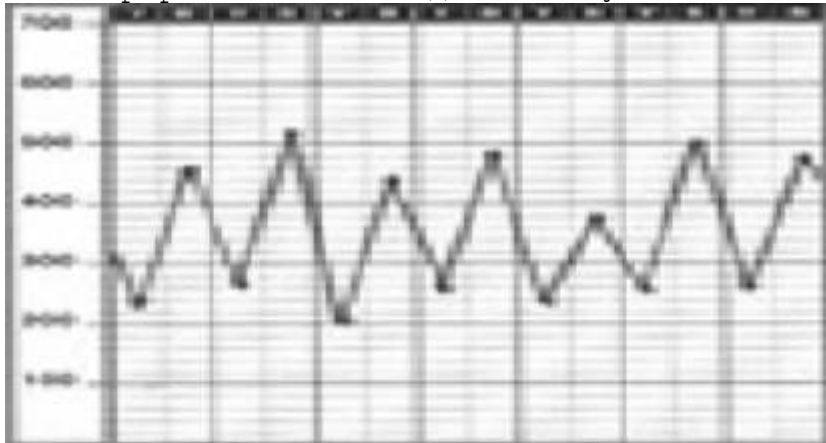
Результаты обследования:

На рентгенограмме грудной клетки без особенностей.

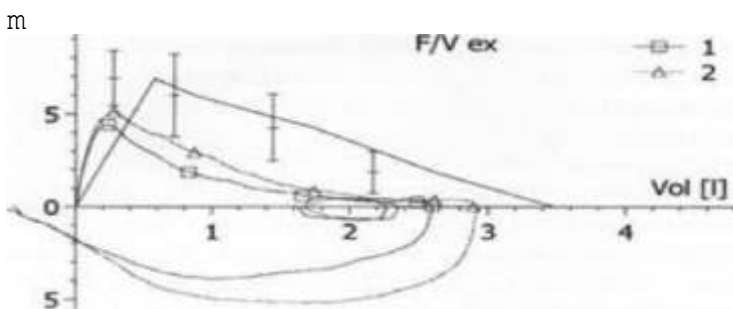
Анализ крови: гемоглобин 14,6 г/дл, лейкоциты $6,8 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $230 \times 10^9/\text{л}$ нейтрофилы $5,2 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы $1 \times 10^9/\text{л}$, сывороточный IgE 220 кЕд/л.

Выявлены положительные кожные скарификационные тесты на домашнюю пыль и пыльцу растений.

Мониторинг ПСВ в домашних условиях:



Самое высокое значение 480 л/мин, самое низкое 360 л/мин. Процент variability 25% Спирометрия с бронходилатационным тестом:



VC мя_x	rr«d 3: bf	c l 3 Г53!	lActl / fi' rwJ gfla	лес 2 J.tl	IhecZ/L iofl, e
же TAV	i. it	1,07	01 96,2	i, rз	104 loi.e
FVC	3. 49	2 . &			93.0 It 1 - ь
■PEV	3.01		55. 3	7 on	се. з 11 ». 9
WV11K	31 .31		81. 0	55, 15	» 1 110, 2
PEГ	6 . 90	4.41	6 4. 0	5. 11	74,1 - «
rag as	8 . 52	1 #4	7	2 0,0 4	40 Л 19.7
FEF 50	4 -Л-5-	0, 22	1Э- а	0 Л 2?	19=, ч 15Л- 9
7S	1 , 85	□ . 2 i			
HW	100.6T				
revtiF		«Л9		69,05	107 . 6

Вопросы:

1. Установите диагноз (в соответствии с международными и отечественными рекомендациями).
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Интерпретируйте показатели исследований.
4. Назовите основные причины заболевания и факторы, провоцирующие обострение.
5. Назовите основные принципы лечения данной патологии (в соответствии с международными и отечественными рекомендациями).
6. Назовите основные группы препаратов, их комбинации и формы доставки при данной патологии. Немедикаментозное лечение.
7. Прогноз и ведение данной группы пациентов амбулаторно.

Задача№ 66

Больная К., 35 лет, обратилась к врачу в связи с участвовавшими приступами удушья и сухим кашлем. Удушье сопровождается свистящим дыханием и дистанционными сухими свистящими хрипами. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой и атопическим дерматитом. Сама пациентка болеет с детства (с 7 лет), когда впервые возникли приступы удушья после укуса пчелы. Не постоянно, в периоды обострения болезни, принимала по потребности ингаляционные аэрозоли сальбутамола или беротека. В возрасте 15 лет была обследована у аллерголога, у больной была выявлена аллергическая гиперчувствительность к пыльце растений (ольха, береза, полынь), домашней пыли, пчелиному меду, некоторым фруктам (цитрусовые), рыбе. Дважды в течение жизни были явления отека Квинке. В связи с имеющейся полипозной риносинусопатией и аллергическим риноконъюнктивитом была сделана полипотомия и конхотомия. В возрасте 16 лет пациентке проведен курс АСИТ, после чего на 15 лет приступы затрудненного дыхания прекратились. После рождения ребенка в возрасте 31 года приступы удушья возобновились по 1-2 раза в неделю, а последние дни — до 6-8 раз в сутки, чаще в ночные часы (купирует сальбутамолом).

При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, небольшая одутловатость лица, ринорея, тремор пальцев рук. Дыхание через нос затруднено, голосовая фонация изменена (осиплость голоса). Зев не гиперемирован, глотание не затруднено. ЧД 20 в 1 мин., SpO₂-98%, ЧСС-104 уд/мин., АД 115/85 мм рт.ст. Грудная клетка эмфизематозна. Перкуторно — над легкими звук с коробочным оттенком. При аускультации в легких дыхание с жестким компонентом, удлинённой фазой выдоха.

Выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2-го тона над легочной артерией, тахикардия.

Спирометрический бронходилатационный тест: ОФВ1 (исходно) - 28% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ1 - 73% к должн. (ДОФВ1-45%), что указывает на обратимость бронхиальной обструкции. В анализе крови — эозинофилы — 23%, IgE сыворотки крови >150 МЕ.

Вопросы:

1. Вана диагностическая концепция для данной пациентки.
2. Ведущие синдромы болезни.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Тактика лечения с учетом проведения «базисной» терапии.

Задача № 67

Больной Т., 32 лет, доставлен в стационар в тяжелом состоянии с затянувшимся приступом удушья.

Со слов родственников, с 16 лет страдает бронхиальной астмой. В начале заболевания приступы удушья, как правило, развивались в весенне-летний период. При аллергологическом обследовании была выявлена положительная реакция на аллергены деревьев (береза, ольха, тополь), злаковых (тимофеевка, овсяница, гречиха) и сорных трав (полынь, амброзия, крапива, пижма). В возрасте 28 лет перенес бронхопневмонию, после чего течение основного заболевания стало более тяжелым. Исчезла выраженная сезонность обострений болезни, приступы удушья стали более продолжительными и тяжелыми. Больной постоянно ингалировал сальметерол, и бекодид. Примерно неделю назад после переохлаждения у больного повысилась температура до 38,5 градусов, появился сухой кашель и ринит. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами и отхаркивающими средствами. На этом фоне возобновились приступы удушья. В ночь перед госпитализацией у пациента развился приступ удушья, не купированный повторными ингаляциями сальбутамола (всего произвел 20 ингаляций в течение 10 часов). Бригадой СМП был введен эуфиллин и преднизолон, после чего пациент доставлен в клинику.

При осмотре состояние тяжелое, возбужден. Положение вынужденное - сидит в постели, опираясь на руки. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз.

Дыхание шумное с удлинненным выдохом, на расстоянии слышны свистящие хрипы. Частота дыхания 22 в минуту. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы. Прекурторный звук коробочный. Дыхание резко ослабленное везикулярное, над нижними отделами легких участки над которыми дыхание не проводится. Выслушивается небольшое количество сухих свистящих хрипов. Границы сердца в норме. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, ЧСС - 112 в минуту, экстрасистолы 7-8 в минуту. АД - 100/60 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. перкурторные размеры её по Курлову 9*8*7 см. Периферических отеков нет.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин-140 г/л. эритроциты-5,2x10¹²/л, лейкоциты - 9,2x10⁹./л., п/я-6%, с/я 62%, э.-6%, м.- 2%, л-24%. СОЭ-28 мм/ч

Биохимический анализ крови: Фибриноген-5 г/л.(норма 2-3,5), СРБ - 12 мг/л (норма 0-5,0мг/л).

Иммунологическое исследование: в мокроте и крови обнаружено высокое содержание IgE.

Анализ мокроты: мокрота вязкая стекловидная, лейкоциты -20/100 - 30/100 клеток; эритроциты - abs; эозинофилы >30/100 клеток; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.Спирали Куршмана+; кристаллы Шарко-Лейдена ++.

Рентгенография грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок избыточен, деформирован, корни структурны. Диафрагма опущена. Синусы свободны.

ФВД проведена через неделю после госпитализации:

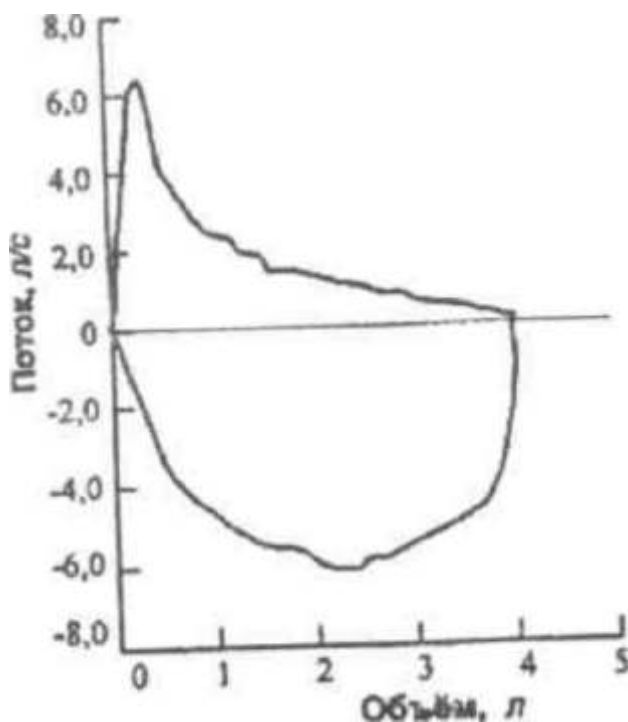
ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 55%, индекс Тиффно - 60%.

Проба с беротеком положительная - прирост показателя после ингаляции 30%.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, единичные желудочковые экстрасистолы. Признаки систолической перегрузки правых отделов сердца.

КОР: рН - 7,33; РаС₂ - 65 мм рт ст; РаСС₂ - 48 мм рт ст; ВЕ - (-) 3,5; SB - 17

Пневмотахограмма



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача №68

Больной К., 54 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гноющей мокротой, экспираторную одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°C. Курит с 16 лет по 25 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение 15-20 лет. В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. За последние несколько лет изменился характер мокроты - появилась гнойная мокрота в большем, чем прежде количестве. Около 5 лет назад впервые отметил появление одышки при быстрой ходьбе, в последующие годы интенсивность одышки увеличилась, снизилась толерантность к физической нагрузке. В настоящее время не работает. Ранее работал на лакокрасочном комбинате.

Неделю назад после переохлаждения у пациента повысилась температура до 38°C, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал ампиокс, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка симметрична, расширена в передне-заднем направлении, эластичность ее снижена. Прекурторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Сердце - правая граница на 1,5 см. вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по *lin. parasternalis sinistra*, левая граница по *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации

мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, её перкуторные размеры по Курлову 9*8*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин -150 г/л. Эритроциты- $5,27 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,2 \times 10^9$ /л., п/я-7%, с/я -52%, э.-3%, м.- 3%, л-31%. СОЭ-24 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л (норма 60-85), фибриноген-9 г/л.(норма 2-3,5), холестерин-6,0 мкмоль/л (норма 3,5-5,5), СРБ - 15 мг/л (норма 0- 5,0 мг/л).

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60/100 - 70/100 клеток; эритроциты - abs; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Посев мокроты на флору: получен рост Streptococcus pneumoniae 10*3; Staphylococcus aureus 10*4; Hemophilus influenzae 10*6 Moraxella catarrhalis 10*6.

Рентгенография грудной клетки:

прилагается **ФВД:**

ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции <10 %.

КОР: рН - 7,35 (норма 7,45-7,35); РаСб - 75 мм рт ст; РаСсh - 46 мм рт ст; ВЕ - (-) 3, (норма +,- 2,7); SB - 18 (норма 20 +,- 1)

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, Р готической формы в отведениях II, III, aVF, V1-V3, амплитуда его в этих отведениях 3 мм. Амплитуда RV1 > 7 мм, RV1/SV1 > 1, RaVR > 4 мм > QaVR. Депрессия сегмента ST во II, III, aVF и правых грудных отведениях.

Рентгенография грудной клетки

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача №69

Больная Д., 63 лет, поступила в клинику с жалобами на кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой, экспираторную одышку в покое, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, субфебрильную температуру, отеки на ногах.

Из анамнеза известно, что пациентка с детства часто страдала респираторными заболеваниями, характеризовавшимися затяжным течением. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно по поводу повторных пневмоний. Работала на ткацкой фабрике, в условиях высокой запыленности. В течение последних 15 лет беспокоит постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, затем появилась одышка. В течение последних 1,5-2 лет появились отеки на ногах.

Настоящее ухудшение около недели назад, связано с ОРВИ, на фоне которой усилились кашель и одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, выраженный диффузный цианоз. Дыхание с удлиненным выдохом, свистящее, частота дыхания 26 в минуту. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослабленное, с удлиненным выдохом. Над всей поверхностью легких большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов, в нижних отделах с обеих сторон звонкие влажные хрипы. Границы сердца определяются с трудом из-за выраженной эмфиземы. Правая граница на 2,5 см. вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по lin. parasternalis sinistra, левая граница на 0,5 см. влево от Пп. medioclavicularis sinistra. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/90 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной

дуги на 6 см.,
перкуторные размеры её по Курлову 15*12*9 см. Голени и стопы отечны.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин -160 г/л, эритроциты-6,2x10 /л, лейкоциты - 7,2x10%, п/я-6%, с/я 62%, э.-2%, м.- 2%, л-30%. СОЭ-8 мм/ч

Биохимический анализ крови: Общ. белок- 65 г/л (норма 60-85). Альбумины-40,0г/л (55-65). Фибриноген-5 г/л.(норма <5), СРБ - 17 мг/л (норма 0-5,0мг/л).

Анализ мокроты: мокрота вязкая слизисто-гнойная, лейкоциты -50/100 - 60/100 клеток; эритроциты - abs; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Посев мокроты на флору: получен рост Streptococcus pneumonia 10*3; Staphylococcus aureus 10*4; Hemophylus influenza 10*6. Moraxella catarrhalis 10*6

Рентгенография грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок избыточен, деформирован, корни расширены, структурны. Оба купола диафрагмы уплощены, опущены. Синусы свободны, дуга левого контура.

ФВД: ЖЕЛ -60%; ОФВ1 - 45%, индекс Тиффно - 60%.

Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции < 10%.

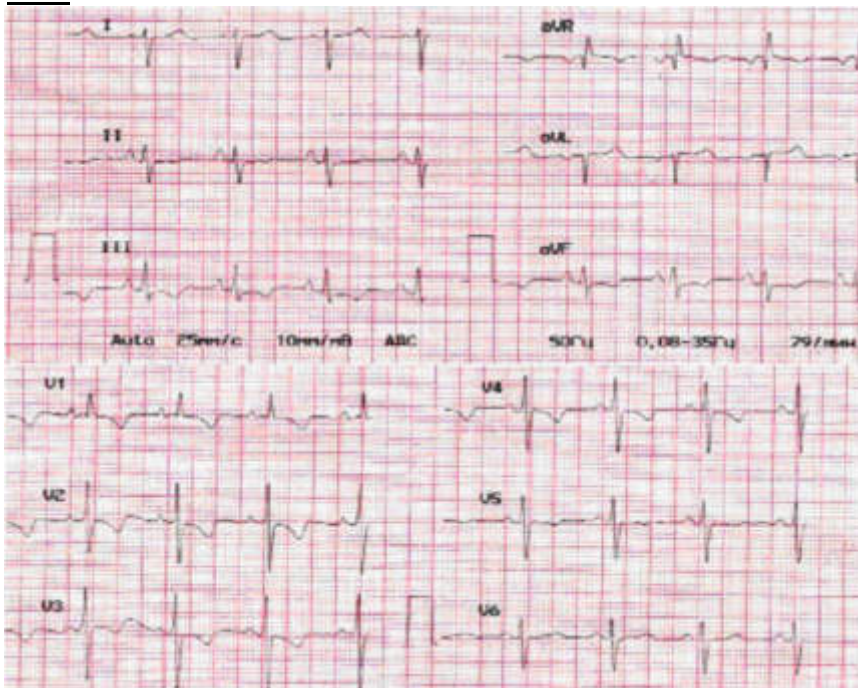
ЭКГ : прилагается

КОР: рН - 7,34 (норма 7,45-7,35); РаОг - 60 мм рт ст;

РаСО₂ - 46 мм рт ст; ВЕ - (-) 3,0 (норма +,- 2,7);

SB - 18 (норма 20 +,- 1)

ЭКГ



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача №70

Пациент Н., 71 года. Жалобы при поступлении на боль в области сердца чаще при физической нагрузке, которые исчезают после приема 1 таблетки нитроглицерина. **Анамнез болезни:** Впервые боли в области сердца появились всего несколько месяцев назад. В районной

поликлинике было предложено стационарное лечение, но больной отказался. Ему была снята ЭКГ и назначено лечение: нитроглицерин при болях в области сердца, контроль АД и повторный визит к врачу через неделю. Однако через 5-6 дней боль в области сердца стала чаще и интенсивней, хотя прием нитроглицерина давал положительный результат, вчера боль усилилась, вызвана БСМП и больной был госпитализирован.

В больнице в отделении интенсивной терапии жалоб не было, ЭКГ без изменений и через 24 часа был переведен в терапевтическое отделение. Назначено обследование и лечение (лизиноприл 10 мг в день, арифон 2,5 мг в день- АД 160/110). Через 3 дня у больного возникли явления ринита и фарингита. Самочувствие оставалось удовлетворительное, через 3 дня повысилась температура тела до 37,5°C к вечеру, появился кашель с небольшим количеством мокроты. Затем температура тела повысилась до 38,5°C, кашель усилился, сердцебиение, АД 120/80 мм рт ст. Кожные покровы влажные, одышка во время разговора с врачом, ЧД 22 в мин, пульс 96 уд. в мин.

При осмотре: региональные лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легочными полями не изменен - ясный легочный с тимпаническим оттенком. При аускультации везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы (больной курит). Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Мочеиспускание в норме.

Лабораторное исследование: лейкоциты $5,8 \times 10^9$ /л, эритроциты 4×10^{12} /л, гемоглобин 135 г/л. Формула крови не изменена. СОЭ 14 мм/час

Рентген легких: тень сердца с несколько увеличенным левым желудочком. Легочные поля прозрачные. Корни легких не увеличены.

Компьютерная томография легких: Очаг инфильтрации в нижней доле правого легкого 2x4 см.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача №71

Пациентка Б., 78 лет, поступила в травматологическое отделение с диагнозом «чрезвертельный перелом правой бедренной кости». Пациентке в экстренном порядке выполнен остеосинтез штифтом. После операции пациентка была доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии. В ОАК было отмечено снижение уровня гемоглобина до 60 г/л (цветовой показатель 0,81 ед). На фоне трансфузии эритроцитарной массы отмечено повышение уровня Гемоглобина до 98 г/л. Через 4 суток после стабилизации состояния больная переведена в травматологическое отделение.

Спустя неделю от начала госпитализации отмечено повышение температуры тела до 38,5° С, пациентка отметила появление кашля без отделения мокроты.

Выполнена рентгенография органов грудной клетки: (в прямой проекции) в нижних отделах справа, ближе к синусу определяется участок уплотнения лёгочной ткани с неровными нечёткими контурами за счёт инфильтрации. На остальном протяжении легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок усилен по смешанному типу, преимущественно в базальных отделах, деформирован за счет пневмосклероза. Корни легких уплотнены, тяжистые, не расширены, структура их сохранена. Диафрагма обычно расположена. Синусы слева прослеживаются. Тень сердца расширена влево. Аорта уплотнена.

Анализ крови: концентрация гемоглобина 101 г/л, количество эритроцитов $4,81 \times 10^{12}$ /л Гематокрит (НСТ) 38,8%, средний объём эритроцитов 80,7 фл, среднее содержание гемоглобина 28,3 пг, средняя концентрация гемоглобина 351 г/л, ширина распределения 18,1 %, количество тромбоцитов 271×10^9 /л, средний объём тромбоцитов 8,4 фл, тромбоциты 0,22 %

Количество лейкоциты $16,10 \times 10^9$ /л, лимфоциты 12,1%, моноциты 0,8%, гранулоциты 87,10 %, лимфоциты $2,00 \times 10^9$ /л, моноциты $0,1 \times 10^9$ /л, гранулоциты $14,00 \times 10^9$ /л, цветовой показатель 0,80 **Вопросы:**

1. Сформулировать диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Тактика лечения пациентки.

Задача № 72

Больной П., 53 лет, жалуется на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель со скудным количеством слизистой мокроты (до 5-15 мл в сутки).

Anamnesis morbi: заболевание началось около 1,5 лет назад с появления сухого кашля и постепенно усиливающейся одышки. При рентгенографии были выявлены множественные участки затемнения во всех отделах легких и деформация корней легких. За время болезни похудел на 10 кг.

Anamnesis vitae: в анамнезе редкие простудные заболевания. Аллергологический и семейный анамнез не отягощены. Вредные привычки: курение, употребление алкоголя и наркотических веществ отрицает.

Объективно: состояние больного средней тяжести, температура тела - 36,6 °С. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичны. Ногти в виде часовых стекол. Пальцы в виде барабанных палочек. Отёков нет. Грудная клетка симметрична. Частота дыхания в покое - 24 в минуту. Голосовое дрожание одинаково проводится на симметричные участки грудной клетки. Определяется притупление перкуторного звука над базальными отделами легких с обеих сторон. Дыхание жесткое, в базальных отделах легких выслушивается крепитация. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, ЧСС - 96 в 1 минуту, ритм правильный. Шумов нет. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги, размеры ее по Курлову: 10x9x8 см. Данные обследования.

Общий анализ крови: Эритроциты - $5,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 164 г/л, лейкоциты - $2,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 27%, моноциты - 4%, СОЭ-Юмм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок 64 г/л. Альбумин 33,4%, а₁-7,4%, а₂-14,4%, (3 - 10,3% (н 8,6-13,7)), у-14,5%. CRP- 10 мг/л (норма 0-5 мг/л). Креатинин- 100 мкмоль/л (н. 88-101 мкмоль/л), мочевины 8,1 ммоль/л (н. 2,5-8,3 ммоль/л).

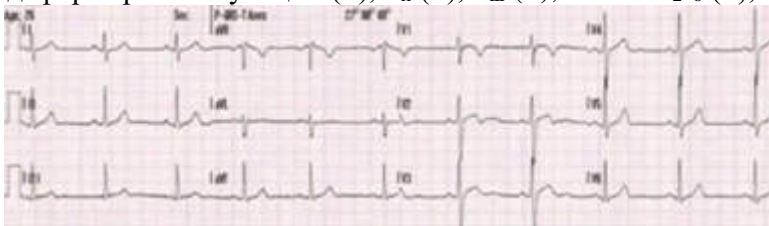
Общий билирубин- 8,7 мкм/л. ЛДГ 835 ед/л (н 240-480). АСТ-8,4 ед/л (н 0-40), АЛТ 39,1 ед/л (н 0-40). Фибриноген 4,75 г/л, (н 2-4,0).

Открытая биопсия легкого, морфология: обычная интерстициальная пневмония, антракоз?

Иммунологическое исследование крови: РФ -отр, АСЛ-О ОМЕ/мл (н 0-125), СРБ 0,39 мг/дл (н 0-0,8), комплемент 27 гемм.ед. (н 20-40), IgA-175(50-300), IgM-120(40-200), IgG-1750 (600-2000).

Исследование мокроты: Консистенция: п/вязкая. Характер: слизисто-гнонойный. Цвет: серый. Лейкоциты: 30-50-80 в п/зр. Эритроциты: 1-3 в п/зр. Макрофаги: много. Атипичные клетки: не найдены. Нормофлора - смешанная.

Электрокардиограмма: ритм синусовый правильный. Частота сокращений в I минуту 84. Интервал P-R-164 мс (норма до 0,18') Интервал QRS-96 мс (норма до 0,09') QRS I, II, III не деформирован. Зубец P_i (+), P_{II} (+), P_{III} (+), aVF и V₂₋₆ (+), Зубец T_i (+), T_c (+), T_{III} (+), V₂₋₆ (+).



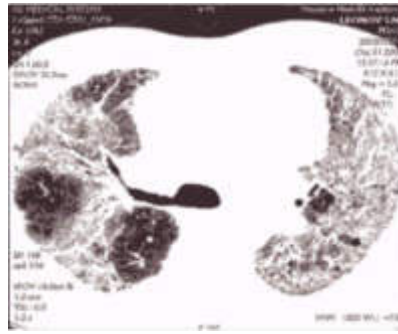
ЭхоКГ: Корень аорты, камеры сердца не расширены (А - 3,3 см, ЛП - 3,9 см, ПЖ - 2,2 см, Дд - 5,0 см). Легочная артерия не расширена - 2,2 см. Клапанные структуры органически не изменены. Стенки левого и правого желудочков на верхней границе нормы (ТМЖП - 1,0 см,

ТЗСЛЖ - 1,1 см, ТПСЛЖ - 0,4 см). Зоны гипокинезии не выявлены. Фракция выброса 66%.
Признаков легочной гипертензии нет. Функция диастолического расслабления миокарда не
нарушена.

ФВД;: ЖЕЛ 45%, ОФВ] 59%, индекс Тифно 68%. DLCO 61% от должной.

Рентгенография органов **КТ грудной клетки** (описание см.ниже)

грудной клетки:



КТ грудной клетки: На серии аксиальных томограмм - по всем легочным полям снижение пневматизации легочной ткани по типу «матового стекла» до - 720едН (норма - 900едН), уплотнение междолькового интерстиция за счет фиброза по типу «сотового легкого», максимально выраженная в базальных отделах. Наличие внутридольковой и парасептальной эмфиземы, булл в нижней доле справа до 16 мм в диаметре, в язычковых сегментах до 22 мм. В базальных отделах бронхоэктазы. Бронхи прослежены до уровня субсегментарных ветвей, стенки уплотнены, просветы свободны. Структуры средостения и корней легких дифференцированы. Интракорнеальные лимфатические узлы увеличены: парааортальные до 11,2 мм, паратрахеальные до 16,8 мм, бифуркационные до 21,9 мм. Выпота в серозных полостях нет, листки плевры неравномерно утолщены, плевродиафрагмальные спайки.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клиничко-лабораторные синдромы пациента и оцените тяжесть его состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом жалоб, данных анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача№ 73

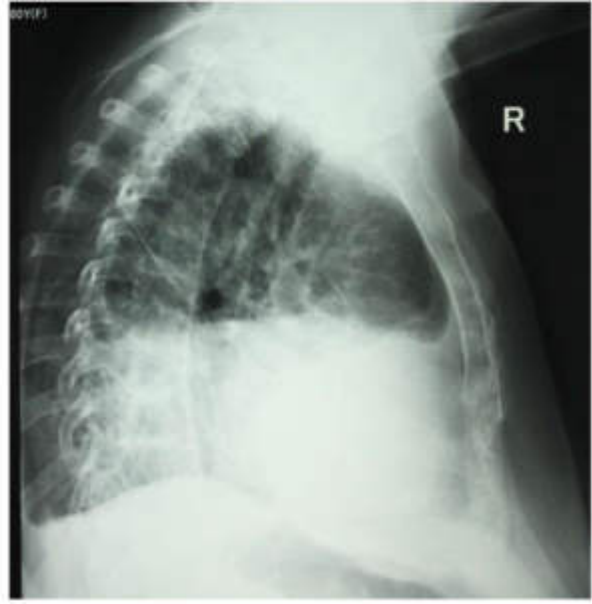
Больной М., 52 лет, работал слесарем, в настоящее время не работает, БОМЖ, злоупотребляет алкоголем. Заболел неделю назад - после переохлаждения появились недомогание, лихорадка до 38°C, головные боли, миалгии, сухой кашель. Через 2 дня на фоне приема жаропонижающих средств температура снизилась до субфебрильной, появились боли в правой половине грудной клетки при кашле и дыхании, на следующий день боли исчезли, однако появилась нарастающая одышка.

При обращении к врачу - состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы обычной окраски, влажные. ЧД - 24 в 1 мин, ортопноэ нет. Правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Перкуторный звук справа ниже угла лопатки укорочен, здесь же проведение дыхания ослаблено. Над остальными отделами дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 96 уд. в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 386×10^9 /л, лейкоциты - $8,9 \times 10^9$ /л (п - 6%, с - 74%, л - 18%, м - 2%), СОЭ - 42 мм/час.

Анализ мочи без особенностей.

ЭКГ – без признаков патологии. Рентгенография грудной клетки:



Вопросы:

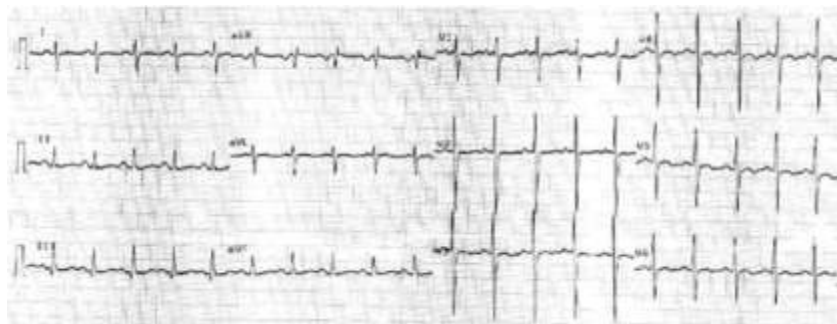
1. Выделите основные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Выстройте дифференциально-диагностический ряд. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.

Задача № 74

Больной П., 29 лет, программист поступил в приемное отделение по «скорой помощи» с диагнозом левосторонняя внебольничная пневмония. Почувствовал себя плохо за 1 час до приезда «скорой», когда развилось обморочное состояние, удушье. Затем он закашлялся, отошла кровь плевком.

При поступлении умеренно выраженный диффузный цианоз, одышка 27 в мин. Лежит горизонтально, ортопноэ нет. Конечности теплые, правая нога синюшная, отечная, симптомы Хоманса, Мозеса положительны (со слов пациента он всю ночь работал за компьютером сидя, подвернув под себя правую ногу).

Температура в пределах нормальных значений. В легких дыхание везикулярное, небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах левого легкого. ЧСС - 110 в мин, пульс ритмичный, АД - 100/60 мм рт.ст., выслушивается систолический шум 11-й градации на трехстворчатом клапане. Живот мягкий, печень - + 1, умеренно болезненная при пальпации. ЭКГ и ЭхоКГ больного представлены на рисунках 1 и 2 соответственно.



больного П.
Рис 1. ЭКГ

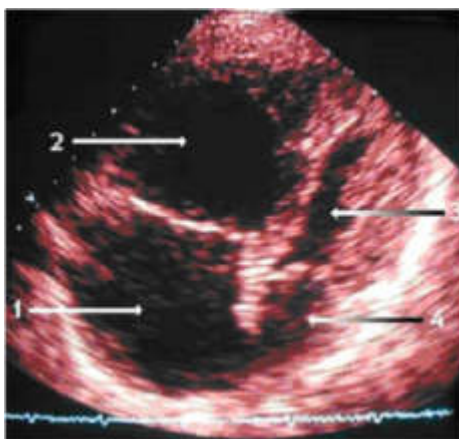


Рис 2. Эхокардиограмма больного П. в четырехкамерной позиции от верхушки сердца. Стрелками указаны: 1 - правое предсердие, 2 - правый желудочек, 3 - левый желудочек, 4 - левое предсердие.

Вопросы:

1. В соответствии с описанной клинической картиной и данными методов исследований предположите заболевание, которым страдает пациент.
2. Какой метод диагностики данного состояния в настоящее время признан «золотым стандартом»?
3. Какова современная классификация подозреваемой у пациента патологии?
4. Какой алгоритм диагностики в зависимости от тяжести подозреваемой патологии предлагается в настоящее время?
5. Какая тактика лечения существует в настоящее время в соответствии с классификацией подозреваемой патологии?

Задача №75

Больная З., 75 лет, поступила в тяжелом состоянии в реанимационное отделение больницы. Основные жалобы: выраженная одышка и слабость.

При осмотре: выраженный цианоз губ, диффузный цианоз. Одышка в покое 30 в мин, резко усиливается при движениях в постели. Питания повышенного (ИМТ - 29 кг/м²). С обеих сторон по всей поверхности легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум III-й градации над трехстворчатым клапаном. Печень - +4 см, край закругленный, умеренно болезненная при пальпации. Отеки нижних конечностей до верхней трети голени. Со слов пациентки 2 года назад перенесла тромбоз глубоких вен правой голени, а затем - инфаркт миокарда, после чего начала развиваться данная клиническая картина.

Рис 1. ЭКГ больной 3.

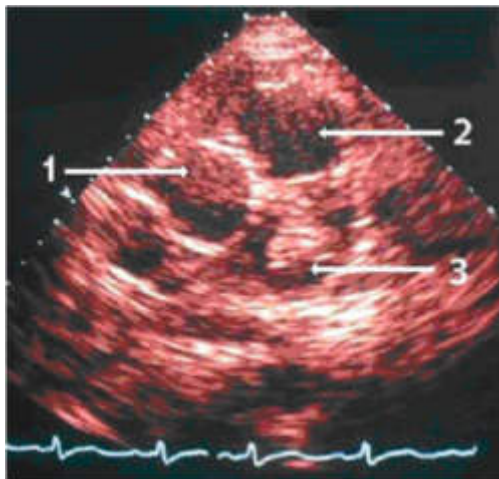


Рис 2. Эхокардиограмма больной 3. Короткая ось сердца на уровне аортального клапана в парастернальной позиции датчика. 1 - короткая ось корня аорты, 2 - ствол легочной артерии, 3 - тромб в просвете ствола легочной артерии.

Вопросы:

1. Для какого состояния характерна электрокардиограмма больной 3.
2. Какое заболевание, по Вашему мнению, перенесла пациентка 2 года назад?
3. Как называется ее настоящее заболевание?
4. Какие мероприятия следует предпринять для диагностики этого заболевания? Какое исследование является «золотым стандартом»?
5. Какие группы препаратов существуют в настоящее время для лечения этого состояния?
6. Существуют ли хирургические методы лечения этого состояния, и какова их эффективность?

Задача №76

Больного Ж., 18 лет, в течение 3 дней беспокоит боль при глотании, изжога. Регургитация, снижение массы тела, боль в грудной клетке отсутствуют. Известно, что более 2-х месяцев принимал ибупрофен по поводу выраженной боли в локтевом суставе.

При физикальном осмотре патологических отклонений не выявлено. При проведении ЭГДС выявлены изменения слизистой пищевода (см. фото).

Лабораторные тесты:

Анализ крови клинический: гемоглобин -156 г/л, эритроциты 5.4×10^{12} /л, лейкоциты 8.2×10^9 /л, СОЭ - 12 мм/час, Тромбоциты 262×10^9 /л, лейкоцитарная формула - п/я - 2%, с/я - 70%, э-3%, б-0%, мон-8%, лимфоциты -17%.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 24 ед/л, АСТ - 28 ед/л, ГГТП - 12 ед/л, ЩФ - 216 мкмоль/л, билирубин общий - 18.6 мкмоль/л, прямой - 4.0 мкмоль/л, непрямой - 14.6 мкмоль/л, глюкоза - 4.8 ммоль/л, мочевины - 6.4 ммоль/л, креатинин - 76 ммоль/л, холестерин - 4.2 ммоль/л, общий белок - 78 г/л, K^+ - 4.6 ммоль/л, Na^+ - 142 ммоль/л

Эзофагогастродуоденоскопия: зоны воспаления чередуются с относительно сохранными участками слизистой оболочки пищевода, без изъязвлений (фото 1)

Фото 1. Эзофагогастроскопия: фрагмент гиперемизированной слизистой пищевода



Вопросы:

1. Что означает термин одинофагии? Каковы наиболее вероятные причины одинофагии?
2. Какие заболевания следует внести в диагностический поиск при данных жалобах пациента?
3. Какие методы диагностики целесообразно использовать для уточнения причины одинофагии?
4. Назовите основные принципы лечения синдрома одинофагии.

Задача №77

Пациент JL, 47 лет, обратился с жалобами на мучительную изжогу в течение последних 3 недель и интенсивные боли в подложечной области и зоне Шоффара, возникающие ночью и/или через 1,5-2 часа после еды. Боли иррадиировали в спину, купировались приемом «соды», эффект длился не более 1-2 часов. Беспокоила почти постоянная тошнота.

В анамнезе травма правого коленного сустава, около 6 месяцев назад, консультирован ортопедом - выставлен диагноз «артроз правого коленного сустава, повреждение связочного аппарата правого коленного сустава, реактивный синовит», была назначена «поддерживающая» терапия на 6 месяцев, которую пациент продолжает принимать.

При осмотре пациент повышенного питания, ИМТ - 33 кг/м², гиперемия лица. Живот увеличен в объёме за счет подкожно-жировой клетчатки, чуть вздут, асцита нет, определяется болезненность при пальпации эпигастральной и пилоро-бульбарной зон, зоны Шоффара. Симптомы Кера, Мюсси, Ортнера, Щеткина - отрицательные. Мочепускание без особенностей. Последние 2-3 месяца стул со склонностью к запорам, без патологических примесей.

Результаты лабораторно - инструментальных методов обследования:

12

Клинический анализ крови - Гемоглобин 124 г/л, эритроциты 4,2 x10¹²/л, ЦП 0,95, лейкоциты 6,1x10⁹/л, ретикулоциты 17‰, СОЭ 10 мм/час.

Диастаза - 1436 (норма до 800)

Б/х анализ крови: АЛТ - 3бед/л, АСТ - 55ед/л, ГГТП - 14ед/л, ЩФ - 21 бед/л, альфа-амилаза - 418ед/л (норма до 390), холестерин - 6,87ммоль/л, глюкоза - 6,1ммоль/л, общий белок - 75 г/л.

Анализ кала на скрытую кровь - слабо положительный

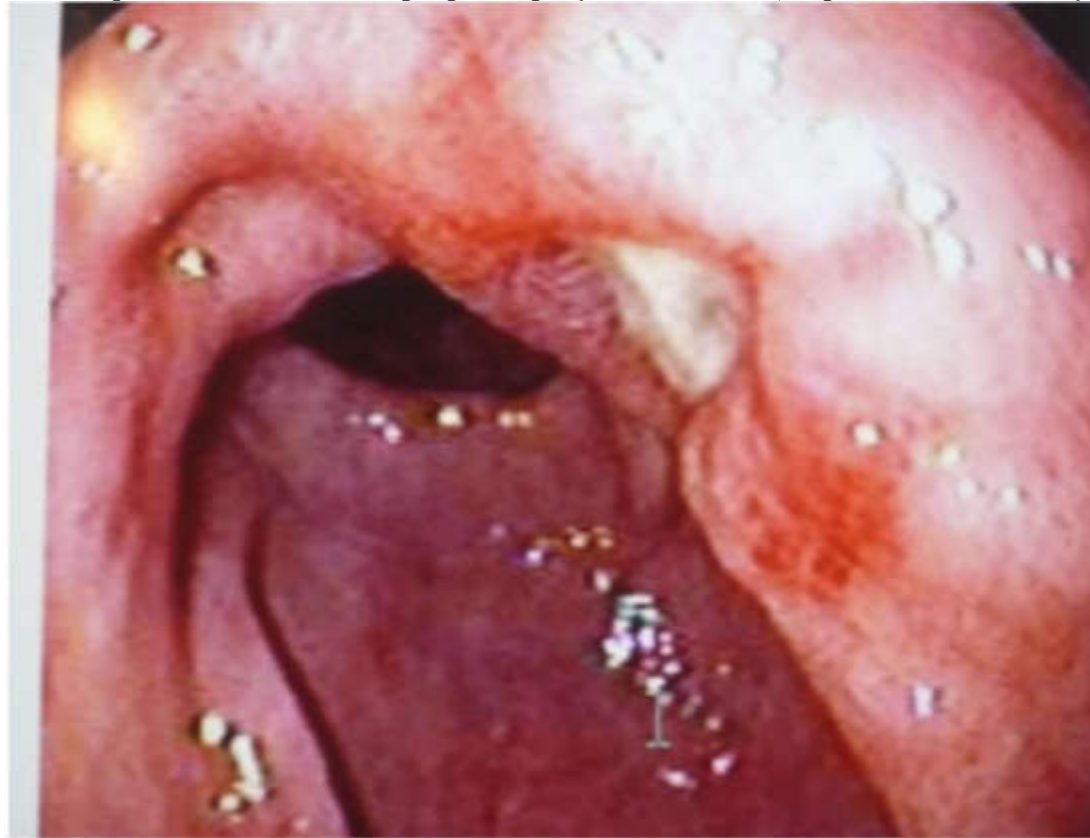
Уреазный дыхательный тест - положительный

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода гиперемирована в нижней трети. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, больше в антральном отделе, где по задней стенке, ближе к луковице 12-п. кишки определяется глубокий (примерно 5-6 мм) язвенный дефект диаметром 16 мм, края язвы подрыты, конвергенция складок выражена слабо

(фото). Луковица 12-перстной кишки гиперемирована, залуковичные отделы гиперемированы, отмечаются единичные лимфангиоэктазии по типу «манной крупы».

УЗИ органов брюшной полости, заключение: признаки стеатоза печени, незначительное увеличение размеров головки поджелудочной железы, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (антральный отдел желудка).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
5. Лечебная тактика ведения.

Задача №78

Пациент Ж., 18 лет, обратился с жалобами на ноющие боли в пилоро-бульбарной зоне, возникающие натощак, ночью, на фоне стрессовых ситуаций (экзамен в институте), периодически отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи, воды, альмагеля. Ранее не обследовался, к врачу не обращался, хотя боли в животе отмечает уже около года. Настоящее ухудшение около 2 недель.

Пациент 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает, питается в заведениях фаст-фуда. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот

при пальпации мягкий, болезненный в пилоро-бульбарной зоне. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера, Менделя и Щеткина - Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание б/о.

Результаты лабораторно - инструментальных методов обследования:

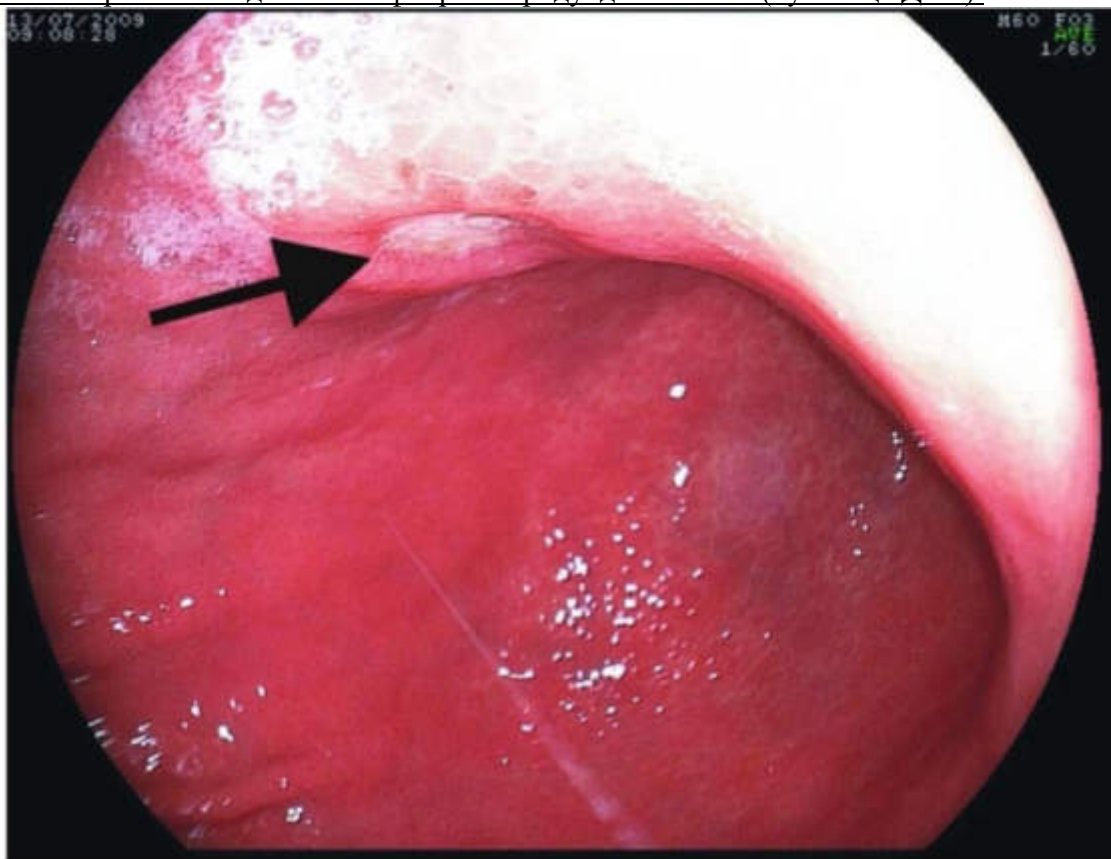
Клинический анализ крови: Гемоглобин 128 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,95, лейкоциты $7,1 \times 10^9/л$, СОЭ 6 мм/час Уреазный дыхательный тест - положительный Анализ кала на скрытую кровь - отрицательный

NADAL- тест на содержание в кале гемоглобина и комплекса гемоглобин/гаптоглобин - отрицательный

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода умеренно гиперемирована в нижней трети. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы и размеров, перистальтика живая, большое количество слизи, в антральном отделе желудка слизистая оболочка умеренно гиперемирована. Луковица 12-перстной кишки рубцово - воспалительно деформирована, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект с перифокальным валом инфильтрации, диаметром 8 мм (фото), залуковичные отделы гиперемированы,

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (луковица ДПК).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной, этиологические факторы;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача №79

Пациент М, 22 лет, студент, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на умеренные спастические боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, без иррадиации, отрыжку кислым, изжогу, неприятный привкус во рту, запоры.

Считает себя больным в течение года, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, принимал альмагель с положительным эффектом. Последние 3 дня, после погрешности в диете отмечается появление и усиление втттте описанных жалоб.

Вредные привычки: курит. Питание не регулярное. Наследственный анамнез: мать здорова, у отца - язвенная болезнь желудка.

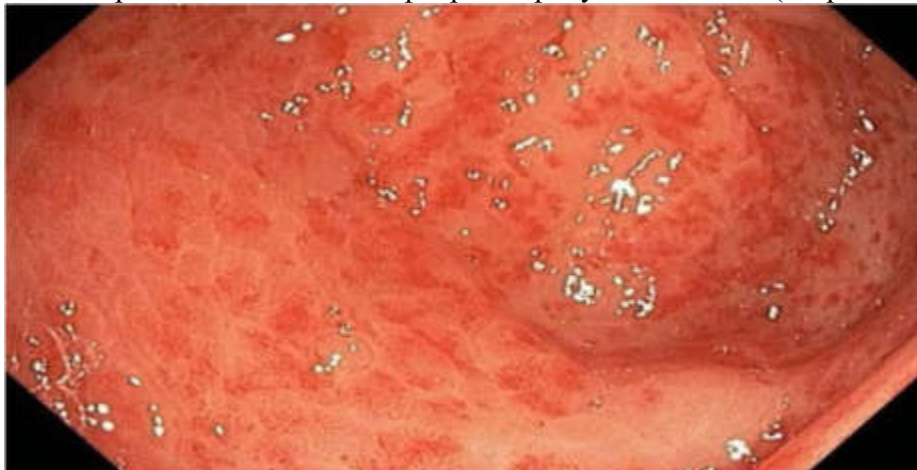
Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7. Кожные покровы и видимые слизистые б/о. Отеков нет. Периферические л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера, Менделя и Щеткина - Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Результаты лабораторно - инструментальных методов обследования:

Клинический анализ крови : Гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,95, лейкоциты $7,1 \times 10^9$ /л, СОЭ 8 мм/час

Клинический анализ мочи: уд.вес 1018, белок - отр., эритроциты отр., лейкоциты 1-2 в п.зр.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, чистая. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы и размеров, перистальтика живая, большое количество слизи, в антральном отделе желудка слизистая оболочка отечная, пятнисто гиперемирована, единичные плоские эрозии, сосудистый рисунок не четкий. Луковица ДПК не деформирована, слизистая розовая.

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (антральный отдел желудка)



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. На основании проведенных исследований поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Какова лечебная тактика ведения больного?

Задача №80

Пациентка Д., 22 лет, обратилась с жалобами на частый до 7-8 раз в сутки неоформленный стул жидкой и/или кашицеобразной консистенции с примесью слизи, иногда ложные позывы

на дефекацию, боли в животе чаще без чёткой локализации, реже спастические по ходу толстой кишки, больше слева в мезо- и гипогастрии. Боли частично купировала спазмолитиками (дротаверин). Похудела на 5 кг за 6 месяцев.

Из анамнеза известно, что около 6 месяцев назад впервые в жизни после еды в кафе отметила озноб, температуру не измеряла, спастические боли в животе, жидкий стул. По этому поводу обратилась к терапевту в поликлинику по месту жительства - было заподозрено пищевое отравление, проведено обследование на *иерсинеоз*, *псевдотуберкулёз*, *дизентерию*, *сальмонелёз* - результат отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости патологии не выявило.

ЭГДС - поверхностный гастродуоденит, недостаточность кардии.

Была проведена терапия спазмолитиками, абсорбентами, противоглистными препаратами, препаратами нормофлоры - с частичным эффектом. Однако, после отмены терапии - возобновление жалоб.

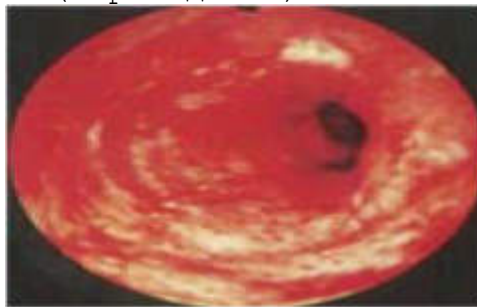
ОАК, *ОАМ* - без отклонений от нормы.

Биохимический анализ крови - отмечается повышение СРБ

Копрограмма - консистенция - жидкая; реакция на скрытую кровь - положительная; бактерии - много; слизь - много; лейкоциты - много; стеркобилин - есть.

NADAL-тест - две полоски - положительный.

Кальпротектин кала - 976 (норма до 50).



Колоноскоп проведен в купол слепой кишки, слизистая правых отделов не изменена, терминальный отдел подвздошной кишки осмотрен на протяжении 25 см - без патологических изменений, начиная с нижней трети нисходящего отдела ободочной кишки определяется выраженная воспалительная инфильтрация слизистой оболочки, инъецированность сосудов, вплоть до слизистой оболочки прямой кишки, где определяются множественные поверхностные эрозии с наложением фибрина, окруженные воспалительным валом.



Ирригоскопия - Отмечается снижение гаустрации, симптом «дымохода».

Вопросы:

1. Выделите ведущие клиничко-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической

картиной.

3. На основании проведенных исследований поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Какова лечебная тактика ведения больной?

Задача № 81

Пациент Г., 57 лет, обратился с жалобами на постоянного характера тянущие боли умеренной интенсивности в правом мезогастрii, правой подвздошной области не связанные с приемом пищи, положением тела, актом дефекации. Периодически жидкий обильный стул с примесью крови, слизи до 5 раз в сутки чаще ночью.

Подобные жалобы беспокоят около 10 лет, обследовался амбулаторно - выставялись диагнозы «хронический токсико-метаболический панкреатит», МКБ, хронический калькулёзный простатит, остеохондроз позвоночника с преимущественным поражением пояснично-крестцовой зоны и мышечно-тоническим синдромом данной локализации; СРК; астено-ипохондрический синдром, «дисбактериоз». Периодически принимает

ферментные препараты, эубиотки, омник, сульпирид, спазмолитики. Соблюдает строгую диету.

Настоящее ухудшение последние 3-4 месяца, когда вышеописанные жалобы приобрели непрерывный характер

активное, но ^{л 2} **Физикальный осмотр:** повышенного питания, ИМТ-33 кг/м², положение имеет место ограничение движений в виде невозможности глубокого наклона вперед и поворотов туловища в обе стороны - ограничивает боль и тугоподвижность в пояснице. Живот несколько вздут, мягкий, однако, при ориентировочной пальпации определяется некоторая мышечная защита в мезогастррии справа. Симптомы Кера, Менделя, Ортнера, Мюсси, Опеньховского, Поргеса - отрицательные. При глубокой методической пальпации кишечника отклонений от нормы не выявлено. Отмечена болезненность в верхней правой мочеточниковой точке. Асцита нет. Печень незначительно (+3-4 см) увеличена за счет левой доли, край её эластичный, ровный, безболезненный. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При ректальном исследовании определяются наружные спавшиеся геморроидальные узлы на 6 и 9 часах, сфинктер тоничен, на перчатке следы светло-коричневого кала, слизь. Дополнительных образований не пальпируется.

Результаты обследований:

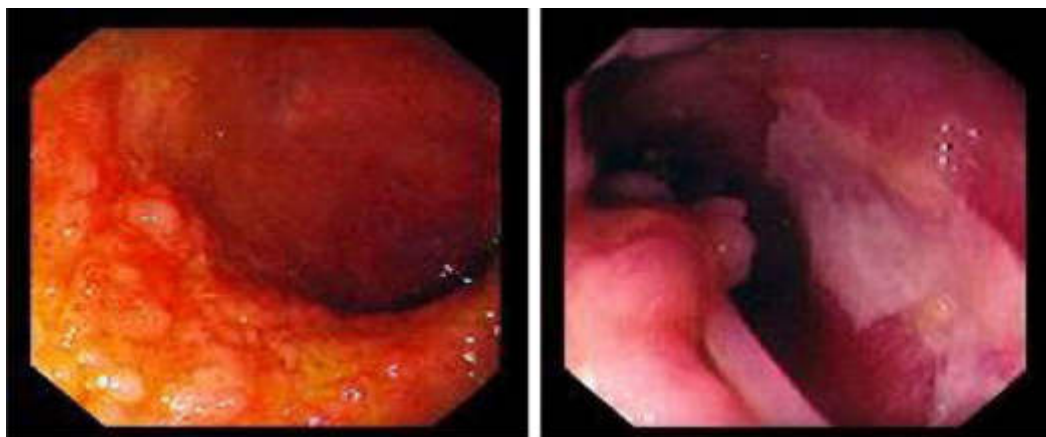
ОАК - лейкоциты - $11,3 \cdot 10^9$ /л; ретикулоциты 17%, СОЭ - 64 мм/ч.

ОАМ - лейкоциты - 15-20 в п/зр.

Биохимия - АЛТ - 44ед/л, АСТ - 64ед/л, ГГТП - 22ед/л, ЩФ - 189ед/л, СРБ - 98мг/л, фибриноген - 7,2г/л.

УЗИ органов брюшной полости, почек - диффузные изменения незначительно увеличенной печени с УЗ-картиной стеатоза, диффузные изменения поджелудочной железы. Микролиты обеих почек.

ЭГДС - поверхностный гастродуоденит, аксиальная хиатальная грыжа, недостаточность



ФКС -



кардии, лимфангиоэктазия 12-перстной кишки.



Рентгенография - Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. На основании проведенных исследований поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Какова лечебная тактика ведения больного?

Задача №82

Пациентка К., 54 лет, обратилась с жалобами на боли в животе, локализованные больше слева и в подвздошной области, повышение температуры тела до 37.8°C , учащение стула. При этом сначала стул был полуоформленный трижды в течение дня, а уже через сутки был представлен слизистыми выделениями в виде «плевков» без каких-либо примесей. Вышеописанная симптоматика у пациентки появилась через 5 дней с момента начала приема антибактериальных препаратов (амоксциллин по 1.0 x 2 раза в сутки), которые пациентка начала принимать самостоятельно по поводу сезонно обострившегося хронического бронхита. Пациентка присоединила антидиарейные препараты (лоперамид), дозу препарата регулировала самостоятельно, пытаясь ориентироваться на частоту дефекаций. К вечеру третьих суток состояние пациентки резко ухудшилось: стала нарастать слабость, температура тела повысилась до 38.3°C , находившиеся рядом с пациенткой родственники отметили снижение ее реакции на обращенную речь. Бригадой вызванной скорой медицинской помощи была доставлена в приемное отделение многопрофильной городской больницы.

При поступлении в стационар отмечена умеренная приглушенность сознания пациентки: она с достаточным промежутком времени (до 1.5 минут) отвечала на обращенную к ней речь. Обращали на себя внимание выраженная сухость языка, который был интенсивно обложен белым налетом, сниженный тургор кожи и выраженная ее сухость. В легких выслушивались единичные сухие хрипы, дыхание проводится симметрично и выслушивается над всей поверхностью легких, частота дыхания - 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, отмечается систолический шум на верхушке сердца, без проведения и изменения силы и интенсивности при перемене положения тела, частота сердечных сокращений 96 в минуту с правильным ритмом, совпадающая с частотой пульса на лучевых артериях, пульс слабого наполнения. Артериальное давление измеренное в положении пациентки лежа 90/60 мм.рт. ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в левых отделах, перитонеальных симптомов не выявлено. Печень у края реберной дуги, селезенка перкуторно и при пальпации не увеличена. Симптом поколачивания

отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, однако, родственники пациентки отметили, что частота мочеиспусканий и количество выделенной мочи определенно стали меньше по сравнению с предыдущими сутками. С момента приема самостоятельно начатого приема лоперамида стул был дважды, консистенция его и количество не изменились - малообъемные слизистые «плевки». Пациентка госпитализирована в диагностическое отделение.

Лабораторные тесты:

12

1. Анализ крови клинический: гемоглобин - 156 г/л, эритроциты - 5.34×10^{12} /л, лейкоциты - 18.6×10^9 /л, СОЭ - 45 мм/час, тромбоциты - 356×10^9 /л, лейкоцитарная формула: промиелоциты - 3%, метамиелоциты - 3%, п/я - 10%, с/я - 62%, э-1%, б-2%, мон-6%, лим-13%.

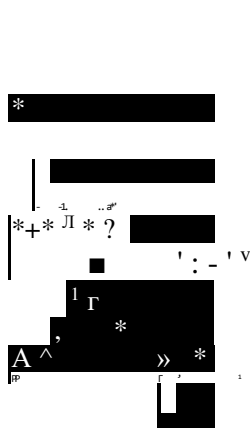
2. Биохимический анализ крови: АЛТ - 56 Ед/л, АСТ - 38 Ед/л, ГГТП - 46 Ед/л, билирубин общий - 23.6 мкмоль/л, прямой - 7.6 мкмоль/л, непрямой - 16.0 мкмоль/л, глюкоза - 4.6 ммоль/л, мочевины - 6.8 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л, холестерин - 4.8 ммоль/л, общий белок - 58 г/л, K^+ - 2.9 ммоль/л, Na^+ - 130 ммоль/л. **Проктосигмоскопия:** отмечается выраженная отечность слизистой оболочки толстого кишечника на уровне прямой кишки, сигмовидной кишки и части нисходящей части поперечно-ободочной кишки. Просвет кишки на доступном визуализации участке заполнен слизистым содержимым. На поверхности слизистой оболочки видоизмененного участка толстой кишки имеются белесовато-желтые бляшки в виде мембран диаметром от

0.5 до 1.2 см. Местами бляшки замещены поверхностным дефектом слизистой оболочки.

Консультация невролога: очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Токсическая (?) энцефалопатия.

ФОТО. Фрагмент видеозаписи процедуры проктосигмоскопии (участок сигмовидной кишки).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
2. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача № 83

Больной В., 40 лет. При поступлении в отделение предъявлял жалобы на частый жидкий стул как в дневное, так и в ночное время, боли в животе, вздутие живота, урчание, ноющие боли в крупных и мелких суставах мигрирующего характера, повышение температуры до фебрильных цифр, которое сопровождается ознобом с последующими проливными потами, отеки голеней и стоп, похудание.

Из анамнеза известно, что 8 лет назад появились вышеописанные артралгии, сопровождались припухлостью суставов. При обследовании выявился лейкоцитоз и повышение СОЭ. Был установлен диагноз инфекционного полиартрита. Лечился, улучшения не отмечал. Через 5 лет появились отеки голеней и стоп, жидкий стул, повышение температуры до 39°C, сохранялась ускоренная СОЭ. Постепенно поносы участились, приобрели постоянный характер, отеки усилились вплоть до бедер, потерял в весе 13 кг, появилась анемия. Неоднократно лечился в стационарах с диагнозом: хронический энтероколит 3 степени тяжести. На фоне парентерального введения белковых препаратов и коррекции анемии отмечалось временное улучшение. Наблюдается в поликлинике по месту жительства у терапевта и гастроэнтеролога, получил 2 группу инвалидности. В последнее время ухудшилась память, нарушился сон. Учитывая боли в животе, поносы в дневное и ночное время, отеки нижних конечностей, похудание на 13 кг, лихорадку больной был вновь госпитализирован для уточнения диагноза и лечения.

Родился доношенным ребенком. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергоанамнез и наследственность: без особенностей. Эпидемиологический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. До потери трудоспособности работал на снегосплавильном пункте.

Состояние средней тяжести. ИМТ - 17,1 кг/м². Кожные покровы и видимы слизистые бледные. На коже визуализируются геморрагии. Тургор кожи снижен. Отеки стоп и голеней. Периферические л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 78 в 1 мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной конфигурации, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Стул частый, жидкий, обильный, пенистый, светлый.

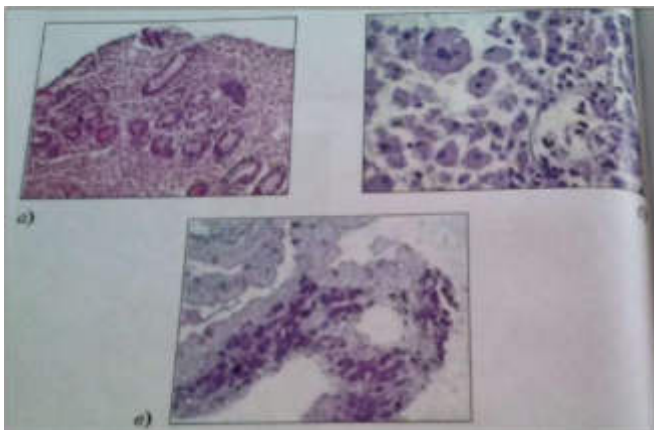
Проведенное обследование:

1. Клинический анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 55%, э - 3%, лимфоциты - 35%, моноциты - 5%, СОЭ - 25 мм/час.

2. Биохимический анализ крови: общий белок - 60,0 г/л, холестерин - 4,9 ммоль/л, общий билирубин - 8,7 мкмоль/л, АСТ - 40,3 Ед/л, АЛТ - 39,5 Ед/л, ЩФ - 73,6 Ед/л, ГГТП - 42,0 Ед/л, калий - 3,8 ммоль/л, кальций — 1,5 ммоль/л, сывороточное железо - 5,5 мкмоль/л. Анализ мочи: уд. вес - 1017, белок - 0,65, лейкоциты - 1-2 в п/зр.

УЗИ брюшной полости, рентгенологическое исследование желудка, тонкой и толстой кишок, колоноскопия: без патологии.

ЭГДС: Недостаточность кардии. Хронический антральный гастрит. Хронический дуоденит. Биопсия из-за луковичного отдела ДПК и тощей кишки. При гистологическом исследовании выявлены комплексы PAS - положительных макрофагов, образующих конгломераты.



^исЛ. а) Собственная пластинка слизистой оболочки тонкой кишки заполнена крупными макрофагами с пенистой цитоплазмой. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 120$, б) Встречаются многоядерные макрофаги. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 500$, в) Гранулы макрофагов окрашиваются в малиновый цвет при проведении PAS-реакции. PAS - реакция. Увеличение $\times 250$ **Вопросы:**

1. Выделите ведущие клиничко-лабораторные синдромы пациента и оцените степень тяжести его состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача № 84

Больная К., 36 лет. При поступлении в отделение предъявляла жалобы на частый (до 11 раз в сутки), жидкий, водянистый стул, возникающий иногда в ночное время, вздутие и урчание в животе, отеки голеней и стоп, похудание на 10 кг за последние 6 месяцев, выпадение волос и сухость кожи, слабость, отсутствие menses в течение 2 лет.

Считает себя больной в течение 2 лет, когда стали отсутствовать menses. Постепенно появились периодические поносы, стала отмечать потерю в весе. Постепенно присоединилась слабость, начали выпадать волосы, ухудшилось зрение в сумеречное время. Из анамнеза известно, что родилась доношенным ребенком, росла и развивалась соответственно возрасту. Аллергоанамнез и наследственность не отягощены, в детстве переломы конечностей при незначительных травмах. Пять лет назад была выявлена язвенная болезнь луковицы ДПК, проходила лечение в стационаре, где впервые было выявлено снижение гемоглобина до 105 г/л и снижение общего белка до 58 г/л.

Состояние средней тяжести. ИМТ - 14,1 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тургор кожи снижен, кожа сухая, шелушится. Периферические л/у не увеличены. Отеки стоп и голеней до средней трети, голеней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в 1 мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Отмечается «шум плеска» в илеоцекальной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см., край мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Стул 10-11 раз в день, жидкий, водянистый, без патологических примесей.

Проведенное обследование:

1. По данным клинического и биохимического анализов крови: гипохромная анемия, СОЭ 40 мм/час, протеинемия за счет гипоальбуминемии, незначительно выраженный цитолитический синдром, снижение уровня кальция и сывороточного железа.

2. Анализ кала: кал жидкий, светло-коричневый, без примеси крови и слизи; в кале определяется большое количество жирных кислот. Яйца простейших и яйца глистов не определяются. Суточное количество кала составляет 1300 г/сут.

3. УЗИ брюшной полости: Гепатомегалия.
Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

4. ЭГДС: Недостаточность кардии. Хронический антральный гастрит. Умеренно выраженная рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Взята биопсия из дистального отдела ДПК. Гистологическое исследование: кишечные ворсины отсутствуют.

Количество бокаловидных клеток в эпителии уменьшено. В поверхностном эпителии резко увеличено количество межэпителиальных лимфоцитов. Крипты глубокие. Собственная пластинка обильно инфильтрирована лимфоцитами.



Рис.1. Нормальная структура слизистой оболочки тонкой кишки. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x 120



Рис.2. Тотальная атрофия слизистой оболочки тонкой кишки (Marsh III C). Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x 120

5. Денситометрия: Остеопороз.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;

4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно

получить с их помощью?

Задача № 85

Больная К., 20 лет, поступила в клинику с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки, артралгии в крупных суставах, судороги в нижних конечностях. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса, непереносимость молочных продуктов.

Анамнез заболевания. Описанные жалобы (артралгия, миалгия, хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад. Была осмотрена терапевтом и аллергологом, проведено аллергологическое обследование, которое выявило повышенную чувствительность к коровьему молоку, лактоальбумину, лактозе, пшенице, ржи, глиадину. Было рекомендовано соблюдение диеты, на фоне которой состояние существенно не изменилось.

Анамнезе жизни. В детстве наблюдалась тяжелая детская экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом. Год тому назад была подробно обследована перед приемом на работу и признана здоровой, дано разрешение работать в качестве тренера по теннису.

При тщательном сборе анамнеза было выяснено, что мать больной имеет похожие симптомы (хронические поносы).

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. На коже спины папулезно-везикулезная сыпь. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 88 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Данные дополнительных методов обследования:

Клинический анализ крови.

Эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 0,08%, ЦП 0,71, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,3 \times 10^9/л$. Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я - 54%, Э. - 8%, Л. - 26%, М. - 8%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови. Общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 100 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0 мкмоль/л, билирубин прямой - 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ - 200 ед/л, ЛДГ-5 - 3%, щелочная фосфатаза - 170 ед/л, Сывороточное железо - 5 мкмоль/л.

Иммунологический анализ крови. Выявлены антиглиадиновые антитела, антитела к тканевой трансглутаминазе, эндомизию, ретикулину и дезаминированным пептидам глиадина.

Клинический анализ мочи. Уд. вес - 1018, белок - следы, сахар - abs, эритроциты - 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты - 1 - 2 в поле зрения, цилиндры - abs. Желчные пигменты: уробилин (-), билирубин (-).

Копрологическое исследование. Кал кашицеобразный, цвет сероватый, запах обычный. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены - нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ. Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечнолоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС. Признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-п кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки (см. фото биопсии).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача №86

Больная С., 30 лет, обратилась с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита. Ухудшение состояния в течение 3 месяцев. Не курит, алкоголь не употребляет.

При осмотре: кожные покровы обычного цвета, чистые. Подкожно-жировая клетчатка умеренно выражена. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. Язык чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул один раз в сутки оформленный, коричневого цвета.

Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л; эритроциты $4,6 \times 10^{12}/л$; тромбоциты $230 \times 10^9/л$; лейкоциты $7,9 \times 10^9/л$; СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 17,9 мкмоль/л; прямой 4,2 мкмоль/л; непрямой-13,7 мкмоль/л, альбумин-38 г/л, АЛТ 248 ед/л; АСТ 142 ед/л; общий белок 50 г/л; альбумины 25 г/л; ЩФ 152 ед./л; ГГТП 59 ед./л; ПТИ 80%; фибриноген 3,7 г/л.

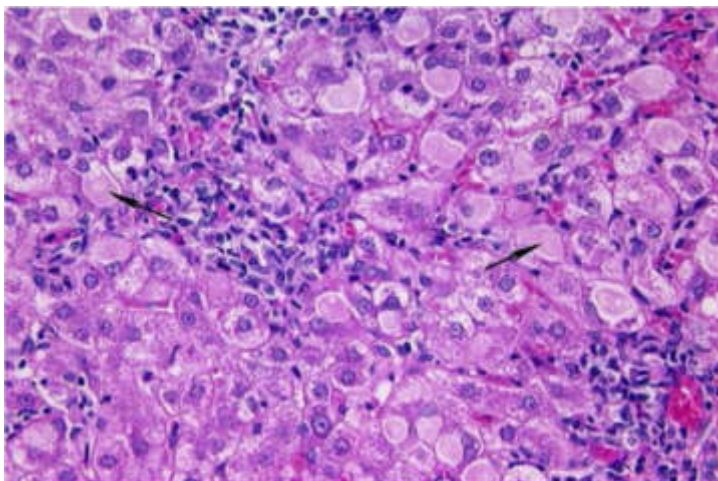
ИФА: а/В HCV-отриц., HBsAg полож., а/в Hbcor IgG -полож., а/в Hbcor IgM -отриц., HbeAg-полож., а/в HBs -отриц., а/В HBe- отриц., а/В HDV-отриц.

Анализ крови: PCR HBV DNA полож. ($11,0 \times 10^9$ МЕ/мл). PCR HDV RNA-отриц.

Анализ мочи и кала без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: Печень в размерах незначительно увеличена, структура диффузно неоднородна, поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена.

ЭГДС без особенностей.



лимфоцитарная
эозинофильная

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Определите тактику ведения больного

Задача №87

Больной С., 47 лет, работает сантехником, поступил с жалобами на общую слабость, тошноту, постоянные боли в правом подреберье. Со слов больного в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. Постоянно ощущал тяжесть в правом подреберье. В течение последних двух недель ежедневно употреблял пиво и по 250 мл водки. Настоящее ухудшение около недели, когда появились боли в правом подреберье, отметил пожелтение кожных покровов. Самостоятельно лекарственные средства не принимал. При осмотре состояние средней тяжести. Сознание ясное, эйфоричен, ориентирован, тест обратного счета выполнен. Кожные покровы и склеры иктеричные. Кожа сухая, лицо одутловатое, выраженная сосудистая сеть на лице, на туловище визуализируются единичные гематомы. Гипотрофия мышц плечевого пояса. Контрактура Дюпюитрена. Пастозность нижних конечностей. Чувствительность нижних конечностей снижена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 100 в мин. АД 105/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Размеры печени по Курлову 17-15-10 см, плотная, поверхность гладкая, край острый, болезненная. В отлогих местах живота определяется притупление. Стул раз в 2-3 дня, оформленный, обычного цвета, без патологических примесей.

Лабораторные и инструментальные обследования:

1. **Клинический анализ крови:** гемоглобин -97 г/л (117-130), эритроциты - 2.94×10^{12} /л (3.8-5.13), гематокрит-53,4 % (34.9-45.6), средний объем эритроцитов-101 фл (82-98), ЦП- 1.15 (0.82-1.10), лейкоциты - 11.5×10^9 /л (4-10), тромбоциты - 152×10^9 (150-375), лейкоцитарная формула - п/я-4%, с/я - 65%, э- 2%, б- 1%, мон-7%, лим-21%, СОЭ-17 мм/час.

2. **Биохимический анализ крови:** АЛТ-315 Ед/л (0-32), АСТ-507 Ед/л (5-34), ГГТП-1043 Ед/л (11-61), ЛДГ общ-647 Ед/л (225-450), билирубин общий-341.7 мкмоль/л (1.7-20.5), билирубин прямой-204.4 мкмоль/л (0.86-5), ЩФ-324 Ед/л (64-306), альфа-амилаза-201 Ед/л (29-220), глюкоза-4.3 ммоль/л (3.8-6.1), мочевины-7.4 ммоль/л (2.5-8.3), креатинин-78

мкмоль/л (53-88), общий белок-65 г/л (65-85), альбумин-30 г/л (33-57), калий-3.5 ммоль/л (3.44-5.3), натрий-134 ммоль/л (130.5-156.6), протромбин по Квику-68 % (70-130).

УЗИ органов брюшной полости: увеличение размеров печени, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, конкременты желчного пузыря, дилатация воротной вены, асцит.

ЭГДС: недостаточность кардии, гастродуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача №88

Больной JL, 44 лет, разнорабочий, поступил в клинику с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Обострения бывают 3-4 раза в год.

Вредные привычки: в течение 10 лет злоупотребляет крепкими спиртными напитками (в основном водкой), в среднем от 80 до 200 мл чистого этанола в сутки. Питание недостаточное и неполноценное.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 77 см, вес - 54 кг, ИМТ - 17,2 кг/м². На коже груди и живота ярко-красные пятнышки, не исчезающие при надавливании. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 92 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Язык несколько сухой, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффера и точке Дежардена, положительный симптом Кача. Размеры печени по Курлову: 11х9х9 см, печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии на 1 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Лабораторные тесты:

1. **Клинический анализ крови:** гемоглобин - 128 г/л, лейкоциты - $10,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 6 %, сегментоядерные нейтрофилы - 70 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 20 мм/ч.

2. **Биохимический анализ крови:** общий билирубин - 18,9 мкмоль/л, прямой билирубин - 4,2 мкмоль/л, АСТ - 105 Ед/л, АЛТ - 47 Ед/л, у-глутамилтранспептидаза - 150 Ед/л, амилаза - 280 Ед/л, ЩФ - 230 Ед/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

1. При **УЗИ** органов брюшной полости размеры печени увеличены за счет правой доли, контуры неровные, паренхима ее неоднородна, эхогенность печени повышена. Воротная вена не расширена (9 мм в диаметре). Желчный пузырь обычных размеров, стенка его не утолщена, конкрементов не выявлено. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). На фоне усиления эхогенности поджелудочной железы отмечается увеличение размеров ее головки до 5 см. Выявлены участки кальцификации паренхимы поджелудочной железы и конкремент в главном панкреатическом протоке. Отмечается расширение главного панкреатического протока до 7 мм. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

2. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: **определяется**

неровность контуров протоков, их извилистость, участки стеноза и дилатаций («четкообразный» проток). Выявлен конкремент в главном панкреатическом протоке. Терминальный отдел главного панкреатического протока контрастирован до уровня

внутрипротокового конкремента. Заключение: выявленные признаки обструкции главного панкреатического протока.

ФОТО. Фрагмент видеозаписи процедуры ЭРХПГ (контрастированный проток поджелудочной железы).



Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. Сформулируйте диагноз;
4. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза и какие данные можно получить с их помощью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача №89

Больная А., 47 лет, на протяжении 5 лет отмечается кожный зуд, нарушения менструального цикла. Лечилась у дерматолога и гинеколога, без эффекта. За последний год похудела на 5 кг.

Предъявляет жалобы на кожный зуд, чувство «инородного тела» и «песка» в глазах.

При объективном обследовании выявлены: субиктеричность склер, следы расчесов на коже туловища, в области лопаток темно-коричневая пигментация кожи, инъекция и отечность конъюнктивы глаз, незначительно выраженные явления сгибательной контрактуры межфаланговых суставов кистей в результате стягивания кожи, мышцы в этой области заметно гипотрофичны. Отмечается незначительное увеличение околоушных слюнных желез. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, плотная, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты - $3,64 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 119 г/л, лейкоциты - $7,9 \times 10^9/л$, тромбоциты - $160 \times 10^9/л$, СОЭ - 56 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общ. - 25 мкмоль/л, билирубин прямой - 16 мкмоль/л, холестерин 8,75 ммоль/л, общий белок 70 г/л, альбумины - 43%, АЛТ 72 ед/л, АСТ - 83 ед/л, щелочная фосфатаза - 560 ед/л, протромбиновый индекс - 100%.

ИФА: АМА - > 1:40, ANA - > 1:80.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача №90

Больной Х., 44 лет, при поступлении в клинику жаловался на плохой аппетит, слабость, ноющие боли в правом подреберье, вздутие живота, мучительный кожный зуд, усиливающийся к вечеру. Болен около 4 лет: при случайном осмотре было обнаружено увеличение печени и селезенки. При лабораторном обследовании выявлено умеренное повышение трансаминаз и билирубина. В связи с чем был обследован. В течение последующих 3-х лет чувствовал себя удовлетворительно, затем периодически стала появляться слабость, снизился аппетит. Стал отмечать периодическое повышение температуры, желтушность кожи и склер. На протяжении последнего года появилась стойкая желтуха, диспептические расстройства и упорный кожный зуд.

При поступлении в клинику состояние средней тяжести. Питание понижено (вес 55 кг, рост 170 см.) Кожа и склеры желтушные, следы расчесов. В области плечевого пояса и на коже живота - сосудистые звездочки. Не резко выражена гинекомастия. В легких единичные незвонкие хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 92 в минуту. А/Д - 110/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации определяется большая плотная печень, поверхность ее мелкобугристая, край заострен. Пальпация болезненна. Селезенка выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Во время пребывания в клинике состояние внезапно ухудшилось - появилась кровавая рвота, затем дегтеобразный кал. Больному проведена гемостатическая терапия. Для восполнения кровопотери однократно перелито 250 мл донорской крови. Однако на этом фоне произошло дальнейшее ухудшение состояния больного: усилилась боль в правом подреберье, выросла желтуха, появился печеночный запах изо рта. Прогрессивно выросли признаки печеночной энцефалопатии (усилилась сонливость, затем появилось сумеречное сознание и потеря ориентации), появилась гипермоторика, затем тремор верхних и нижних конечностей. На 2 день отмечалась полная потеря сознания, арефлексия, шумное дыхание, ЧД - 25 в 1 мин., тахикардия 120 в 1 мин. Гипотония (АД - 80/40 мм рт ст.). Размеры печени несколько уменьшились.

Клинический анализ крови: гемоглобин- 90г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$ /л. Лейкоциты- $3,2 \times 10^9$ /л. СОЭ - 6 мм/час. Тромбоциты 10×10^9 /л.

Биохимический анализ крови: Билирубин - 121 мкмоль/л (н. до 24), реакция прямая. Общий белок 46 г/л. Альбумины - 38% (н. 55 - 65), Фибриноген - 2,0 г/л (н. 3,5 - 4). Холестерин - 2,2 ммоль/л. (н. 3,5 - 5,5). Сахар крови 5,8 ммоль/л. (н. 4,5 - 5,5 ммоль/л.). Протромбиновый индекс - 40 %. АСТ - 300 ед/л (н. до 40) АЛТ - 400 ед/л (н. до 40). Холинэстераза - 80 ед/л (н. 160 - 340). Щелочная фосфатаза - 380 ед/л (норма 36 - 92). Мочевина 4 ммоль/л. (н. 8 - 12), остаточный азот 40 ммоль/л. (норма 14 - 21), аммиак 250 мкм/л (норма 11 - 88).

Иммунологическое исследование: выявлен НВ8Ай, **повышено содержание IgG.**

Анализ мочи: уд. вес - 1020. Следы белка. Уробилин и желчные пигменты ++. **УЗИ-органов**

брюшной полости: печень увеличена в размерах, структура ее неоднородна по плотности, общий акустический фон ткани усилен. Диаметр v. portae увеличен. Желчный пузырь без изменений. Контуры поджелудочной железы ровные, размеры не увеличены. Селезенка увеличена в размерах, повышенной эхогенности. В брюшной полости небольшое количество свободной жидкости.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена. В нижней трети пищевода гиперемия и отек слизистой, единичные поверхностные эрозии, кроме этого визуализируются утолщенные и извитые вены. Струйное кровотоечение из вен пищевода.

RRS: слизистая прямой кишки визуально не изменена. При исследовании выявляются расширенные и извитые вены геморроидального сплетения.

ЭГДС



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача №91

Пациент Ф., 37 лет, врач, при диспансерном обследовании выявил у себя повышенный уровень сывороточного железа.

Обратился за помощью к гастроэнтерологу.

При осмотре: гиперстенического телосложения (занимается тяжелой атлетикой), кожные покровы смуглые, сухие, чистые. По органам и системам без явных физикальных отклонений.

При проведении лабораторных методов обследования выявлено: АЛТ - 73 ЕД/л, АСТ - 68

ЕД/л, железо - 59 мкмоль/л, ОЖСС - 7 мкмоль/л, ферритин - 1133 мкг/л, трансферин - 0,8 г/л.

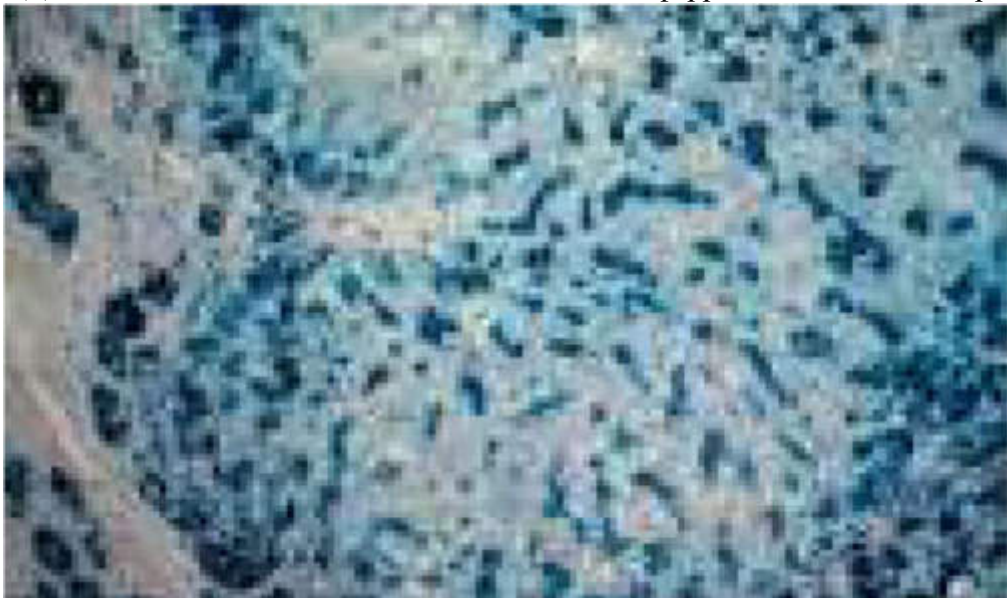


Рис. 1 Биоптат печени (после окрашивания по Перлсу, берлинской лазурью)

Вопросы:

1. Выделите ведущий клинико-лабораторный синдром.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинико-

лабораторной картиной.

3. Какой микропрепарат представлен на картинке? Какая окраска?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Какова лечебная тактика ведения больного?

Задача №92

Больной О., 64 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, похудание, снижение аппетита, тошноту, отрыжку, неустойчивый стул, увеличение живота.

Последние 3 года отмечает нарастание слабости и быструю утомляемость, потерю веса. С этого же времени беспокоит тупая боль в правом подреберье, усиливающаяся после еды и физического напряжения, метеоризм и склонность к поносам. В течение 6 месяцев наблюдается постепенное увеличение живота.

В настоящее время не работает. До наступления пенсионного возраста был разнорабочим в строительной организации. Со слов пациента, желтухой не болел. Вредные привычки: курит до 20 сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. Питание не регулярное, ранее предпочитал острую и жирную пищу.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, склеры иктеричны. Обращает на себя внимание гиперемия ладоней и стоп. В нижних отделах легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 100 в минуту, АД - 100/80 мм.рт.ст. Язык малинового цвета со сглаженным сосочковым слоем. Живот резко увеличен в объеме. На латеральных поверхностях передней брюшной стенки видны утолщенные, извитые подкожные вены. Перкуторно в брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень и селезенку пальпировать не удается. Периферических отеков нет.

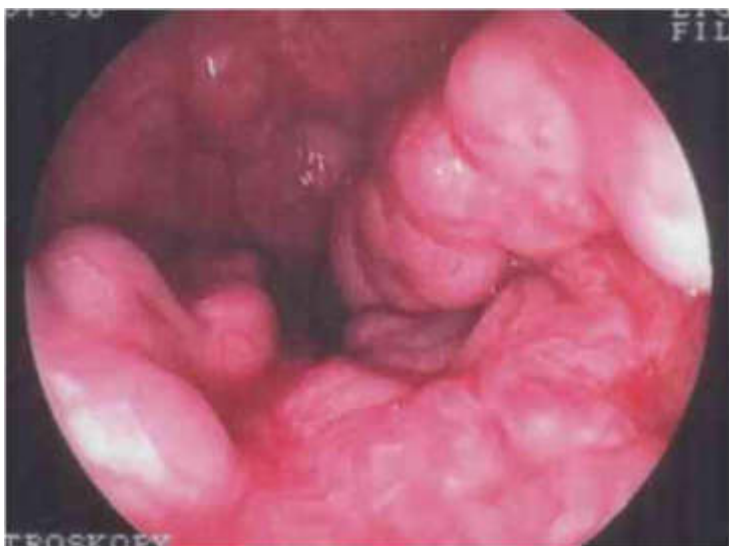
12

Клинический анализ крови: гемоглобин - 80 г/л. Эритроциты - $2,7 \times 10^{12}$ /л. лейкоциты - $3,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты 100×10^9 /л. СОЭ - 4 мм/час.

Биохимический анализ крови: Билирубин - 38 мкмоль/л. (норма до 24), реакция преимущественно прямая. Общий белок - 56 г/л. (норма 60 - 80 г/л). Альбумины 30%, Фибриноген - 2,5 г/л. (норма 4 - 6). Протромбиновый индекс - 36%. Холестерин 2 ммоль/л. (норма 3,5 - 5,5). АСТ - 60 ЕД, АЛТ - 80 ЕД (норма до 40), ЛДГ - 220 МЕ (норма 109 - 195), ЛДГ5 - 22% (норма до 18%). Псевдохолинэстераза - 130 мкмоль/л (норма 160 - 340). Щелочная фосфатаза - 80 МЕ (норма 36 - 92).

Иммунологическое исследование: HBs - Ag (-), анти-HCV сум. (-), анти-HAV IgM и IgG (-)

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, повышенной эхогенности, структура ее неоднородна. Усилен акустический фон портальных трактов. Диаметр v. portae увеличен. Желчный пузырь без особенностей. Контуры поджелудочной железы ровные, ткань повышенной плотности. Селезенка увеличена в размерах, эхогенность ткани повышена. В брюшной полости определяется свободная жидкость. **ЭГДС:** пищевод свободно проходим, слизистая его бледно-розовая, несколько атрофична. В нижней трети пищевода видны расширенные и извитые вены. Слизистая желудка и 12- перстной кишки атрофична.



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.
 2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
 3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
 4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
- Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача №93

Больной А., 51 года, обратился с жалобами на общую слабость, снижение аппетита, снижение веса, бессонницу, а также кровоточивость десен, чувство тяжести и дискомфорта в верхних отделах живота. В анамнезе острый гепатит В (20 лет назад). Курит, алкоголь употребляет 1 раз в неделю, не более 200 мл водки.

При осмотре: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, сосудистые звездочки, видимые слизистые и склеры субиктеричны. Гипотрофия мышц плечевого пояса, гинекомастия. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 86 в минуту. АД 110/70 мм. рт.ст. Язык малинового цвета с атрофичным сосочковым слоем, чистый. Живот увеличен в объеме, при пальпации притупление перкуторного звука в нижних отделах живота. В правом подреберье пальпируется увеличенная, выступающая на 6-7 см из-под рёберной дуги, печень. Край её закруглён, плотный, поверхность неровная. Также пальпируется увеличенная селезенка. Пальпация живота безболезненная. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул один раз в сутки оформленный, коричневого цвета.

12

Клинический анализ крови: гемоглобин 110 г/л; эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 100×10^9 /л; лейкоциты $11,9 \times 10^9$ /л; СОЭ 60 мм/час

Биохимический анализ крови: билирубин общий 51,9 мкмоль/л; прямой 32,2 мкмоль/л; АЛТ 48 ед/л; АСТ 42 ед/л; калий 3,7 ммоль/л; общий белок 50 г/л; альбумины 25 г/л; ЩФ 452 ед./л; ГГТП 79 ед./л; ПТИ 77%; фибриноген 2,7 г/л; альфа-фетопротеин 567 МЕ/мл. Клинический анализ мочи. Уд. вес - 1018, белок - следы, сахар - abs, эритроциты - 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты - 1 - 2 в поле зрения, цилиндры - abs. Желчные пигменты: уробилин (+), билирубин (+).

Анализ кала без особенностей.

ИФА: HBsAg положительный, а/бНВсorIgG -положительные, HBeAg положительный, а/б HBs отрицательные, а/бHBe отрицательные.

ПЦР: HBV DNA положительная (5×10^7 копий/мл).

УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, неоднородность печёночной паренхимы, портальная вена- 13 мм, селезёночная вена - 7 мм. В правой доле определяется

гипоэхогенное округлое образование (20x30 мм.) с нечеткими контурами. Небольшое количество свободной жидкости.

ЭГДС: в нижней трети пищевода контурируются варикозно расширенные вены.



Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Задача №94

Больной А, 75 лет, доставлен в реанимационное отделение, минуя приемный покой. «Скорая медицинская помощь» была вызвана родственниками, потому что у пациента возникли интенсивные боли в грудной клетке, от которых он кричал. Боли иррадиировали в грудной отдел позвоночника, к приезду «скорой» они распространились на живот. Артериальное давление было 60/35 мм рт.ст., боли не снимались морфином.

В реанимации обращала на себя резкая бледность кожных покровов, холодный пот. ЧСС - 123 в мин, ритмичный, слабого наполнения, 50/30 мм рт.ст. В легких множество сухих хрипов. Над сердцем выслушивался протодиастолический шум аортальной регургитации.. Живот мягкий, безболезненный. Отеков на нижних конечностях не выявлено.

Снята ЭКГ (Рис 1), рентгенография грудной клетки (Рис 2).



Рис 1. ЭКГ больного при поступлении.

Рис 2. Рентгенограмма больного А. в прямой проекции.

При эхокардиографическом исследовании выявлена жидкость в полости перикарда до 1 л.

Вопросы:

1. Каким видом патологии может объясняться такая клиническая картина?
2. Предложите классификацию данной патологии и предположите ее вид в соответствии с этой классификацией.
3. Почему выслушивался шум аортальной регургитации?

4. Почему в перикарде имеется выпот? Какой характер он скорее всего имеет?
5. Какие исследования необходимо провести, какова их чувствительность и специфичность при данной патологии?
6. Какое должно быть медицинское и/или хирургическое пособие при данной патологии?

Задача №95

Больной М., 26 лет. 3 года назад перенес «простудное заболевание» (повышение температуры до 37,8°C, озноб, миалгии, першение и боли в горле, заложенность носа, сухой кашель); лечился жаропонижающими, через 4 дня, после нормализации температуры приступил к занятиям. После этого периодически чувствует тянущие боли в спине, потемнение мочи, головную боль, с утра отмечает одутловатость лица.

При обращении к врачу - состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы бледные, сухие, пастозность кистей, стоп, бедер, параорбитальных областей. ЧД - 18 в 1 мин, ортопноэ нет. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 96 уд. в мин. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не пальпируются.

Ан. крови: гемоглобин - 126 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 386×10^9 /л, лейкоциты - $5,1 \times 10^9$ /л (и - 2%, с - 68%, л - 28%, м - 2%), СОЭ - 34 мм/час. Ан. мочи: плотн. - 1015, р-ция - кислая, белок - 1,20 г/л, лейкоциты - 5 - 7 в п/зр., эритроциты - 50 - 60 в п/зр. Общий белок - 74 г/л, билирубин - 21.6 (прямой - 4.3) мкмоль/л, АСТ - 22 ед/л, АЛТ - 34 ед/л, ГГТ - 46 ед/л, мочевины - 7.4 ммоль/л, креатинин - 96 мкмоль/л.

ЭКГ и рентгенограмма органов грудной клетки - без признаков патологии **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Выстройте дифференциально-диагностический ряд. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.

Задача №96

Пациентка В., 33 лет; обратилась с жалобами на постоянные тянущие боли в пояснице, без четкой связи с изменением положения тела, общую слабость, быструю утомляемость, отсутствие аппетита, жажду, сухость кожи, кожный зуд. Также больную беспокоят поносы, периодически отмечает головные боли, преимущественно в затылочной области, несколько эпизодов окрашивания мочи в красно-бурый цвет. Данная симптоматика нарастает в течение последних 3-4х лет. За последние полгода похудела на 10 кг. Значительное ухудшение состояния в течение последнего месяца.

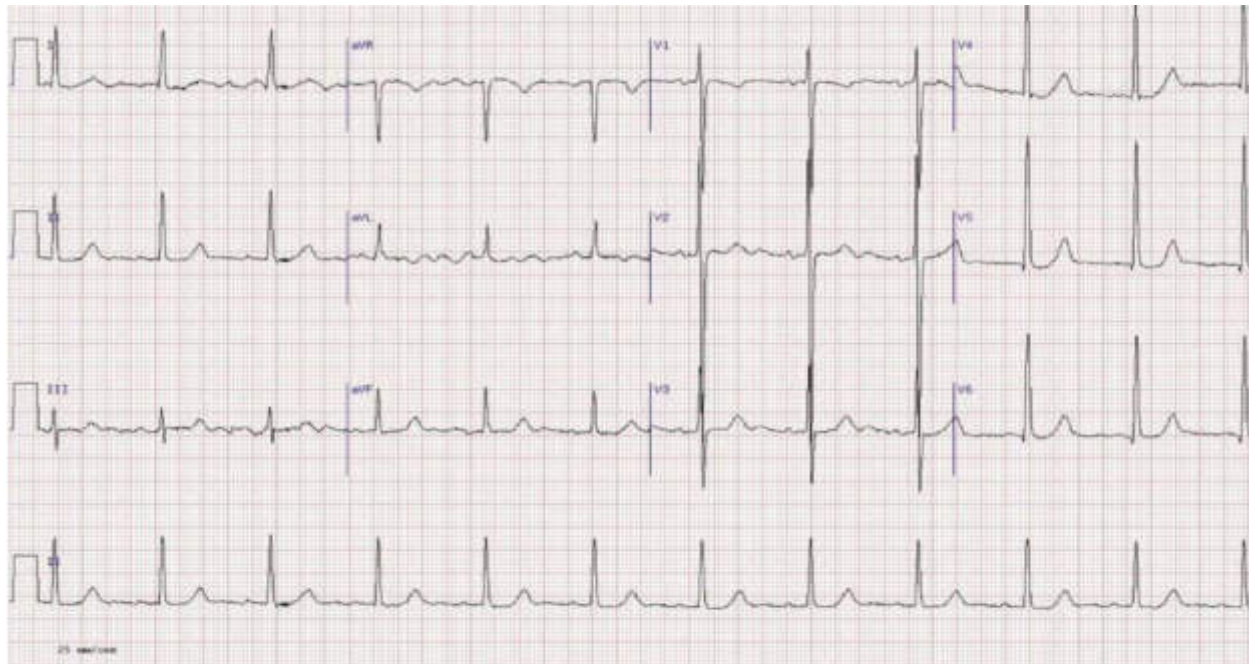
Из анамнеза известно, что подобная симптоматика отмечалась у матери пациентки, однако подробного обследования не проводилось. Мать пациентки умерла в возрасте 54 лет от ОНМК. Объективно. Пониженного питания Рост 165 см вес 46кг, кожные покровы и видимые слизистые бледные, пастозность коленей и стоп. Над легкими дыхание везикулярное хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Границы сердца расширены влево, акцент II тона над аортой. ЧСС 73 АД 175/100 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю правой реберной дуги. Симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон Лабораторные и инструментальные исследования:

1. Анализ крови клинический: гемоглобин - 93 г/л, эритроциты - $3,32 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,6 \times 10^9$, СОЭ - 20 мм/час, тромбоциты - 260×10^9 , лейкоцитарная формула - п/я - 4%, с/я - 63%, э-3%, б-3%, мон-5%, лим-22%.
2. Биохимический анализ крови: АЛТ - 34Ед/л, АСТ - 38Ед/л, ГГТП - 32Ед/л, билирубин общий - 14мкмоль/л, глюкоза - 4.6 ммоль/л, мочевины - 42ммоль/л, креатинин - 670ммоль/л,

холестерин - 5.8ммоль/л, общий белок - 54г/л, K^+ - 6,6ммоль/л, Na^+ - 140ммоль/л

3. Анализ мочи клинический: количество 200мл цвет с/жёлтый прозрачная, плотность 1016 глюкоза -abs белок следы лейкоциты -abs эритроциты 10-12 в п/з, цилиндры -abs

4. ЭКГ



5.УЗИ почек

Вопросы:

1. Выделите ведущие клиничко-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования и расчеты необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача №97

Больной Б., 48 лет, обратился к врачу с жалобами на выраженные отеки нижних конечностей и лица, одышку при доступной прежде повседневной нагрузке, слабость, тяжесть в правом подреберье.

Более 20 лет назад отметил периодические артралгии в мелких суставах кистей. Позже присоединились боли в шее, главным образом, при движении и ночью. Появилась утренняя скованность в позвоночнике, был поставлен диагноз болезни Бехтерева. Периодически получал нестероидные противовоспалительные препараты, лечебной физкультурой пренебрегал.

До поры до времени заболевание проявлялось только прогрессирующим нарушением осанки, на что в большей степени обращали внимание окружающие, но не сам пациент. Обратил внимание на свое здоровье только около 3 лет назад, когда заметил одышку при привычной нагрузке (на работу ходит пешком через парк). Пациент: «Врачи ни в сердце, ни в легких ничего не нашли, сказали - занимайся физкультурой».

Около года назад появились периорбитальные отеки по утрам, которые к вечеру исчезали. Затем стали тесны любимые старые туфли, а за полгода до обращения заметил отеки лодыжек. Когда отеки достигли середины бедра, стало невозможным подобрать хоть сколько-нибудь

приемлемую обувь, одышка и необъяснимая слабость заставляли остановиться несколько раз по дороге на работу, пациент обратился к врачу.

Курит «изредка, за компанию». Алкоголь - «по субботам, как все». Аллергологического анамнеза нет. Гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Перенесенные заболевания: респираторные инфекции 2-3 раза в год. Рост 165 см. Вес 66 кг. Кифоз, шейный гиперлордоз. Периферические суставы не изменены. Выраженные отеки нижних конечностей. ЧД 18, ЧСС 92 в минуту. АД 135/70 мм Нг. Мягкий диастолический шум во 11 межреберье справа от грудины. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

ЭКГ: синусовая тахикардия, P-pulmonale.

Вопросы:

1. Верен ли диагноз анкилозирующего спондилоартрита? Как подтвердить или опровергнуть?
2. Сколько болезней у данного больного? Являются ли одышка и отеки симптомами одной патологии?
3. Что нужно сделать для определения генеза отеков?

Задача №98

Пациентка Н., 27 лет, студентка, обратилась с жалобами на боли в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание малыми порциями, повышение температуры тела до 39.0°C, общую слабость. Подобная симптоматика в течение последних двух недель, после переохлаждения. Дополнительно пациентка сообщает, что в возрасте 15 лет переболела циститом, а также в течение нескольких лет отмечает при прохождении периодического медицинского осмотра наличие бессимптомной лейкоцитурии, что подтверждено предоставленными результатами общего анализа мочи за последние несколько лет. Ранее детально по этому поводу не обследовалась.

При осмотре гиперемия кожных покровов. Отеков нижних конечностей нет. В легких усиленное везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 140/90 мм.рт.ст. ЧСС 88 в минуту.

Лабораторные тесты: 1. Анализ крови клинический: гемоглобин - 136г/л, эритроциты -

$4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ - 30 мм/час, тромбоциты - 204×10^9 /л, лейкоцитарная формула - п/я - 8%, с/я - 62%, э-1%, б-1%, мон-8%, лим-20%. Биохимический анализ крови: АЛТ - 24 Ед/л, АСТ - 17 Ед/л, билирубин общий - 16 мкмоль/л, прямой - 3.6 мкмоль/л, непрямой - 13.6 мкмоль/л, глюкоза - 4.6 ммоль/л, мочевины - 4.3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, холестерин - 4.8 ммоль/л, общий белок - 74 г/л, К⁺ - 4.6 ммоль/л, Na⁺ - 140 ммоль/л. 3. Анализ мочи общий: Цвет - соломенно-желтый; прозрачность - неполная; удельный вес - 1009; реакция - кислая; белок - 0,130%; лейкоциты - в большом количестве; плоские клетки - ед. в п.з; слизь - +; фосфаты - +.

Инструментальные исследования:

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены типично. Контуры ровные четкие.

Подвижность почек нормальная. Размеры правой почки - 96x45x31 мм. Размеры левой почки - 98x44x30 мм. Чашечно-лоханочный комплекс справа и слева: чашечки расширены до 12,71 мм, лоханка не расширена, стенки уплотнены.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клиничко-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;

4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача №99

Больной В., 36 лет, считает себя больным около 3х месяцев, когда в правой паховой области у него появился увеличенный лимфоузел размерами с грецкий орех (3 см в диаметре). Узел увеличивался, и на момент обращения к врачу размер его достигал 10х15 см. Из анамнеза известно, что у пациента нетрадиционная сексуальная ориентация.

При осмотре - состояние удовлетворительное, все периферические лимфоузлы не увеличены. Селезенка и печень не увеличены. Опухолевый узел плотно-эластической консистенции, «вколоченный» в паховой области. Кожа над лимфоузлом напряжена и не смещается.

По данным УЗИ органов брюшной полости печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12 мм. Селезенка увеличена, 10х6 см, однородная, селезеночная вена 6 мм. По ходу правых подвздошных сосудов отмечаются увеличенные гипоехогенные лимфоузлы размерами до 4 см. Проведена пункция лимфоузла: цитологическая картина характеризуется как «звездное небо» - на фоне огромного числа малых лимфоцитов располагаются гигантские апластичные опухолевые клетки.

Анализ крови:

Гемоглобин 120 г/л, Эритроциты $4,70 \times 10^{12}/л$, Гематокрит 36 %, Цветовой показатель 1, Тромбоциты $210,0 \times 10^9/л$, Лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$.

Миелограмма:

Клеточность костного мозга $140 \times 10^{12}/л$, Бласты 2% , Гранулоцитарный ряд 52%, Лимфоидный ряд 20%, Моноцитарный ряд 8%, Эритроидный ряд 17%

Биохимия крови

Общий белок 64 г/л, Альбумин 36 г/л, Мочевина 6 ммоль/л, Креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 3560 ЕД/л, Щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 110 ЕД/л

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще органы необходимо проверить на предмет поражения?
3. Стадия заболевания.
4. Какой комплекс обследований необходимо провести больному?
5. Какой алгоритм проведения лечения необходим больному?

Задача №100

Больной Д., 45 лет, считает себя больным около шести месяцев, когда стал ощущать постоянную заложенность носа и затруднение дыхания через нос.

При осмотре - состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы одной стороны увеличены до 3 см на шее. Селезенка и печень не увеличены.

По данным УЗИ печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12мм. Селезенка увеличена - 12х6 см, в нижнем полюсе селезенки имеется гиповаскулярный очаг, селезеночная вена 6мм. Проведена пункция лимфоузла. Цитологическая картина характеризуется как тотальный пунктат из малых лимфоцитов. При ларингоскопии было обнаружено кольцевое поражение кольца Пирогова-Вальдеера.

Анализ крови:

12

Гемоглобин 120 г/л, Эритроциты $4,70 \times 10^{12}/л$, Гематокрит 36 %, Цветовой показатель 1, Тромбоциты $210,0 \times 10^9/л$, Лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$.

Миелограмма:

12

Клеточность костного мозга 140×10^9 /л, Бласты 2% , Гранулоцитарный ряд 52%, Лимфоидный ряд 20%, Моноцитарный ряд 8%, Эритроидный ряд 17%

Биохимия крови

Общий белок 64 г/л, Альбумин 36 г/л, Мочевина 6 ммоль/л, Креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 1560 ЕД/л, Щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 110 ЕД/л Проведена биопсия лимфоузла: в лимфоузле имеется разрастание мелких лимфоцитов со стиранием рисунка лимфатического узла. Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 20 + CD 19+ и циклинО 1 **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще органы необходимо проверить на предмет поражения?
3. Стадия заболевания.
4. Какой комплекс обследований необходимо провести больному?
5. Какой алгоритм проведения лечения необходим больному?

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

В результате освоения дисциплины обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

Универсальные компетенции (УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)¹.

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на оказание анестезиолого-реанимационную помощь населению, на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских мероприятий, и осуществлению непрерывного наблюдения за больными анестезиолого-реанимационного профиля (ПК-2);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов критических синдромов, патологических состояний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании анестезиолого-реанимационной медицинской помощи (ПК-6);

¹ п.13-14 ст.82 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации, находящихся на лечении в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10).

Фонд оценочных средств по программе освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»

Перечень вопросов для устного собеседования:

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Методы обследования больного с анкилозирующим спондилитом	УК-1, ПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Аускультация легких взрослого	УК-1, ПК-7
6.	Методы обследования больного	УК-1, ПК-7
7.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	
8.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии	
9.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
10.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7

11.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
12.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
13.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ПК-7
14.	Методика проведения анестезии при внутрисуставном введение лекарственных средств.	УК-1, ПК-7
15.	Методики проведения внутривенного введения лекарственных средств.	УК-1, ПК-7
16.	Методика проведения функциональных тестов	УК-1, ПК-7

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

№	Вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Методика проведения анестезии при внутривенном введение лекарственных средств	УК-1, ПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Методика сбора анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ПК-7
5.	Методика проведения функциональных тестов.	УК-1, ПК-7
6.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
8.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
9.	Методика обследования больного с анкилозирующим спондилитом.	УК-1, ПК-7
10.	Тактика ведение больного при гипогликемии.	УК-1, ПК-7

11.	Тактика ведение больного при гипергликемии.	УК-1, ПК-7
12.	Методика аускультации легких взрослого.	УК-1, ПК-7
13.	Тактика ведение больного при ЖКК.	УК-1, ПК-7
14.	Тактика ведение больного при ОНМК.	УК-1, ПК-7
15.	Тактика ведение больного при ОКС.	УК-1, ПК-7
16.	Тактика ведение больного при анафилактическом шоке.	УК-1, ПК-7

Банк тестовых заданий (с ответами);

См. ФОС Б1.Б.6

Банк ситуационных клинических задач

См. ФОС Б1.Б.6

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Скорая медицинская помощь»

Формируемые компетенции и по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
	Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной	Вопросы для собеседования	Практические навыки

				работы		и из перечн я	
У	К	1	1-100	1-22	1-53	1-41	
П	К	1	4, 6, 7, 12–14, 17, 20–23, 25–27, 30, 31, 41, 42, 49, 51, 55, 56, 61, 62, 66, 67, 71–75, 78–82, 85–90	1-22	10–12, 15–26, 36 – 44, 47, 48, 51, 53	9 – 16, 24 – 33, 35 – 37, 39, 41	
		2	1-12	1-22	2, 9, 35, 39, 40, 43, 52, 53	5, 8, 23, 40, 41	
		4	117, 50,46,30,31		1, 2, 3, 4	2, 3, 6, 7, 14	
		5	1, 2, 15, 16, 18, 24, 26, 28,29, 3–40, 43–45, 48, 50, 52–54, 60, 65, 68, 70, 77, 83, 91–100	1-22	26, 27, 36 – 44, 49, 51, 53	17 – 19, 24, 26, 28, 29 – 33, 35 – 37, 39, 41	
		6	3, 5, 8, 9, 10, 11, 19, 46, 47, 57, 58, 59, 63, 64, 69, 76, 84	1-22	28 – 32 39, 40, 45, 46, 50, 52, 53	20, 24, 28 – 32, 34, 38, 40, 41	
		8		1-22	13, 33, 34, 45	21, 22, 28, 29, 34	
		9	1-12	1-22	14	10	
		10	1-12		2,3,4,5, 6, 7, 8	1–4, 6, 7	

Оценка качества освоения программы.

1. Тестирование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	

2. Ситуационная задача.

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов,

	собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	---

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. «Кардиология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Классификация, Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. 2. Стенокардия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (медикаментозное, хирургическое). Показания к реваскуляризации. Методы реваскуляризации. 3. Инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина (типичные и атипичные формы). Диагностика и дифференциальная диагностика. 4. Лечение неосложненного инфаркта миокарда. 5. Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда. Тактика ведения больного на догоспитальном и госпитальном этапах. 6. Реабилитация, диспансеризация больных перенесших инфаркт миокарда, медико – социальная экспертиза. 7. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез, факторы риска. Классификация, оценка факторов риска, факторы, определяющие сердечно – сосудистый прогноз, клиническая картина, диагностика. 8. Особенности лечения артериальной гипертензии у отдельных групп больных. 9. Тактика ведения больных при осложненном и не осложненном гипертоническом кризе. 10. Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины. Диагностика. Принципы лечения. 11. Злокачественная артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика. Лечение с позиций доказательной медицины 12. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Современные методы диагностики: клиническая, лабораторная, инструментальная. 13. Клинические варианты сердечной недостаточности. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности с позиций доказательной медицины. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.
<p>Б 1.В. ОД.1.2 Раздел 2. «Гастроэнтерология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14. Воспалительные заболевания кишечника. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. 15. Принципы и методы современной терапии ВЗК. 16. Диспансеризация больных с ВЗК, МСЭ.
<p>Б 1.В. ОД.1.3 Раздел 3. «Пульмонология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 17. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение, нозологические формы. Этиология, патогенез, классификация, степени тяжести. Осложнения. 18. Особенности течения хронической обструктивной болезни легких в подростковом и пожилом возрасте. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ. 19. Бронхиальная астма. Классификация, этиология,

	<p>патогенез, клинические формы. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>20. Пневмония. Клиника первичных, госпитальных, атипичных пневмоний. Осложнения. Лечение пневмоний, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>21. Особенности течения пневмоний в подростковом и пожилом возрасте.</p>
Б 1.В. ОД.1.4 Раздел 4. «Нефрология»	<p>22. Гломерулонефриты. Классификация, клинические варианты течения, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, прогноз.</p> <p>23. Хроническая болезнь почек. Понятие, эпидемиология. Факторы риска. Диагностика. Прогноз. Общие принципы ведения.</p> <p>24. Анемии. Дифференциальная диагностика анемий. Клинические проявления. Алгоритмы обследования больного с анемией. Лечение и профилактика различных типов анемий.</p>
Б 1.В. ОД.1.5 Раздел 5. «Эндокринология»	<p>25. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ. Хронические и острые осложнения сахарного диабета. Клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>26. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>27. Гипотиреоз. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. «Кардиология»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Классификация. 2. Ишемическая болезнь сердца. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. 3. Стенокардия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. 4. Стенокардия. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (медикаментозное, хирургическое). 5. Стенокардия. Показания к реваскуляризации. Методы реваскуляризации. 6. Инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина (типичные и атипичные формы). 7. Инфаркт миокарда. Диагностика и дифференциальная диагностика. 8. Лечение неосложненного инфаркта миокарда.
--	--

	<p>9. Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда.</p> <p>10. Тактика ведения больного с инфарктом миокарда на догоспитальном и госпитальном этапах.</p> <p>11. Реабилитация, диспансеризация больных перенесших инфаркт миокарда, медико – социальная экспертиза.</p> <p>12. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез, факторы риска. Классификация, оценка факторов риска, факторы, определяющие сердечно – сосудистый прогноз.</p> <p>13. Гипертоническая болезнь. Клиническая картина, диагностика.</p> <p>14. Особенности лечения артериальной гипертензии у отдельных групп больных.</p> <p>15. Тактика ведения больных при осложненном и не осложненном гипертоническом кризе.</p> <p>16. Симптоматические артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Классификация.</p> <p>17. Симптоматические артериальные гипертензии. Особенности клинической картины. Диагностика. Принципы лечения.</p> <p>18. Злокачественная артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика. Лечение с позиций доказательной медицины</p> <p>19. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация.</p> <p>20. Хроническая сердечная недостаточность. Современные методы диагностики: клиническая, лабораторная, инструментальная.</p> <p>21. Клинические варианты сердечной недостаточности. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности с позиций доказательной медицины. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.</p>
<p>Б 1.В. ОД.1.2 Раздел 2. «Гастроэнтерология»</p>	<p>22. Воспалительные заболевания кишечника. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.</p> <p>23. Принципы и методы современной терапии ВЗК.</p> <p>24. Диспансеризация больных с ВЗК, МСЭ.</p>
<p>Б 1.В. ОД.1.3 Раздел 3. «Пульмонология»</p>	<p>25. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение, нозологические формы. Этиология, патогенез, классификация, степени тяжести. Осложнения.</p> <p>26. Особенности течения хронической обструктивной болезни легких в подростковом и пожилом возрасте.</p> <p>27. Хроническая обструктивная болезнь легких. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>28. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения.</p> <p>29. Бронхиальная астма. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>30. Пневмония. Клиника первичных, госпитальных, атипичных пневмоний. Осложнения.</p> <p>31. Лечение пневмоний, профилактика, диспансеризация, МСЭ.</p>

	32. Особенности течения пневмоний в подростковом и пожилом возрасте.
Б 1.В. ОД.1.4 Раздел 4. «Нефрология»	<p>33. Гломерулонефриты. Классификация, клинические варианты течения.</p> <p>34. Гломерулонефриты. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, прогноз.</p> <p>35. Хроническая болезнь почек. Понятие, эпидемиология. Факторы риска. Диагностика. Прогноз. Общие принципы ведения.</p> <p>36. Анемии. Дифференциальная диагностика анемий. Клинические проявления.</p> <p>37. Алгоритмы обследования больного с анемией.</p> <p>38. Лечение и профилактика различных типов анемий.</p> <p>39.</p>
Б 1.В. ОД.1.5 Раздел 5. «Эндокринология»	<p>40. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика.</p> <p>41. Сахарный диабет. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>42. Хронические и острые осложнения сахарного диабета. Клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>43. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз.</p> <p>44. Диффузно-токсический зоб. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p> <p>45. Гипотиреоз. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. «Кардиология»</p>	<p>1 ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ</p> <p>А) интервала PQ Б) зубца Р В) комплекса QRS Г) сегмента ST</p> <p>2. ДЕЙСТВИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ПРИСТУПЕ СТЕНОКАРДИИ ОБУСЛОВЛЕНО</p> <p>А) снижением сократимости левого желудочка Б) рефлекторным увеличением частоты сердечных сокращений В) прямым миолитическим действием на гладкую мускулатуру коронарных артерий Г) рефлекторным урежением частоты сердечных сокращений</p> <p>3 К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДИЕТЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ</p> <p>А) ограничение потребления сахара Б) ограничение потребления жидкости В) увеличение в рационе поваренной соли Г) ограничение потребления белков</p> <p>4. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ</p> <p>А) ноющие боли в области сердца Б) боли в суставах В) головную боль Г) одышку</p> <p>5. УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫСОТЫ И ШИРИНЫ ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V2 В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЗУБЦОМ T ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ</p> <p>А) заднего инфаркта миокарда (задне-базального) Б) передне-перегородочного инфаркта миокарда В) инфаркта миокарда правого желудочка Г) мелкоочагового инфаркта миокарда</p>
<p>Б 1.В. ОД.1.2 Раздел 2. «Гастроэнтерология»</p>	<p>6. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:</p> <p>а. увеличение диаметра кишки б. множественные гаустрации в. вид «булыжной мостовой» г. мешковидные выпячивания по контуру кишки д. изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения,</p>

	<p>укорочение и сужение просвета кишки</p>
<p>Б 1.В. ОД.1.3 Раздел 3. «Пульмонология»</p>	<p>7. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 4) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ (МЛ/МИН/1,73 М2) А) 45-59 Б) 15-29 В) 30-44 Г) 60-89</p> <p>8. К ОСНОВНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ХОБЛ ОТНОСЯТ А) влажные мелкопузырчатые хрипы Б) крепитацию В) сухие свистящие хрипы Г) влажные крупнопузырчатые хрипы</p> <p>9. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ А) лучше в стадии серого опеченения Б) лучше в стадии красного опеченения В) лучше в стадиях прилива и разрешения Г) хорошо во всех стадиях</p>
<p>Б 1.В. ОД.1.4 Раздел 4. «Нефрология»</p>	<p>10. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) пиелонефрит Б) острая сердечная недостаточность В) инфаркт миокарда Г) тромбоэмболия легочной артерии</p> <p>11. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) А) 90-120 Б) менее 70 В) 70-89 Г) 90-130</p>
<p>Б 1.В. ОД.1.5 Раздел 5. «Эндокринология»</p>	<p>12. МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕЕ В ПОЛЬЗУ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ», СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л) А) 9,7 Б) 6,1 В) 11,1 Г) 15</p> <p>13. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ» СТАВЯТ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ</p>

	<p>ДИАБЕТОМ</p> <p>А) снижения чувствительности в области стоп Б) сухости кожных покровов стоп В) выраженной деформации пальцев Г) язвенного дефекта подошвы стопы и сенсорно-моторной нейропатии</p> <p>14. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА?</p> <p>А) Т3 –повышен; Т4 – в норме; ТТГ – в норме Б) Т3 – в норме; Т4 –в норме; ТТГ – снижен В) Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – снижен Г) Т3 – в норме; Т4 – снижен; ТТГ – повышен</p> <p>15. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА?</p> <p>А) Т4 – снижен; ТТГ – в норме Б) Т4 – снижен; ТТГ – повышен В) Т4 – снижен; ТТГ – снижен Г) Т4 – в норме; ТТГ – повышен</p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ОД.1.1. Раздел 1. «Кардиология»</p>	<p>Ситуационная задача 1 (ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST)</p> <p>Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в</p>
---	---

минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отёков нет.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Ситуационная задача 2 (Гипертоническая болезнь)

Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м².

Окружность талии (ОТ) – 106 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 снаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

Ситуационная задача 3 (ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки)

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приёма Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранились тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и cV1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Укажите противопоказания к проведению тромболизиса.

Ситуационная задача 4 (Артериальная гипертония)

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный

	<p>диабет 2 типа.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного? 3. Составьте план дополнительного обследования больного. 4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь? 5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?
<p>Б 1.В. ОД.1.2 Раздел 2. «Гастроэнтерология»</p>	<p>Ситуационная задача 5 (Язвенный колит)</p> <p>Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.</p> <p>Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°С. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – 2,7×10¹²/л, Нб - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10¹²/л, лейкоциты – 7,0×10⁹ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.</p>

	<p>Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения.</p> <p>Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор. 5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. 6. Диспансерное наблюдение данного пациента.
<p>Б 1.В. ОД.1.3 Раздел 3. «Пульмонология»</p>	<p>Ситуационная задача 6 (Внебольничная пневмония бактериальная)</p> <p>Пациент А. 45 лет, инженер, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.</p> <p>Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л,</p>

лейкоциты - $13,2 \times 10^9$ /л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.
5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура $37,9$ °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - 11×10^9 /л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 7 (Хроническая обструктивная болезнь лёгких)

Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до $37,8$ °С.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до $37,8$ °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приёмный покой городской больницы.

Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура $37,5$ °С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих

сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет.

По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}$ /л, Нв -165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет.

По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 8 (Бронхиальная астма)

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжёлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в

минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,5 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

Ситуационная задача 9 (Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония)

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

	<p>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p> <p>4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.</p> <p>5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.</p>
<p>Б 1.В. ОД.1.4 Раздел 4. «Нефрология»</p>	<p>Ситуационная задача 10 (Острый постстрептококковый гломерулонефрит)</p> <p>Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом-терапевтом участковым по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отёков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета и уменьшилось её количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.</p> <p>При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печёночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки.</p> <p>Проведено лабораторное исследование.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – 10,8×10⁹/л, СОЭ – 70 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О – 1:1000.</p> <p>УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоёв паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</p> <p>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>3. Назовите план обследования пациента.</p>

4. Назначьте необходимую терапию.
5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

Ситуационная задача 11 (Хроническая железодефицитная анемия)

Больная 36 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела, теста.

В анамнезе: слабость и быстрая утомляемость отмечаются около 6 лет, к врачу не обращалась. Во время беременности 2 года назад в гемограмме выявлялась анемия лёгкой степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 2 недель, когда появилась одышка и боли в области сердца. Акушерско-гинекологический анамнез: гиперполименоррея с 12 лет, беременностей – 5, роды – 2, медицинских аборт – 3. Из перенесённых заболеваний: простудные, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки сглажены. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - $180 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ – 18 м/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов. Содержание железа в сыворотке крови – 4,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки – 86,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина – 5,0%, сывороточный ферритин - 10 мкг/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.
5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактике заболевания?

Б 1.В. ОД.1.5 Раздел 5.
«Эндокринология»

Ситуационная задача 12 (Сахарный диабет)

Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днём). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ – 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведёт активный образ жизни, обучен методике самоконтроля.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отёков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная. Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Врач-офтальмолог: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отёк макулярной области.

Врач-педиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.
5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии.

Ситуационная задача 13 (Диффузный токсический зоб)

Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание

везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Оценка эффективности проводимой терапии.

Ситуационная задача 14 (Сахарный диабет)

На приёме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчёсов, учащённое мочеиспускание.

В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребёнка при рождении 4,3 кг.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчёсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бёдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счёт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 250×10^9 , лейкоциты - $6,1 \times 10^9$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль/л, СКФ - 64,2 ml/min/1,73. Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л.

Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HbA1c) - 7,5%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

	<p>2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p> <p>4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение.</p> <p>5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?</p> <p>Ситуационная задача 15 (Синдром гипотиреоза)</p> <p>Больная 64 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость кожных покровов, избыточный вес (ИМТ – 28), снижение температуры тела, снижение аппетита, запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отёчность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела – 36,3°C. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам.</p> <p>По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, холестерин – 9,4 ммоль/л, триглицериды – 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ – 48, ТТГ –15,3 мЕ/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания. 3. Составьте план обследования данной пациентки. 4. Какова тактика лечения данной пациентки? 5. Показано ли данной пациентке оперативное лечение?
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

90. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	
	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

91. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения

<p>Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)</p>	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

92. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

93. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Терапия»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1 - 15	1 – 15	1 - 44	1 - 27	
ПК	1	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	1 – 15	1, 3, 6, 12–14, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 39, 41, 42, 44	1– 3, 7, 8, 10–14, 17– 27	
	2		1 – 15	11, 21, 24, 27, 29, 43, 44	6, 13, 16, 18–20, 25– 27	
	5	2, 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15	1 – 15	2, 4, 7, 9, 13, 17, 18, 20, 22, 27, 29, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 43, 44	1– 3, 5, 7, 10–12, 14, 18, 19, 22–27	
	6	1	1 – 15	2, 4, 5, 8, 10, 15, 17, 18, 21, 23, 27, 29, 31, 34, 35, 38, 40, 41, 43, 44	1, 2, 4, 5, 9–11, 13, 15, 18–20, 22– 27	
	8	3		11, 21, 27, 43, 44	6, 13, 18, 26, 27	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.В.ОД.2.1 «Раздел 1. «Вирусные болезни»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска, тактика врача при синдроме желтухи. Лабораторная и инструментальная диагностика 2. Вирусный гепатит А этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез. 3. Вирусный гепатит А клиническая картина, периоды,
---	---

	<p>степени тяжести, диагностика, дифференциальная диагностика, патогенетическая терапия, лечение.</p> <p>4. Вирусный гепатит А профилактика, прогноз, профилактика, мероприятия в очаге. Диспансеризация, реабилитация</p> <p>5. Вирусный гепатит В этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.</p> <p>6. Вирусный гепатит В клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>7. Вирусный гепатит В вакцинация, диспансеризация, реабилитация.</p> <p>8. Вирусный гепатит С этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.</p> <p>9. Вирусный гепатит С клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>10. Вирусный гепатит С лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p> <p>11. ВИЧ-инфекция этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез.</p> <p>12. ВИЧ-инфекция клиническая картина, стадии, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>13. ВИЧ-инфекция профилактика и лечение вторичных заболеваний. Диспансеризация, реабилитация.</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. «Бактериозы»</p>	<p>14. Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска, тактика врача при диарейном синдроме.</p> <p>15. Бруцеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Профилактика, мероприятия в очаге..</p> <p>16. Болезнь Лайма. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина диагностика, лечение. Профилактика</p> <p>17. Болезнь Лайма: диагностика, лечение. Профилактика</p> <p>18. Иерсиниоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика</p> <p>19. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез, клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика</p> <p>20. Паратиф А и В. Этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез, клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика</p> <p>21. Лептоспироз: этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез, клиническая картина, периоды,</p> <p>22. Лептоспироз: диагностика, дифференциальная диагностика,</p>

	осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.
Б 1.В.ОД.2.3 Раздел 3. «Протозойные болезни»	23. Лямблиоз этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез. 24. Лямблиоз клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.В.ОД.2.1 «Раздел 1. «Вирусные болезни»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска синдроме желтухи. 2. Тактика врача при синдроме желтухи. Лабораторная и инструментальная диагностика 3. Вирусный гепатит А этиология, эпидемиология. 4. Вирусный гепатит А источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез. 5. Вирусный гепатит А клиническая картина, периоды, степени тяжести, 6. Вирусный гепатит А диагностика, дифференциальная диагностика, патогенетическая терапия, лечение. 7. Вирусный гепатит А профилактика, прогноз, профилактика, мероприятия в очаге. Диспансеризация, реабилитация 8. Вирусный гепатит В этиология, эпидемиология, источник инфекции. 9. Вирусный гепатит В механизм передачи возбудителя, патогенез. 10. Вирусный гепатит В клиническая картина, периоды. 11. Вирусный гепатит В диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. 12. Вирусный гепатит В вакцинация, диспансеризация, реабилитация. 13. Вирусный гепатит С этиология, эпидемиология, источник инфекции. 14. Вирусный гепатит С механизм передачи возбудителя, патогенез. 15. Вирусный гепатит С клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика. 16. Вирусный гепатит С лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация. 17. ВИЧ-инфекция этиология, эпидемиология, источник инфекции, механизм передачи возбудителя, патогенез. 18. ВИЧ-инфекция клиническая картина, стадии, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. 19. ВИЧ-инфекция профилактика и лечение вторичных заболеваний. Диспансеризация, реабилитация.
Б 1.В.ОД.2.2	20. Критерии диагностики, алгоритм диагностического поиска

<p>Раздел 2. «Бактериозы»</p>	<p>при диарейном синдроме.</p> <p>21. Тактика врача при диарейном синдроме.</p> <p>22. Бруцеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Профилактика, мероприятия в очаге..</p> <p>23. Болезнь Лайма. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина диагностика, лечение. Профилактика</p> <p>24. Болезнь Лайма: диагностика, лечение. Профилактика</p> <p>25. Иерсиниоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика</p> <p>26. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез, клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика</p> <p>27. Паратиф А и В. Этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез, клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика</p> <p>28. Лептоспироз: этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез, клиническая картина, периоды, : диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.3 Раздел 3. «Протозойные болезни»</p>	<p>29. Лямблиоз этиология, эпидемиология, источник возбудителя инфекции, патогенез.</p> <p>30. Лямблиоз клиническая картина, периоды, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика. Диспансеризация, реабилитация.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ОД.2.1«Раздел 1. «Вирусные болезни»</p>	<p>1. МАССОВЫЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА А МОГУТ ПРОИСХОДИТЬ ЧЕРЕЗ</p> <p>А) кровь Б) воду В) воздух Г) предметы быта</p> <p>2. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ОТНОСЯТ</p> <p>А) катаральные явления Б) увеличение одного лимфатического узла В) лихорадку больше месяца Г) неспецифический язвенный колит</p> <p>3. ОПОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДЛЯ</p>
---	---

	<p>ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ» ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) исследование мочи на желчные пигменты Б) определение уровня общего билирубина и его фракций В) определение активности АЛТ Г) обнаружение маркеров вирусных гепатитов</p> <p>4. ХРОНИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ</p> <p>А) А Б) С В) В Г) Е</p> <p>5. ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А ВЕРИФИЦИРУЕТСЯ</p> <p>А) обнаружением антител к вирусу гепатита А класса Ig M Б) повышением активности АЛТ В) повышением уровня билирубина сыворотки крови Г) обнаружением антител к вирусу гепатита А класса Ig G</p> <p>6. К СПИД-АССОЦИИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ</p> <p>А) лептоспироз Б) туберкулез В) хронический вирусный гепатит С Г) менингококковую инфекцию</p> <p>7. САМЫМ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) длительная диарея Б) саркома Капоши В) мононуклеозоподобный синдром Г) кахексия</p> <p>8. ТИПИЧНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) колит Б) гастрит В) энтерит Г) гастроэнтерит Г. жидкий зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе</p> <p>9. ОСТРУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В «ПЕРИОДЕ ОКНА» МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ ПО</p> <p>А) появлению белка p24 в крови Б) коэффициенту CD4 CD8 В) лимфоцитозу в клиническом анализе крови Г) обнаружению атипичных мононуклеаров в крови</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. «Бактериозы»</p>	<p>10. ХРОНИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ БОЛЕЕ (НЕДЕЛЯ)</p> <p>А) 4-6 Б) 6-8 В) 2-4 Г) 8-10</p> <p>11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ</p>

	<p>ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ШИГЕЛЛЁЗНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) гастритический Б) колитический В) гастроэнтеритический Г) гастроэнтероколитический</p> <p>12. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ БРЮШНОГОТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) относительная брадикардия Б) мелкоточечная сыпь В) диарея Г) полиаденопатия Д) гиперемия лица и инъекция конъюнктив</p> <p>13. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИЕРСИНИОЗОВ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РЕАКЦИИ:</p> <p>А) бактериологическое исследование кала, мочи, крови Б) иммуноферментный анализ В) реакцию непрямой гемагглютинации Г) внутрикожную аллергическую пробу Д) реакцию агглютинации</p> <p>14. ВОЗБУДИТЕЛЬ БРЮШНОГО ТИФА ОТНОСИТСЯ К:</p> <p>А) вирусам Б) риккетсиям В) хламидиям Г) бактериям Д) микоплазмам</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.3 Раздел 3. «Протозойные болезни»</p>	<p>15. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТРОГО ЛЯМБЛИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а) вздутие живота б) частый скудный стул со слизью и кровью в) жидкий пенистый стул со слизью г) стеаторея д) тенезмы</p>

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ОД.2.1 «Раздел 1. «Вирусные болезни»</p>	<p align="center">Ситуационная задача 1 (Вирусный гепатит А)</p> <p>Основная часть Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20 августа с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14 августа, когда повысилась температура до 38 °С, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19 августа заметил потемнение мочи и осветление кала. 20 августа появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не</p>
--	--

пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, не прямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Ситуационная задача 2 (Острый гепатит А)

Основная часть Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появились слабость, ломота в теле, головная боль. Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому. На 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер. Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар. При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налётом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезёнка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен. Одновременно заболело ещё несколько учащихся.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Ситуационная задача 3 (Острый вирусный гепатит А)

Основная часть Больной А. 18 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась тёмная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован. Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия. Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 ударов в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст. Живот чувствительный при

пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещё несколько человек по месту учёбы. Госпитализирован.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни.
4. Проведите клинико-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания.
5. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4 (вирусный гепатит В)

Основная часть Больной И. 44 лет отмечает пожелтение склер, кожи, тёмную мочу, слабость, отвращение к пище, лёгкую тошноту. Считает себя больным 15 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5 °С, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня – тёмная моча, желтушность склер и кожи. Принимал Анальгин, Антигриппин, витамины. Три месяца назад лечился в неврологическом отделении по поводу функционального расстройства нервной системы, получал лекарства в виде таблеток подкожных и внутривенных инъекций. Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8 °С. Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 52 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, пальпируется нижний полюс селезёнки. Моча тёмно-коричневого цвета, кал серый.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом синдромального подхода, и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5 (Вирусный гепатит А)

Больной З. 15 лет, ученик школы. Заболел 8 дней назад – температура тела до 38°С, заложенность носа, першение в горле. Лечился самостоятельно, принимал аспирин, антигриппин. Температура тела нормализовалась, однако, самочувствие ухудшилось: исчез аппетит, усилилась слабость, потемнела моча. Вчера мать заметила желтушность склер и вызвала врача, который направил больного в инфекционную больницу. При осмотре больного кожные покровы и склеры – желтушные, регионарные лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные,

	<p>АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под нижнего края реберной дуги до 2 см, безболезненная, мягкоэластической консистенции, край ровный. Моча темная. Больной отмечает улучшение самочувствия, появился аппетит, исчезла слабость. Из эпидемического анамнеза выяснено, что в классе заболели еще двое.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании можно думать? 2. Назовите характерные симптомы для данного заболевания. 3. Назначьте план обследования. 4. Назначьте лечение. <p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6 (Острый вирусный гепатит А,) Больной Е., 18 лет, поступил в больницу в связи с тем, что мать заметила у сына желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает. Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болел. Никаких парентеральных вмешательств в течение полгода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации и перкуссии. Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, аминотрансминаза (АлАТ) - 4,0 мкмоль/час/л, тимоловая проба -19 ед.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование. 2. Составьте план обследования. 3. Назначьте лечение. 4. Какова длительность диспансерного наблюдения при данном заболевании? 5. В чем заключается профилактика данного заболевания?
<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. «Бактериозы»</p>	<p>Ситуационная задача 7 (Острый шигеллёз) Основная часть Вызов врача-терапевта участкового на дом к больному П. 19 лет по поводу жалоб на резкие схваткообразные боли в животе, частые болезненные позывы на дефекацию (в первые 6 часов заболевания стул невозможно сосчитать), головную боль, головокружение, озноб, повышение температуры до 39 °С. Заболел остро 6 часов назад, когда появились вышеуказанные жалобы. При осмотре: состояние больного тяжёлое. Вялый, бледный, кожные покровы сухие, чистые. Пульс - 100 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, АД - 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен серым налётом. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки, отмечается отчётливая болезненность и спазм сигмовидной кишки. Тенезмы. Стул скудный, бескаловый, в виде комка кровянистой слизи.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза. 4. Препараты каких группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Перечислите противоэпидемические мероприятия и тактику в отношении членов семьи пациента П., с которыми он проживает: мать - работник пищеблока, сестра - менеджер в офисе и 5-летняя

племянница, посещает ДДУ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8 (субарахноидальное кровоизлияние)

К больному С., 45 лет, был вызван участковый врач. Со слов больного заболел вчера, когда во время занятия гимнастикой внезапно возникла сильная боль в левой половине головы, затем присоединилась многократная рвота. Ночью не спал из-за сильной головной боли, была повторная рвота. При осмотре лицо гиперемировано, температура тела 37,0°C. Кожа чистая, сыпи нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 52 уд/мин. АД 150/100 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. В сознании, менингеальный синдром резко выражен. Сухожильные рефлексy на ногах оживлены. Эпидемиологический анамнез – в воинской части, где больной служит офицером, есть случаи менингококковой инфекции.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Какова тактика участкового врача?
3. Какое дополнительное обследование необходимо для уточнения диагноза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9 (Брюшной тиф)

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38 °С, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38 °С, вечером 39 °С, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4 °С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь. В лёгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 78 ударов в минуту. Язык обложен густым серым налётом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка.

Госпитализирован.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.
4. Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании..

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10 (Болезнь Лайма)

Больная В. 38 лет обратилась за консультацией к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра, правого плеча, боль в левом тазобедренном суставе. Анамнез болезни: врачом выяснено, что заболела четыре месяца назад, когда обнаружила

красное пятно на передней поверхности левого бедра, которое в течение 2–3 дней резко увеличивалось в размере. В области эритемы отмечался лёгкий зуд, общее самочувствие не нарушалось. Проводилось обследование у врача-дерматолога, получала местное лечение (препараты назвать затрудняется), принимала антигистаминные средства, улучшения не отмечалось. Через три месяца подобное изменение на коже появилось на правом плече. Через четыре месяца появилась боль в левом тазобедренном суставе. Боль в суставе выраженная, трудно было ходить, по поводу чего больная проходила обследование и лечение в ревматологическом отделении, без улучшения. Направлена на консультацию к инфекционисту. Эпидемиологический анамнез: за 12 дней до появления эритемы на бедре была в лесу, на следующий день обнаружила присосавшегося клеща на передней поверхности левого бедра, которого удалила пинцетом. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, выявлен участок гиперемии кольцевидной формы 25 см в диаметре на передней поверхности левого бедра и 15 см на правом плече, с интенсивно красными и поднимающимися над неповреждённой кожей краями, в центре эритема бледная. Местного повышения температуры, болезненности в области эритемы нет. Над левым тазобедренным суставом отёка, гиперемии нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в качестве этиотропной терапии. Определите курс лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 110 (болезнь Лайма)

Больной Е. 42 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление в области спины кольцевидной формы ярко-розового образования диаметром около 15 см, которое не сопровождалось субъективными ощущениями; заметил его случайно накануне вечером. Из анамнеза известно, что около 2 недель назад был в лесу. После этого самостоятельно удалил клеща. При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,5 °С. На коже спины, в области правой лопатки чётко отграниченный от нормальной кожи участок гиперемии с несколько приподнятыми краями, ярко-розового цвета. Пальпация в проекции этого образования безболезненная. Пульс – 78 уд/мин, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом синдромального подхода, и обоснуйте его.

2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.

3. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

4. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторнополиклинической помощи?

5. Перечислите профилактические мероприятия, направленные на предупреждение данного заболевания. Диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12 (острая дизентерия)

К врачу обратился больной с жалобами на боли в нижней половине живота, частый жидкий стул с примесью слизи и прожилками крови, ложные позывы на дефекацию. При пальпации живота отмечались боли в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная уплотненная сигмовидная кишка.

Вопросы:

1. О поражении какого отдела ЖКТ можно думать?

2. Для какой формы острой дизентерии характерна подобная клиника?

3. Какие лабораторные исследования необходимо назначить для постановки диагноза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13 (Иерсинеоз)

Больной Л., 32 года. Заболел остро: утром появился озноб, общая слабость, чувство ломоты в мышцах и суставах, рвота, повысилась температура до 39,2 °С, беспокоили умеренная головная боль, боль в горле при глотании. К вечеру возникли боли в правой половине живота, метеоризм, кашицеобразный стул. Бригадой «скорой помощи» доставлен в дежурную больницу с подозрением на острый аппендицит. На второй день болезни температура 39 °С, боли в животе усилились и локализовались в правой подвздошной области. Отмечено напряжение мышц передней брюшной стенки и нечетко выраженные симптомы раздражения брюшины. В общем анализе крови:

лейкоциты — 12*10⁹/л, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево, СОЭ — 32 мм/ч. Оперирован. При лапаротомии обнаружен неизмененный аппендикс и пакеты увеличенных мезентериальных лимфатических узлов. Из эпиданамнеза установлено, что больной проживает в собственном доме сельского типа, в течение недели до заболевания часто употреблял салат из моркови, хранившейся в погребе, где имеются мыши.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Дополнительное обследование больного?

3. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14 (Сальмонеллез)

Больная С., 36 лет, врач медсанчасти аэропорта, заболела остро. Появилась нерезкая боль в животе, затем многократная рвота и водянистый, обильный жидкий стул до 10 раз в сутки. Самостоятельно промыла себе желудок раствором марганцевого калия, однако состояние больной не улучшалось: появились головокружение,

	<p>головная боль, озноб, повысилась температура тела до 39,5°C. Машинной скорой помощи доставлена в инфекционное отделение.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое, лицо бледное, осунувшееся, губы синюшные. Тургор кожи снижен, пульс частый с трудом сосчитывается (до 120 ударов в минуту). Артериальное давление 60/40 мм рт.ст. Кисты и стопы холодные на ощупь. Больная стонет от мучительных судорог в мышцах голени. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области, вокруг пупка и в илеоцекальной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул в приемном покое обильный, водянистый, зеленого цвета, с резким зловонием. Рвотные массы с примесью желчи, необильные без остатков пищи. Диурез снижен.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз и его обоснование. 2. Какое заболевание необходимо исключить в первую очередь? 3. Какие данные эпидемиологического характера необходимо выяснить у больной (или родственников)? 4. План лечения.
<p>Б 1.В.ОД.2.3 Раздел 3. «Протозойные болезни»</p>	<p>Ситуационная задача 15 (Лямблиоз)</p> <p>В больницу на обследование поступил мальчик 14 лет с подозрением на лямблиоз. Больной жалуется на периодические боли в правом подреберье, нарушение стула, сниженный аппетит. Болеет несколько лет. При многократных исследованиях фекалий мальчика лямблии не обнаружены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие анализы следует провести, чтобы сделать правильное заключение? Ответ поясните. 2. Перечислите основные стадии развития лямблий.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3)	
- 76 – 90%	
Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	61 – 75 76– 90 91 – 100

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Анестезиология и реаниматология»

Оценочные средства для контроля уровня сформированности компетенций (текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины и учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы ординаторов). (Прилагаются к программе ОПОП).

ПРИМЕР:

1. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

Для текущего контроля успеваемости, в том числе для контроля самостоятельной работы студентов используются задания в тестовой форме и ситуационные задачи.

А) Тестовые задания:

Критерии оценки:

Оценка «отлично» - правильные ответы на все задания (10),

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

ФОС ОД.1 «Терапия»

Выберите один правильный ответ

001. КОМПОНЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННЫЙ С РЕАКЦИЕЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ТКАНЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ЭЙКОЗАННОЙ КАСКАДОВ, НОСИТ НАЗВАНИЕ

- A. Трансмиссия
- B. Трансдукция
- C. Модуляция
- D. Перцепция

002. МЕТОДОМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Термоальгометрия
- B. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)
- C. Кардиоинтервалография
- D. Электроэнцефалография

003. ПРЕПАРАТОМ - АГОНИСТОМ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Метамизол натрий
- B. Пентазоцин
- C. Морфин
- D. Кетопрофен

004. КОМПОНЕНТОМ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАБЛОКИРОВАН РЕГИОНАРНЫМИ МЕТОДИКАМИ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Перцепция
- В. Модуляция
- С. Трансдукция

005. ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫРАЖЕННЫМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИМ И ЖАРОПОНИЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ

- А. Ацетаминофен
- В. Бупренорфин
- С. Кетамин

006. УПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Методикой интраоперационного обезболивания
- В. Создание оптимального уровня болевого статуса до повреждения
- С. Методика продленного введения наркотических анальгетиков

007. ДИАЗЕПАМ И ДРУГИЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЛИЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

- А. Эмоционально-перцептивный
- В. Периферический

Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов

008. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА НПВС.

- А. Гастропатии
- В. Медикаментозный панкреатит
- С. Тромбоцитопении/патии
- Д. Синдром Лериша

009. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ БОЛИ ПО ВАШ ПРИЕМЛЕМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- А. В покое 2-3 балла
- В. При активизации 3-4 балла
- С. В покое 5-6 баллов
- Д. При активизации 6-7 баллов

010. ВЫБОР МЕТОДА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОБУСЛОВЛЕН

- А. Устойчивостью к болевым стимулам
- В. Травматичностью хирургического вмешательства
- С. Риском анестезиологического пособия
- Д. Клинико-фармакологическими свойствами препаратов

011. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НЕОБХОДИМА

- А. Для повышения качества течения послеоперационного периода
- В. Для повышения пропускной способности хирургических бригад
- С. Для улучшения качества здоровья и жизни пациентов

Ответы на тестовые задания

№ вопроса	ответ
1	А
2	В
3	С
4	С
5	А
6	В
7	А
8	А, С
9	А, В
10	А, В, D
11	А, С

Примеры ситуационных задач:

1. Больной 68 лет рост 172 см вес 85 кг, ЗНО сигмовидной кишки, ОКН, энтеральная недостаточность; АД 100/70 мм Hg ЧСС 118 уд/мин, ЧД 21 в мин. Соп – ИБС, кардиосклероз Н 2А. План анестезии? Обоснование? Тактика?
2. Больной 48 лет, рост 185 вес 98 кг, инф.панкреонекроз, секвестры поджел.железы, план – секвестрэктомия; АД 140/90 мм Hg, ЧСС 94 уд/мин, ЧД 16 в мин; соп – алкоголизм, СД 2 типа субкомпенсация. план анестезии? Обоснование? Тактика?
3. Больная 19 летрост 175 вес 64 кг, разрыв кисты яичника, серозный перитонит; АД 90/60 мм Hg, ЧСС 108 уд/мин, ЧД 18 мин., Нб 95 г/л план анестезии? Обоснование? Тактика?
4. Больной 28 лет,рост 178 см, вес 87 кг, ДТП, сочетанная травма - ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, ТТ грудной клетки, ушиб легких, ТТ живота – разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение; АД 80/30 мм Hg; ЧСС 120 уд/мин, ЧД 28 в мин. план анестезии? Обоснование? Тактика?
5. Больная 74 года,рост 175 см вес 79 кг Сепсис, поддиафрагмальный абсцесс слева вскрывшийся в бр. Полость, разлитой гнойный перитонит. АД 120/70 мм Hg, ЧСС 118

уд/мин, ЧД 25 в мин. Соп – ИБС, ПИКС, СД 2 типа декомпенсация, ЗНО сигмовидной кишки с/п колостомии. план анестезии? Обоснование? Тактика?

6. Больной 32 лет рост 195 см, вес 105 кг, ЗЧМТ, УГМТС, ОСДГ справа до 100 мл, прогрессирующее субфальципартное вклинение. АД 90/50 мм Нг, ЧСС 140 в мин, ЧД 46 в мин, t 40,2 С Тактика? план анестезии? Обоснование?
7. Больная 72 лет, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, окклюзия ПБА слева, гангрена левой голени, стопы. Соп- СД 2 типа декомпенсация, ИБС, кардиосклероз, ХОБЛ вне обострения. АД 140/90 мм Нг, ЧСС 98уд/мин, ЧД 21 в мин. план анестезии? Обоснование? Тактика?
8. Больной 48 лет, ущемленная паховая грыжа, соп – цирроз печени, субкомпенсация, асцит, болезнь Бехтерева, терминальная стадия; АД 120/70мм ЧСС 108 уд/мин, ЧД 24 в мин план анестезии? Обоснование? Тактика?
9. Больной 30 лет, ДТП, открытая ЧМТ, перелом свода и основания черепа, перелом 3,4,5,6 ребра слева, ТТ грудной клетки, ушиб легких, ушиб сердца, АД 140/90 ммНг, ЧСС 128 уд/мин, ЧД 19 в мин план анестезии? Обоснование? Тактика?
10. Больной 72 лет, ЗНО желудка, кахексия (масса тела 42 кг, рост 172 см) соп – ИБС, кардиосклероз, хр.мерц.аритмия нормосистолия, ДГПЖ 2 степени, нефросклероз, АД 160/90 ммНг, ЧСС 96 уд/мин, ЧД 19 в мин план анестезии? Обоснование? Тактика?
11. Больной 63 лет рост 180см, вес 97 кг; о.холецистопанкреатит, эмпиема желчного пузыря, разлитой гнойный перитонит, соп- АГ III ст риск 4 состояние после ОНМК, левостор гемипарез, план анестезии? Обоснование? Тактика?
12. Больная 48 лет рост 176 см, вес 95 кг; диффузный токсический зоб, Нео щитовидной железы, план – тиреоидэктомия; АД150/100 уд/мин, ЧСС 108 в мин, ЧД 21 в мин, Нб 138 г/л план анестезии? Обоснование? Тактика?

13. Больной 82 лет, рост 176 см, вес 54 кг, ОНМК по геморрагическому типу с образованием внутримозговой гематомы, АД 100/70 ммHg; ЧСС 140 уд/мин ЧД 12 в мин план анестезии? Обоснование? Тактика?
14. Больной 45 лет, рост 180 см, вес 69 кг, ЗНО подж.железы, синдром Золлингера-Элисона, состоявш ЖКК, АД130/70 ммHg, ЧСС 106 уд/мин, ЧДД 21 в мин Hb 75 г/л план анестезии? Обоснование? Тактика?
15. Больной 58 лет, в приемном отделении АД=60/40 мм Hg, ЧСС 116 уд/мин; ЧД 32 уд мин; SaO₂=75%; сознание сопор; кожные покровы и видимые слизистые бледные, дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах; анамнез – многократная рвота; Hb = 78 г/л; L=12,3 п 21 Диагноз? Обследование? Лечение?
16. Больной 24 лет, госпитализация в ОРИТ минуя приемное отделение – с места ДТП, АД =100/70 ЧСС 128 уд/мин; ЧД 28 в мин, SaO₂ = 94%; сознание сохранено, жалобы на боли в животе; дыхание жесткое, единичные влажные хрипы; живот подвздут, болезненный в правой подвздошной области; Hb102 г/л, L 5,4 п 10 Диагноз? Тактика? Лечение?
17. Больной 58 лет в приемном отделении, АД 210/100 мм Hg; ЧСС 68 уд/мин; ЧД 13 в мин; кома GCS 4-5 балла; кожа и видимые слизистые гиперемированы; гемипарез слева, носогубная складка сглажена справа; девиационный страбизм справа; СМП описывает рецидивирующие судорожные пароксизмы, Hb 154 г/л; L15,6 п 10. На ЭКГ – син тахикардия, рубцовые изменения по передне-боковой стенке, вертикальная ЭОС. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
18. Больная 29 лет, в гинекологии – беременность 35-36 нед СД 1 типа компенсация, хр.бронхит ремиссия; АД 40/0 mmHg, ЧСС 140 в мин; ЧД 10 в мин; кожа и видимые слизистые цианотичны; дыхание резко ослаблено; диффузные сухие хрипы по всем полям; Hb – 110 г/л; L 5,7 э15 п 10 Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
19. Больной 46 лет в приемном отделении; АД = 140/80 мм Hg, ЧСС 98 в мин, ЧД 19 в мин, сознание созхранено, жалобы на боли в области сердца, одышку; дыхание жесткое,

единичные влажные хрипы в прикорневых отделах; живот мягкий, безболезненный, Hb 128 г/л, L 11,9 п 12; на ЭКГ – ST более 2 мм в V1, V2, aVL, I – отведениях, диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

20. Больная 34 лет, в наблюдательном отделении – беременность 30-31 нед, отеки беременных 2 ст, нефропатия беременных 1 ст, артериальная гипертензия II, риск 3; правое плечо АД 190/80 ммHg, левое плечо 140/90 ммHg; ЧСС 96 уд/мин, ЧД 21 в мин; сознание спутанное, неадекватна, эмоционально лабильна; жалобы на пелену перед глазами, головные боли; кожа и видимые слизистые пастозны, бледные; дыхание жесткое, проводные хрипы; Hb 92 г/л; L 7,8 п 6. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

21. Больной 3 лет, в приемном отделении – АД 100/70 мм Hg; ЧСС 120 в мин; ЧД 38 в мин; ажитирован, выраженный стридор; со слов родителей болеет ОРВИ в течении недели; кожные покровы бледные, акроцианоз; дыхание пуэрильное, сухие хрипы в прикорневых отделах; Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

22. Больная 45 лет в ОРИТ минуя приемное; АД 80/50 мм Hg; ЧСС 96 в мин, ЧД 23 в мин; сопор GCS 9-10 баллов; множественные ушибы лица, конечностей; доставлена с улицы; дыхание жесткое, проводные хрипы; Hb 132 г/л; L 10,9 п 8. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

23. Больной 56 лет в переведен в ОРИТ из операционной – инфицированный панкреонекроз, марсупилизация, санация дренирование бр.полости. АД 110/70 мм Hg, ЧСС 124 уд/мин, ИВЛ ручным способом; мед.сон; дыхание жесткое, хрипов нет; объем инфузии в операционной 1000 мл за 68 мин; на ЭКГ – син ритм, гипертрофия левого желудочка; Hb 93 г/л L 12,5 п 6 Обследование? Тактика? Лечение?

24. Больной 42 лет в приемном отделении, АД 140/70 ммHg; ЧСС 112 уд/мин; ЧД 21 в мин; сознание сохранено, жалобы на резкие боли в животе; дыхание жесткое, хрипов нет; живот подвздут, резко болезненен; Hb 121 г/л L 15,5 п 12. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

25. Больной 58 лет в приемном отделении, АД 70/40 мм Hg; ЧСС 140 в мин; ЧД 38 в мин; сознание спутанное жалобы на одышку; кожные покровы цианотичны преимущественно

воротниковая зона и лицо; дыхание жесткое, хрипов нет, тоны сердца глухие, аритмичные; на экг – мерц аритмия с частотой 120-150 Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

26. Больной 32 лет, в приемном отделении, АД 100/70 мм Hg; ЧСС 120 в мин, ЧД 32 в мин; сопор GCS 9-10 баллов; кожа и видимые слизистые сухие, бледные; дыхание жесткое, хрипов нет; диурез снижен; глюкоза 26,5 ммоль/л; Hb 165 г/л Na 154 ммоль/л Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
27. Больная 72 лет; в приемном отделении, АД 140/90 мм Hg; Чсс 98 в мин, ЧД 19 в мин; кома GCS 6-7 баллов; дыхание жесткое, проводные хрипы; тоны сердца приглушены, аритмичные; правосторонний гемипарез; дивиация глазных яблок влево; менингеальные симптомы сомнительные; t 37,0 С; Hb 113 г/л; L 10,1 п 6 Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
28. Больной 19 лет, в приемном отделении – АД 70/50 mm Hg, ЧСС 58 в мин, ЧДД 10 в мин; доставлен скорой после утопления; ссадины лобной, скуловых областей; кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные; дыхание резко ослаблено; Hb 104 г/л; L 5,4 п 32; Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
29. Больной 42 лет, в приемном отделении – АД 40/0 мм Hg, ЧСС 140 уд/мин, ЧД 38 в мин; сопор GCS 9-10 баллов; дыхание резко ослаблено, справа не выслушивается; t 40,9 С; Hb - 92 г/л; L – 1,3 п 58 Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ*

*Протокол дополнений и изменений к ФОС «Промежуточная аттестация по дисциплинам» по специальности 31.08.04 «Скорая медицинская помощь» на 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи № 1 от 28.08.2023.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Врач скорой помощи вызван на дом к больной 56 лет. Жалобы на тошноту, слабость головокружение, температуру 37,5 С. Больная была в гостях накануне, где после употребления сладостей наступила однократная рвота. Объективно- кожные покровы бледные, влажные, отмечается небольшой цианоз губ. Дыхание 26 в мин. Пульс –100, ритмичный. АД – 90\ 55 мм.рт. ст. В легких дыхание везикулярное, сердце -тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте. Язык обложен серым налетом, сухой. Живот мягкий, болезненный в области эпигастрия, печень не увеличена. Стул однократно жидкий. Мочеиспускание не нарушено.

1. Оцените состояние больной
2. Какое заболевание вы предполагаете
3. Ваша лечебно- диагностическая тактика

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

В скорую помощь обратился больной 23 лет, с жалобами на тошноту. Боли в левой половине брюшной полости. Жидкий стул. Заболевание связывает с употреблением на кануне жареных грибов.

Объективно – кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание 16 в 1 мин., пульс 100 ритмичный. АД – 100\70 мм.рт.ст. Легкие и сердце без патологии. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий участвует в акте дыхания, болезненный в области сигмы. Печень и селезенка не увеличены. Дома был однократно жидкий стул с примесью крови.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Лечебно-диагностическая тактика.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

К мужчине, 26 лет, ночью была вызвана скорая помощь по поводу удушья. Больной мечется, напуган, дыхание затруднено на вдохе.

Объективно- лицо, кончик носа и мочки ушей цианотичны. Шейные вены набухшие. В акте дыхания усилено участвуют дыхательные мышцы, надключичное пространство, межреберные промежутки, подложечная область втягиваются при вдохе. Пауза между вдохом и выдохом удлинена. АД снижено - 80/40 мм. рт. ст., пульс частый, мягкий. В легких дыхание ослаблено, при аускультации выслушиваются мелкие, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. Число дыханий в 1 мин.-34. Зев гиперемирован, отечный. Сердце - тоны приглушены, тахикардия. Температура тела нормальная. До этого был абсолютно здоров, заболевание ни с чем не связывает.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие основные причины могут вызвать развитие подобного заболевания
3. Какие неотложные мероприятия нужно провести
4. Лечебно- диагностическая тактика.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больной Ж., вызван по скорой с жалобами на одышку, высокую температуру до 39 С вечером, кашель с небольшим количеством зеленоватой мокроты. Болен 3 дня, связывает заболевание с переохлаждением.

Объективно- состояние тяжелое, температура 38 град, ЧДД 30/мин, пульс- 100/мин., ритмичный АД 100\60 мм.рт.ст. Цианоз губ. В легких при перкуссии справа перкуторный звук значительно укорочен, слева легочный. Дыхание в зоне притупления резко ослаблено. Сердце- верхняя граница по 3 межреберью справа не определяется, слева- относительная тупость по левой передне-аксиллярной линии. Бронхофония и голосовое дрожание на стороне поражения отсутствуют. Живот мягкий безболезненный. Печень увеличена на 2 см, безболезненная.

- 1.Ваш предварительный диагноз
- 2.Ваши лечебно- диагностические мероприятия.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Через 5 минут после введения гентамицина в процедурном кабинете поликлиники пациент начал предъявлять жалобы на шум в ушах, тошноту, слабость. Появился надсадный кашель, боль в груди, жжение кожи и образование волдырей в местах почесывания.

1. Поставьте диагноз
2. Дальнейшая тактика врача в проведении лечения больной на догоспитальном этапе.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

С улицы, вызов на скорую, больной с жалобами на общую слабость, чувство тошноты. Была кратковременная потеря сознания. При осмотре – температура 35,9 град., кожные покровы бледные, влажные, губы цианотичные. Дыхание учащено, везикулярное, 28/мин., хрипов нет. Тоны сердца приглушены ритмичные. АД 80\60 мм.рт.ст., пульс слабого наполнения, 112/мин. Живот мягкий, отмечается легкая болезненность в эпигастрии. Утром по пути на работу почувствовал недомогание. В анамнезе гастрит.

1. Определите ведущий клинический синдром у больного.
2. Оцените состояние больного
3. Ваши диагностические предположения.
4. Тактика лечения больного.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

По вызову врача скорой помощи, больной Н. 55 лет с жалобами на приступы кратковременной потери сознания, которые наблюдались дважды в течении 3х дней, головную боль, общую слабость. Из анамнеза в течении полугода беспокоят боли в сердце, с преимущественной локализацией за грудиной, связанные с физической нагрузкой, исчезающие после приема нитроглицерина. К врачу не обращался.

Объективно- Выраженная бледность кожных покровов, число дыханий в 1 мин 24, пульс 32 в мин. ослаблен. Живот мягкий безболезненный.

1. Ваш диагноз, какой симптом поможет вам правильно диагностировать осложнение.
2. Ваша лечебно- диагностическая тактика

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Вызов врача на дом, больной 44 лет с жалобами на красную мочу. Ухудшение состояния связывает с простудой. Наблюдается в поликлинике по поводу хронического гломерулонефрита в течении 5 лет с редкими обострениями. Объективно – Общее состояние удовлетворительное Видимых отеков нет. АД 120\80 мм.рт.ст. Анализ мочи: относительная плотность 1024.следы белка. В осадке сплошь эритроциты.

1. Ваши диагностические предположения.
2. Какие обследования надо провести больному
3. Тактика дальнейшего лечения.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

К больному Г., 23 лет вызвана скорая помощь. Жалобы на рвоту с кровью. Через 7 часов после употребления алкоголя дома наблюдалась однократная рвота съеденной пищей с примесью крови.

Объективно: кожные покровы бледные, АД 100/60 мм.рт ст., пульс ритмичный 108 в мин.. В легких везикулярное дыхание хрипов нет. Сердце- тоны ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Больной врачом скорой помощи оставлен дома, даны рекомендации по соблюдению режима и лечения у участкового врача.

1. Правильная тактика врача скорой помощи
2. Какое необходимое мероприятие следует провести больному
3. Поставьте диагноз
4. Подлежит ли госпитализации больной и по каким показаниям.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

В 17 часов в скорую помощь доставлен больной с кратковременной потерей сознания. В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, язвенная болезнь желудка. В последние 2-3 дня отмечал боли за грудиной, тошноту и однократную рвоту. При осмотре больной отмечает резкую слабость, боли в области сердца. Объективно: бледные кожные покровы, холодный пот. Пульс 112 в мин. АД 80\55 мм.рт.ст. Легкие -дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце – тоны приглушены, чистые, без патологической акцентуации. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

С диагнозом инфаркт миокарда, кардиогенный шок 2 ст, больному введен сульфаксамфаксин, кордиамин и преднизолон и госпитализирован в кардиологическое отделение.

Состояние больного ухудшилось, в 20 часов внезапно началось желудочное кровотечение. Мероприятия по остановке кровотечения эффекта не дали.

1.Поставьте диагноз

2.Какие ошибки были допущены врачом при осмотре на догоспитальном этапе

3.Какова тактика врача и какие мероприятия нужно было провести для оказания адекватной помощи больному.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Больная 49 лет, вызвала скорую помощь по поводу болей в правой половине живота. Была однократная рвота. Заболела впервые, начало заболевания связывает с эмоциональной нагрузкой.

Объективно: Легкие и сердце без патологии. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой половине живота. Симптомы раздражения брюшины сомнительны.

1. Охарактеризуйте тактику врача скорой помощи
2. Что должен предпринять врач в случае отказа больной от госпитализации.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Больной К. 60 лет осмотрен на дому участковым терапевтом. Жалобы на периодические боли в животе и вздутие, рвоту, отсутствие стула, жажду. Болен 6 день, начало заболевания постепенное, ни с чем не связывает настоящее заболевание.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 96 в мин., ритмичный, АД 150\90 мм.рт.ст.. Число дых 22 в мин. Язык сухой обложен серо- грязным налетом. В легких дыхание везикулярное. Сердце тоны несколько приглушены, без патологической акцентуации. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. Печень и селезенку пальпировать из-за вздутия живота не удается. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие исследования брюшной полости надо провести для дифференциальной диагностики больного.
3. Лечебные мероприятия и дальнейшая тактика в ведении больного.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности СМП

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Больной з. 27 лет. Во время игры в волейбол почувствовал резкую колющую боль в грудной клетке справа, затруднение дыхания, одышку. Был вынужден выйти из игры и прислониться к стенке. При осмотре врачом скорой помощи выявлен – одышка –32 в мин., цианоз, кожные покровы влажные. Пульс 120 в мин., АД –80\50 мм.рт. ст. При аускультации легких –справа резко ослаблено дыхание, перкуторно коробочный звук. Сердце – тоны приглушены шумы не выслушиваются. Живот мягкий безболезненный.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Тактика врача скорой помощи
3. Какие необходимые мероприятия по оказанию помощи на догоспитальном этапе следует провести.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Больной Х. доставлен в ближайшую поликлинику в бессознательном состоянии из парка отдыха. Из анамнеза известно, что за 2 часа до обращения видели его с друзьями, возможно употребляли спиртные напитки и суррогаты.

Объективно: Кома 3 степени, менингеальных знаков нет. Зрачки точечные- менее 1 мм, равные. Наблюдается центральная форма нарушения внешнего дыхания.. Пульс 94 в 1 мин. АД – 130\85 мм.рт.ст. В правом локтевом сгибе след от свежей инъекции. Органы брюшной полости без патологии.

1.Ваш диагноз

2 Проведите необходимые мероприятия по выведению больного из комы

3.Госпитализация в какое отделение больного должна быть проведена

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Больной 50 лет, во время осмотра врачом на приеме потерял сознание. В анамнезе гипертоническая болезнь, кризовое течение. Перенесенный инфаркт миокарда.

Объективно: кома 3 ст. Лицо багрово-красного цвета, плавающие движения глазных яблок, рот полуоткрыт, симптом „паруса”. Пульс 58 .ритмичный. АД –170\120 мм.рт.ст.

- 1 Какой диагноз можно предположить
- 2.Нуждаемость в экстренной помощи
3. Какие дополнительные исследования можно провести в условиях поликлиники

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-15	1 - 15	1 - 30	1 - 24	
ПК	1	1-15	1 - 15	1-30	1 - 24	
	2			7, 12, 16, 22, 23, 25, 27, 28, 30	4, 7, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 24	
	5	1-15	1 - 15	1, 2, 6, 11, 15, 18 – 20, 22, 23, 25, 27, 28, 30	1, 3, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 24	
	8			7, 12, 16, 19, 22, 23, 30, 25, 27, 28, 30	4, 7, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 24	

*Протокол дополнений и изменений к ФОС «Промежуточная аттестация по дисциплинам» по специальности 31.08.04 «Скорая медицинская помощь» на 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи № 1 от 28.08.2023.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТРАВМАТОЛОГИЯ»

Оценочные средства для контроля уровня сформированности компетенций (текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины и учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы ординаторов) – фонд оценочных средств ФОС.

1. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

Для текущего контроля успеваемости, в том числе для контроля самостоятельной работы студентов используются задания в тестовой форме и ситуационные задачи.

А) Тестовые задачи:

Критерии оценки:

Оценка «отлично» - правильные ответы на все задания (10),

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

Пример тестовых задач.

Задача 1.

При переливании в периферическую вену стандартной эритроцитарной массы системой однократного применения вначале скорость переливания стала спонтанно замедляться, а затем переливание полностью прекратилось. Ваши действия?

Задача 2.

В конце хирургического вмешательства, протекавшего с утратой массивного объема крови (порядка 2500 мл), которая параллельно восполнялись в режиме гиперводемической гемодилюции изотоническим раствором натрия хлорида, декстранов (полиглюкина и реополиглюкина) и эритроцитарной массой, возникла повышенная кровоточивость тканей и кровотечения, несмотря на тщательно выполняемый хирургический гемостаз. Кровь в ране жидкая, сгустки крови рыхлые, легко распадающиеся при сборе. В коагулограмме снижение всех прокоагулянтов, низкая фибринолитическая активность, отсутствуют продукты деградации фибрина. Как Вы объясните возникшую ситуацию и каковы Ваши действия?

Задача 3.

В связи с возникновением профузного шокогенного пищеводно-желудочного кровотечения больному, страдающему циррозом печени, в две подключичные и 1 локтевую вену в течение 1 часа перелито струйно-капельно 3 литра раствора натрия хлорида, хранившегося при комнатной температуре, 500 мл Инфукола ГЭК 6%, около 2,0 литров эритроцитной массы, незадолго до переливания извлеченной из электрохолодильника, в котором она хранилась при + 4°C, и 1 литр только что размороженной ПСЗ. При проведении инфузионно-трансфузионной терапии отмечено снижение центральной температуры больного до 33°C, появление тахикардии, экстрасистол, озноба, макулезной сыпи на верхней части туловища. После относительной стабилизации АД больной взят на операцию. С момента разреза кожи отмечена высокая кровоточивость. Объясните отмеченные изменения состояния больного. Меры профилактики.

Задача 4.

Больной старческого возраста (80 лет), явления сердечной недостаточности на почве постинфарктного кардиосклероза, декомпенсированная анемия (гемоглобин 55 г/л), развившаяся в связи хроническим кровотечением из

желудочно-кишечного тракта. Назначена капельная (60 кап/мин) внутривенная трансфузия 500 мл донорской эритроцитарной массы. При проведении трансфузии у больного возникла одышка, удушье, давящие боли за грудиной и в эпигастрии, что заставило пациента категорически отказываться от дальнейшего переливания. Каким образом осуществить необходимую больному гемотрансфузию?

Задача 5.

Почему биологическая проба должна выполняться посредством трехкратного струйного переливания небольших доз (10-15 мл) гемотрансфузионных сред?

В чем отличие биологической пробы от пробы на переносимость реактогенность?

Задача 6.

В больницу доставлен машиной скорой помощи больной 30 лет с диагнозом ножевое ранение правой бедренной артерии, острая массивная кровопотеря, геморрагический шок II-III степени, легкая степень алкогольного опьянения.

На правое бедро выше и ниже места ранения 25-30 минут назад наложены «закрутки», на рану – давящая повязка. До настоящего ранения и поступления в больницу был абсолютно здоров, работал грузчиком. При поступлении общее состояние больного тяжелое, заторможен и адинамичен, резкая бледность лица, носа и слизистых, кайма губ едва определяется, кожные покровы холодные, влажные, больной постоянно зевает. Пульс частый, слабый, едва определяется на дистальных участках плечевых артерий в области локтевых сгибов. Систолическое АД на этих артериях не более 60 мм рт.ст.

Больной осмотрен хирургом, предложено оперативное лечение (восстановление целостности сосудистой стенки бедренной артерии). Больной нуждается в трансфузиологической помощи, укажите ее оптимальный состав.

Задача 7.

Больная женщина 47 лет. Неблагоприятный трансфузиологический анамнез (рождение ребенка с гемолитической болезнью новорожденных, острое гемолитическое гемотрансфузионное осложнение). Предстоит хирургическое вмешательство с необходимой трансфузией донорских эритроцитсодержащих сред. Укажите трансфузиологическую тактику.

Задача 8.

В соответствии с законодательством РФ перед операцией переливания компонентов крови от больного должно быть получено добровольное информированное (осознанное) согласие на проведение этой операции. Если состояние больного не позволяет ему выразить информированное согласие, то решение о проведении операции переливания компонентов крови может принять, исходя из интересов больного, консилиум врачей. Как поступить, если больной не может выразить свою волю, а консилиум врачей собрать невозможно?

Задача 9.

Через 2 часа после гемотрансфузии (переливания эритроцитарной взвеси) у больного появился сильный озноб, поднялась температура тела до 39,5°C, появились сильные головные боли, боли в мышцах, эпигастрии, крупных суставах, возникла тошнота, рвота, снизилось АД. Чем объясняется возникшая клиника, какой прогноз и какие необходимы лечебные мероприятия?

Задача 10.

В патогенезе продолжающегося кровотечения у родильниц центральная роль принадлежит коагулопатии потребления (ДВС-синдрому). В чем заключается рациональность терапии кровотечений и кровопотерь у родильниц?

Задача 11.

У больного 35 лет, страдающего язвенной болезнью желудка, внезапно возникло острое желудочное кровотечение, сопровождающееся снижением АД до 60/40 мм рт. ст., тахикардией 136 уд. в минуту, многократной кровавой рвотой, ортостатическим коллапсом, содержание гемоглобина в крови снизилось до 60 г/л. В распоряжении врача нет эритроцитарной массы, СЗП и коллоидных кровезаменителей, какую эритроцитсодержащую среду может перелить в этой ситуации лечащий врач, не отступая от положений нормативных документов МЗ?

Задача 12.

У Келл положительной родильницы на почве коагулопатии потребления возникло профузное маточное кровотечение, потребовавшее струйной трансфузии не менее 1000 мл плазмы свежзамороженной. В ОПК больницы имеется 900 мл плазмы свежзамороженной, полученной от Келл отрицательного донора и 600 мл плазмы свежзамороженной, полученной от Келл положительного донора. Какую и в каком количестве плазму свежзамороженную врач может в этой ситуации перелить больной?

Задача 13.

В ночное время возникла экстренная необходимость доставки в операционную больницы с расположенной вне больницы станции переливания крови эритроцитарной массы и плазмы свежзамороженной. Как должна быть

осуществлена эта транспортировка и можно ли ее поручить водителю дежурной автомашины приемного отделения больницы?

Задача 14.

Необходимым предварительным условием трансфузии компонентов крови является информированное (осознанное) добровольное согласие пациента на выполнение этой медицинской процедуры. При этом план гемотрансфузии должен быть обсужден и согласован с пациентом и оформлен в письменном виде в соответствии с образцом, приведенном в приказе МЗ РФ от 25 ноября 2002 г., № 363. Каким образом осуществить эти права больного при его неспособности выразить свою волю?

Задача 15.

Донорская кровь группы В (III) и доброкачественные реагенты (Цоликлоны) для определения группы крови извлечены из электрохолодильника, в котором хранились в течение 3 суток при температуре +4°C. Затем сразу же посредством указанных реагентов проведена контрольная проверка группы крови, извлеченной из электрохолодильника. При этом обнаружена агглютинация во всех пробах, что свидетельствовало о том, что исследуемая кровь имеет не В (III), а АВ (IV) группу крови. Добавление в реагирующие смеси 1-2 каплей физиологического раствора ослабило проявления агглютинации, но не полностью. Повторное определение группы АВО и резус принадлежности крови после ее согревания до +35°C выявило отсутствие агглютинации в реакциях со всеми реагентами. Это заставляло предполагать, что исследуемая кровь имеет группу О(I). Исследование же специалистами-иммуногематологами выявило, что кровь имеет группу В (III). В чем причины ошибочных определений группы крови?

Задача 16.

Со станции переливания крови в хирургическое отделение получена эритроцитарная масса группы A1(II) для переливания реципиенту с группой крови A(II). Как должен поступить врач, переливающий эту эритроцитарную массу?

Задача 17.

При определении группы крови у больного циррозом печени не удается четко констатировать отсутствие агглютинации в некоторых пробах. Добавление в реагирующие смеси 1-2 капель физиологического раствора с их размешиванием стеклянной палочкой ясности в оценке результата реакции не приносит. Как должен поступить врач?

Задача 18.

Требуется незамедлительная и жизненно важная трансфузия эритроцитной массы. Как должен поступить врач-трансфузиолог, учитывая абсолютную обязательность проведения биологической пробы, задерживающей проведение гемотрансфузии?

Задача 19.

Больной 30 лет доставлен бригадой скорой помощи в хирургический стационар с профузным желудочным кровотечением: многократная рвота малоизмененной кровью, нарастающая слабость, резкая бледность лица и слизистых, пульс слабого наполнения 136 уд. в минуту, геморрагический шок с систолическим АД 60-70 мм рт. ст. и эпизодами падения до нуля, гемоглобин крови 75 г/л. Клинико-anamнестические данные свидетельствуют о желудочном кровотечении язвенной этиологии. Установлены показания к экстренному хирургическому лечению. Какова трансфузиологическая тактика в плане

переливания изотонических солевых и коллоидных кровезаменителей, ПСЗ, эритроцитсодержащих гемотрансфузионных сред?

Задача 20.

Больному 85 лет, страдающему выраженной сердечной недостаточностью (ФК 2Б-3) и тяжелой, не поддающейся основной патогенетической терапии декомпенсированной железодефицитной анемией (анемическая прекома), принято решение перелить как последнее средство компенсации анемии эритроцитсодержащую донорскую гемотрансфузионную среду. Какую донорскую эритроцитсодержащую среду наиболее целесообразно использовать и почему?

Задача 21.

Больной с отягощенным трансфузионным анамнезом на СПК заказана для переливания эритроцитарная взвесь с физиологическим раствором. Когда эта эритроцитарная взвесь должна быть перелита больному?

Задача 22.

Переливание больному, страдающему циррозом печени с выраженной спленомегалией и гиперспленизмом, 170 мл эритроцитарной массы размороженной и отмытой не сопровождалось после гемотрансфузии приростом содержания в крови гемоглобина, переливание через 1 неделю 600 мл такой же эритроцитарной массы привело к повышению содержания в крови гемоглобина, но существенно менее значительному, чем ожидалось. Как объяснить наблюдаемые явления?

Задача 23.

У новорожденного (20 дней после рождения) возникло кровотечение с острой утратой крови в объеме 20 мл на 1 кг массы тела. Какую эритроцитарную массу наиболее предпочтительно использовать для восполнения утраченных эритроцитов, и что должно предшествовать трансфузии эритроцитов?

Задача 24.

В предоперационном периоде было заготовлено 600 мл аутокрови. Операционная кровопотеря значительно превысила предполагаемый объем и, несмотря на трансфузию заготовленной аутокрови, привела к декомпенсированной анемии. Что можно предпринять для компенсации постгеморрагической анемии при условии невозможности проведения реинфузии крови из операционной раны?

Задача 25.

Больной 25 лет, масса тела 70 кг, уровень гемоглобина крови 140 г/л, гематокрит 43%. Предстоит плановая ортопедическая операция с предполагаемой кровопотерей в объеме порядка 1000 мл. Отказавшись первоначально от предложенной предоперационной заготовки на операцию аутокрови, за 2 дня до операции больной выразил согласие на предоперационную заготовку аутокрови. Может ли быть у больного за 1-2 дня до операции проведена заготовка аутокрови?

Задача 26.

Больному предстоит плановая операция с предположительно большой кровопотерей. В ходе предоперационного обследования выявлен положительный серологический тест на гепатит В. Больной изъявляет желание провести операцию с предварительным аутодонорством. Может ли быть оно проведено?

Задача 27.

Больному с редкой группой крови предстоит срочная хирургическая операция с предположительно большой кровопотерей. Для трансфузионного обеспечения операции донорских эритроцитсодержащих сред нужной группы недостаточно. Может ли быть проведена предоперационная нормоволемическая или гипervолемическая гемодилюция с заготовкой аутокрови непосредственно перед операцией после введения больного в наркоз без его (или его законных представителей) предварительного согласия?

Задача 28.

На операцию заготовлено в режиме нормоволемической гемодилюции 500 мл аутокрови. Не основной, предварительный этап операции продолжительный, необходимости в аутотрансфузии крови нет. Как поступить с аутокровью?

Задача 29.

При операции по поводу разрыва внематочной трубной беременности хирург обнаружил в брюшной полости примерно 1,5 л малоизмененной крови. Каким образом можно реинфузировать эту кровь и что в настоящее время инструктивно не допускается?

Задача 30.

По каким факторам необходимо соблюсти совместимость при трансфузии взрослым плазмы свежзамороженной в дозе 500 мл и в дозе 1500 мл?

Задача 31.

У больного, страдающего циррозом печени с выраженным гиперспленизмом, во время операции спленэктомии возникла высокая

кровоточивость оперируемых тканей, несмотря на тщательно выполняемый хирургический гемостаз. При анализе коагулограммы выявлено значительное увеличение АЧТВ и протромбинового времени, резкое снижение активности плазменных факторов свертывания крови, уменьшение концентрации в крови фибриногена.

К каким действиям должен прибегнуть врач, чтобы купировать геморрагический синдром?

Задача 32.

В плазме свежезамороженной, оттаянной на водяной бане непосредственно перед переливанием при температуре $+37^{\circ}\text{C}$, обнаружены хлопья фибрина.

Как врач должен поступить с этой плазмой?

Задача 33.

Во время трансфузии плазмы свежезамороженной, несмотря на благоприятный результат предварительно проведенной биологической пробы, появился озноб, загрудинные боли, удушье, нарастающий бронхоспазм, нарастающая тахикардия, гипотония. С чем связано появление описанной клиники, какие действия должен предпринять врач-трансфузиолог?

Задача 34.

Применяя криопреципитат для лечения кровотечения у больного гемофилией, врач должен учитывать, что клинический эффект и длительность терапии трансфузиями криопреципитата зависят от 5 важнейших факторов. Каких?

Задача 35.

Больной имеет массу тела 70 кг, диагноз апластическая анемия. Возникли экстренные показания к трансфузии тромбоцитарного концентрата: глубокая тромбоцитопения со снижением содержания тромбоцитов в крови менее $20 \times 10^9/\text{л}$, спонтанная кровоточивость из слизистых полости рта и носа, мелкоточечные геморрагии на верхней половине туловища, почечные кровотечения. Сколько единиц тромбоцитарного концентрата составляет минимальная терапевтическая доза?

Задача 36.

У больного в результате цитостатической терапии развилась глубокая тромбоцитопения, требующая интенсивных корригирующих переливаний тромбоцитных концентратов. Однако их переливание из-за присутствия в концентратах примеси «стволовых клеток» создает реальную угрозу развития реакции «трансплантат против хозяина». Как предотвратить это осложнение?

Задача 37.

В результате острого внутрисосудистого гемолиза, развившегося в результате трансфузии несовместимых по системе АВО эритроцитов, у больного сформировалась глубокая декомпенсированная анемия (содержание гемоглобина в крови 50 г/л , одышка, боли в области сердца, тахикардия, гипоксические изменения ЭКГ и другие проявления). Каким образом должна быть осуществлена коррекция анемии?

Задача 38.

Что необходимо предпринять, если острый посттрансфузионный внутрисосудистый гемолиз вызвал анурию, которую проведением интенсивной комплексной терапии не удастся преодолеть в течение более 1 суток, и одновременно нарастает заторможенность больного, появилась тошнота и рвота,

содержание мочевины, креатинина и калия в крови нарастает и значительно превышает норму (калий достигает 7 ммоль/л)?

Задача 39.

В связи с гемангиомой печени больному планируется расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. С большой долей вероятности предполагается операционная кровопотеря в объеме 2-3 л, для компенсации которой потребуются массивная гемотрансфузия, угрожающая развитием ДВС-синдрома с развитием гипокоагуляции и коагулопатического геморрагического синдрома. Какие действия может предпринять врач для профилактики ослабления во время операции гемостатического потенциала крови и развития тяжелого геморрагического синдрома?

Задача 40.

Проведение хирургической операции осложнилось профузным кровотечением с потерей порядка 2,5 л крови, потребовавшей параллельного переливания на фоне гиперволемической гемодилюции стандартной эритроцитарной массы в объеме 1,75 л. После остановки кровотечения в конце гемотрансфузии выявлен декомпенсированный метаболический ацидоз: pH 7,28; PaCO₂ 33 мм рт.ст.; BE – 9 ммоль/л. Какие действия по коррекции выявленного метаболического ацидоза будут оптимальными?

Задача 41.

Почему кровь «опасного» универсального донора нельзя использовать для трансфузии? Рассмотрите теоретически возможные последствия переливания крови этого донора больным O(I), A(II), B(III) и AB(IV) групп крови.

Задача 42.

По поводу тяжелого кровотечения больному АВ(IV) группы крови перелито 2000 мл крови А(II) группы. Через 2 дня необходимо вновь перелить кровь. Во избежание несовместимости как следует поступить?

Задача 43.

У пациента после проведения курса химиотерапии возникла необходимость в переливании тромбоцитарного концентрата. Через 8 дней после его переливания состояние больного резко ухудшилось. Повысилась температура тела, выросли показатели мочевины, креатинина, снизился уровень тромбоцитов, и появилась петехиальная сыпь на туловище и конечностях. В чем причина ухудшения состояния? Какое проводить лечение?

Задача 44.

Пациенту по показаниям в течение последних двух недель четырежды переливалась эритроцитарная масса, и после последней гемотрансфузии произошло снижение уровня гемоглобина. Чем это можно объяснить? Что предпринять?

Задача 45.

Резус-отрицательная женщина О(I) группы крови беременна резус-положительным плодом. Каковы шансы иммунизации матери при группе крови плода А(II), В(III) или АВ(IV)?

Задача 46.

При осмотре крови сроком хранения 4 суток обнаружено незначительное порозовение плазмы. Следует ли хранить такую кровь далее? Если нет, то почему?

Задача 47.

Больному предполагается длительная трансфузионная терапия, для этого произведена катетеризация подключичной вены. Какие возможны осложнения во время пункции? Как предупредить образование тромба в катетере?

Задача 48.

Больному сепсисом и тяжелой анемией А(II) группы многократно переливалась одногруппная эритромаасса. При определении его группы крови произошла агглютинация с сыворотками О(I), А(II), В(III) групп. Как оценить это явление? Как обеспечить больному необходимую трансфузию?

Задача 49.

Пострадавшая., возраст 36 лет, доставлена в хирургическую клинику с места автокатастрофы с множественными повреждениями грудной клетки, живота, ног и потерей большого количества крови. Объективно: сознание сохранено, но пострадавшая не ориентируется во времени и ситуации; кожные покровы бледные, тахикардия, нитевидный пульс, артериальное давление 65/15 мм рт. ст. Произведена операция по перевязке кровоточащих кровеносных сосудов, перелито 1200 мл донорской крови (срок хранения от 2 до 17 сут) и 2000 мл кровезаменителей. В реанимационном отделении: состояние тяжелое; сохраняются тахикардия, артериальная гипотензия, одышка; суточный диурез значительно меньше нормы; возникло кровотечение из мелких сосудов поврежденных тканей. Данные лабораторных исследований свидетельствуют о снижении свертываемости крови, гипопротромбинемии, гипофибриногенемии и

тромбоцитопении. На 2-е сут развились явления острой почечной недостаточности. Смерть наступила от прогрессирующей почечной и сердечно-сосудистой недостаточности. На вскрытии обнаружены признаки множественного тромбоза мелких сосудов внутренних органов. 1. Какой патологический процесс развился у пациентки: а) вскоре после травмы; б) в реанимационном отделении? 2. Каков патогенез патологического процесса, который развился у пациентки в реанимационном отделении? 3. Каковы механизмы развития: а) почечной недостаточности; б) сердечно-сосудистой недостаточности у больного? 4. Трансфузионная терапия оказалась неэффективной. Выскажите предположение, почему.

Задача 50.

Рассчитайте физиологическую потребность в жидкости и дефицит натрия у пациента с массой 75 кг при уровне натрия в плазме крови 125 ммоль/л.

Ответы

Ответ на задачу 1.

Отмеченное изменение скорости переливания может быть связано с тромбозом внутривенной иглы переливающей системы, с частичной или полной закупоркой просвета игл переливающей системы при прокалывании контейнера, с высокой концентрацией эритроцитов в переливаемой эритроцитарной массе, затрудняющей ее прохождение через мелкоячеистый фильтр переливающей системы, с пломбировкой ячеек фильтра переливающей системы микросгустками. Для обеспечения в данной ситуации эффективного переливания необходимо проверить проходимость игл переливающей системы, ввести в переливаемую эритроцитарную массу 50-100 мл стерильного физиологического раствора, а в случае, если фильтр переливающей системы оказался забит микросгустками, следует переливающую систему заменить новой системой. Необходимо обратить

внимание на то, чтобы контейнер с переливаемой эритроцитной массой был на достаточной высоте, обеспечивающей поступление гемотрансфузионной среды в вену больного под необходимым для этого гидростатическим давлением.

Ответ на задачу 2.

Возникшая ситуация связана с развитием гемодилузионной коагулопатии – нарушения свертываемости крови в результате утраты массивного объема циркулирующей крови и его замещения средами, не содержащими прокоагулянты, и средами блокирующими механизмы первичного и вторичного гемостаза (декстранами). Для устранения возникшего нарушения необходимо заместить утраченные составляющие циркулирующей крови. Для этого необходимо перелить ПСЗ, криопреципитат, тромбоцитный концентрат.

Ответ на задачу 3.

Отмеченные изменения в состоянии больного являются проявлениями искусственной гипотермии, развившейся в результате форсированного переливания охлажденных инфузионно-трансфузионных сред. Эта вызванная охлаждением крови гипотермия крайне неблагоприятна, так как сопровождается повреждающим холодовым воздействием на сосуды (развитие флебитов и тромбофлебитов), на сердце (появление экстрасистол, рис фибрилляции желудочков), на легкие (возникновение синдрома шоковых легких), на микроциркуляторное русло (спазм, а затем парез капилляров с повышенной кровоточивостью тканей), на систему гемостаза (возникновение холодовой коагулопатии). Смещается влево кривая диссоциации оксигемоглобина, что затрудняет отдачу оксигемоглобином кислорода тканям, приводит к снижению

эффективности оксигенотерапии и росту кислородной задолженности в тканях. Растет вязкость крови, снижается активность клеточных ферментов. Профилактика гипотермии при интенсивной инфузионно-трансфузионной

терапии осуществляется подогревом переливаемых сред до 36-37°C с помощью специальных приборов или путем помещения их в водяную баню с тщательной термометрией. Эффективно предотвращает развитие гипотермии при переливании охлажденных сред поддержание определенной температуры в операционной, подогрев операционного стола, ИВЛ подогретыми газовыми смесями, обеспечение активного состояния микроциркуляции.

Ответ на задачу 4.

Необходимая гемотрансфузия может быть осуществлена путем применения медленного капельного переливания (1 капля через 2-3 сек и реже), переливания намеченной дозы за 2 процедуры, проведение переливаний с приданием больному возвышенного положения верхней части туловища и одновременным проведением оксигенотерапии. По показаниям проводится предтрансфузионная кардиологическая подготовка, диуретическая терапия.

Ответ на задачу 5.

Биологическая проба проводится при переливании биологических сред (нефракционированной крови, эритроцитной массы, плазмы), пробы на реактогенность – при переливании искусственных инфузионных сред (декстраны, ГЭК и др.). Биологическая проба проводится только струйно. Это создает при введении в кровь реципиента небольшого (а потому - достаточно безопасного) объема биологической среды, концентрацию в ней донорских антигенов, достаточную лишь для кратковременного иммунного реагирования.

Пробы на реактогенность проводятся только медленно капельно с введением в кровь незначительных количеств препарата. Дело в том, что реакции непереносимости (аллергические и анафилактоидные) возникают быстро и достаточно ярко в ответ на введение уже ничтожно малых безопасных количеств препарата.

Ответ на задачу 6.

Больной, судя по анамнезу, соматически здоров и с большой долей вероятности имел нормальные показатели крови. При поступлении в стационар тяжесть состояния объясняется острой гиповолемией, возникшей в результате утраты при ранении бедренной артерии большого количества крови. Больной нуждается в возмещении утраченного объема крови переливанием под контролем АД, пульса, ЦВД и диуреза изотонических солевых растворов и коллоидных противошоковых кровезаменителей (препараты ГЭК и др.). При этом инфузионная терапия должна начинаться с незамедлительной инфузии коллоидного кровезаменителя, устраняющего смертельно опасную глубокую острую гиповолемию, с одновременным быстрым подключением инфузии регидратирующих изотонических солевых растворов и проведением оксигенотерапии. Что касается трансфузии донорских эритроцитсодержащих сред, то в их применении, судя по всему, нет необходимости (трехкратный резерв у соматически здорового человека циркулирующего гемоглобина и только 30% резерв ОЦК, кроме того – риск гемотрансмиссивных инфекций, депрессии иммунитета и другие опасности донорских гемотрансфузий, небольшой объем и травматичность предстоящего хирургического вмешательства).

Ответ на задачу 7.

Больной должен быть проведен в учреждениях службы крови специальный (фенотипированный – с установлением у доноров и больной-реципиента совпадения не только по антигенам А, В и D системы резус, но и не менее чем по 5 другим антигенам) и индивидуальный подбор донорских эритроцитсодержащих сред. Предпочтительно использование отмытых, размороженных и отмытых эритроцитсодержащих сред, эритроцитных взвесей с физиологическим раствором, эритроцитсодержащих сред, подвергнутых лейкофильтрации, проведение всех гемотрансфузий на фоне гемодилуции.

При выполнении собственно гемотрансфузии необходимо выполнить все стандартно необходимые пробы (определение группы крови по системе АВО донора и реципиента, определение резус-принадлежности донора и реципиента, проведение проб на индивидуальную совместимость по группам крови АВО и резус-фактору, проведение биологической пробы).

Ответ на задачу 8.

В указанной ситуации решение о проведении необходимой больному операции переливания компонентов крови принимает один лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ.

Ответ на задачу 9.

Описанные изменения в состоянии больного очевидно связаны с переливанием бактериально загрязненной среды. Прогноз при адекватном лечении благоприятен. Необходимо незамедлительно назначение антибиотиков широкого спектра действия, противошоковых кровезаменителей, кардио- и вазотоников, оксигенотерапии, средств, корригирующих изменения гомеостаза.

Ответ на задачу 10.

Рациональность терапии кровотечений и кровопотерь у родильниц заключается:

1. В ранней и упреждающей все другие переливания струйно-капельной или струйной трансфузии больших объемов (15-20 мл/кг) ПСЗ, при необходимости повторно (в суммарном объеме – до 2 литров). При выраженной гипофибриногемии – переливание криопреципитата (5-8 доз).

2. Эритроцитсодержащие среды переливают только с упреждающими трансфузиями ПСЗ и на их фоне, только при декомпенсированной анемии,

только в дозах, обеспечивающих показатель гематокрита не выше 30-35% и только в соотношении объемов ПСЗ и эритроцитные среды 3-4 : 1. Обязательна оксигенотерапия.

3. Оптимально использовать аутоплазму, заготовленную в объеме порядка 1 л в третьем триместре беременности.

4. Для устранения дегидратации и гиповолемии рекомендуются инфузии изотонического раствора натрия хлорида и коллоидные кровезаменители

Инфукол ГЭК 6% и 10%.

5. При продолжающемся кровотечении следует поддерживать умеренную гипотонию (среднее АД порядка 60 мм рт.ст.), так как более значительное увеличение АД усиливает и способствует возобновлению кровотечения.

6. При недостаточном эффекте трансфузии 2 л ПСЗ ее трансфузии через несколько часов можно повторить. Оптимально провести плазмаферез в объеме 800-1000 мл с возмещением удаляемой плазмы плазмой свежезамороженной. При этом важно поддерживать нормоволемию (контроль ЦВД, пульса, АД и др.).

Ответ на задачу 11.

Представлен исключительный случай, когда врач в соответствии с инструкцией по применению компонентов крови, утвержденной 25.11.2002. приказом МЗ РФ № 363, может перелить больному нефракционированную, цельную консервированную донорскую кровь.

Ответ на задачу 12.

При переливании плазмы свежезамороженной антиген Келл не учитывают.

Следовательно, в описанной в задаче ситуации врач может перелить плазму свежезамороженную в необходимом количестве и не учитывать при этом Келл принадлежность донора.

Ответ на задачу 13.

Транспортировка осуществляется предельно щадяще, аккуратно. Должны быть исключены перегрев и переохлаждение компонентов крови, грубые встряхивания, удары и перевертывания эритроцитарной массы. Для длительных транспортировок используются специальные изотермические контейнеры. Транспортировка осуществляется только медперсоналом, несущим ответственность за соблюдение правил транспортировки. Водитель медицинского автотранспорта самостоятельно осуществлять транспортировку компонентов крови не имеет права.

Ответ на задачу 14.

В рассматриваемой ситуации интересы больного выражает либо консилиум врачей, либо (при невозможности консилиума) – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ. При неспособности больного выразить свою волю (детский возраст, нарушения сознания) ее выражают близкие пациента.

Ответ на задачу 15.

Причина неправильных определений в несоблюдении температурного режима реакции агглютинации с Цоликлонами. Реакция должна проводиться при температуре выше $+15^{\circ}\text{C}$ и ниже $+25^{\circ}\text{C}$. При температуре ниже $+15^{\circ}\text{C}$ начинают реагировать поливалентные холодовые агглютинины, при температуре выше $+25^{\circ}\text{C}$ антитела анти-А, анти-В и анти АВ утрачивают активность.

Ответ на задачу 16.

Перед переливанием врач должен определить группу крови и резус принадлежность реципиента и полученной донорской крови, а также – провести пробы на индивидуальную совместимость донорских эритроцитов и сыворотки крови реципиента. Если в этих пробах на индивидуальную совместимость (на плоскости или в пробирках) не наблюдается агглютинации, то полученная эритроцитарная масса переливается реципиенту, начиная с обычного проведения биологической пробы. Если в пробах на индивидуальную совместимость (на плоскости или в пробирках) донорские эритроциты агглютинируются сывороткой крови реципиента, то полученную донорскую эритроцитарную массу не переливают и вместо нее используют эритроциты 0(I) с предварительным проведением соответствующих проб. На СПК или ОПК

ЛПУ может быть осуществлен индивидуальный подбор указанному реципиенту донорской эритроцитарной массы группы A2(II).

Ответ на задачу 17.

Сомнительность результата требует повторения исследования со стандартными реагентами другой серии. Неясность результата и в этом случае обязывает врача направить кровь больного для исследования в специализированной лаборатории иммуногематологии.

Ответ на задачу 18.

Во время трех трехминутных интервалов прекращения трансфузии при проведении биологической пробы врач должен струйно переливать внутривенно солевой раствор.

Ответ на задачу 19.

У больного имеются абсолютные показания к экстренной гемостатической операции, для выполнения которой необходима интенсивная, проводимая в

минимальном объеме инфузионно-трансфузионная подготовка, обеспечивающая способность больного перенести хирургическое вмешательство. Главная задача – стабилизировать гемодинамику и обеспечить тем самым достаточную перфузию органов, что достигается быстрым восстановлением у больного внутрисосудистого объема крови. Достигается это незамедлительной инфузией в 2-3 вены изотонического раствора натрия хлорида и противошоковых кровезаменителей (препараты гидроксипропилированного крахмала и др.). Обязателен контроль терапии (минимум АД, пульс, ЦВД и диурез). Соотношение объемов переливаемых коллоидов и кристаллоидов ориентировочно 1:1 – 1:3.

На этапе вводного наркоза инфузионная терапия должна проводиться струйно, обеспечивая тем самым «подпор» гемодинамике, так как депрессирующие эффекты вводного наркоза на гемодинамику могут вызвать на фоне кровопотери коллапс.

После стабилизации анестезии хирург выполняет лапаротомию, гастротомию, пережимает или прошивает кровоточащие сосуды и приостанавливает операцию. После этого солевыми и коллоидными кровезаменителями окончательно устраняется регидратация и гиповолемия. Для блокирования ДВС-синдрома, устранения гипокоагуляционных эффектов кроверазведения высокоцелесообразна трансфузия ПСЗ (до 900-1000 мл).

Вопрос о необходимости трансфузии эритроцитсодержащих сред решается индивидуально. Главное показание – появление признаков декомпенсированной анемии на фоне оксигенотерапии и восстановления нормоволемии.

Ориентировочно декомпенсация анемии в этих условиях наступает при снижении гемоглобина ниже 70-80 г/л и гематокрита – 25%. Эритроцитсодержащие среды переливаются в дозах устраняющих декомпенсацию острой анемии. Индивидуальность подхода требует учета того факта, что даже компенсированная анемия и истощенных больных может существенно ослаблять иммунную сопротивляемость.

Ответ на задачу 20.

Методом выбора является медленное капельное (20-30 кап/мин) переливание эритроцитарной массы с высоким показателем гематокрита (70-80%). Это может быть стандартная эритроцитная масса, а также эритроцитная масса, обедненная лейкоцитами и тромбоцитами, эритроцитная масса размороженная и отмытая. Эритроцитарные массы после переливания существенно увеличивают содержание в крови больного эритроцитов и незначительно объем крови, что высокоблагоприятно для больного с сердечной недостаточностью. Кроме того, они содержат мало или не содержат вообще, что зависит от вида эритроцитарной массы, цитрата, продуктов деградации плазмы, клеток крови и антител. Перед трансфузией целесообразно назначение салуретиков и кардиотропной терапии.

Ответ на задачу 21.

Эритроцитарная взвесь с физиологическим раствором должна быть перелита больной в течение не более 24 часов после заготовки при условии хранения взвеси в электрохолодильнике при температуре +4°C.

Ответ на задачу 22.

Отсутствие прироста гемоглобина в крови после переливания небольшой дозы и незначительный прирост гемоглобина после переливания большой дозы эритроцитарной массы связаны с заболеванием пациента циррозом печени, осложненным спленомегалией и гиперспленизмом, что вызывает депонирование и разрушение переливаемых эритроцитов в селезенке.

Ответ на задачу 23.

Наиболее предпочтительно использование эритроцитной взвеси размороженной и отмытой, согретой перед переливанием. Трансфузии

эритроцитной взвеси должна предшествовать коррекция гиповолемии переливанием 5% раствора альбумина в дозе порядка 20 мл/кг массы тела.

Ответ на задачу 24.

В описанной ситуации применяется трансфузия аллогенных переносчиков газов крови (эритроцитарной массы и др.).

Ответ на задачу 25.

Больному не может быть проведена за 1-2 дня до операции заготовка аутокрови, поскольку объем плазмы, общего белка и альбумина после любой кроводачи восстанавливается не ранее 72 часов, то есть аутокроводача перед операцией должна быть выполнена минимум за 3 суток. В сложившейся ситуации больному целесообразно предложить предоперационную нормоволемическую или гиперволемическую гемодилюцию с заготовкой 1-2 доз крови непосредственно до операции или начала анестезии.

Ответ на задачу 26.

Нет, не может. По приказу МЗ РФ от 25 ноября 2002 года № 363, положительное тестирование аутореципиента на гепатит является противопоказанием к проведению аутодонорства.

Ответ на задачу 27.

Нет, не может. Необходимо зафиксированное в истории болезни предварительное письменное согласие больного или его законных представителей.

Ответ на задачу 28.

Если интервал между эксфузией аутокрови и ее реинфузии продолжается более 6 часов, то контейнеры с аутокровью следует поместить в электрохолодильник с температурой + 4°C.

Ответ на задачу 29.

Кровь может быть реинфузирована больной только после предварительного обязательного отмывания эритроцитов. Рекомендуемое раннее фильтрование излившейся крови через несколько слоев марли в настоящее время нормативно недопустимо.

Ответ на задачу 30.

Переливаемая плазма свежемороженая должна быть всегда одной группы с реципиентом по системе АВО. Совместимость по резус-фактору обязательна при объемных переливаниях плазмы свежемороженой (1 л и более).

Ответ на задачу 31.

Необходимо применить струйные трансфузии плазмы свежемороженой в большом объеме, в дозе порядка 15-20 мл/кг массы тела с повторением через 4-8 часов трансфузии плазмы свежемороженой в меньшем объеме, в дозе порядка 5-10 мл/кг массы тела.

Ответ на задачу 32.

Легкие хлопья фибрина в оттаянной плазме свежемороженой не препятствуют ее переливанию, но только посредством стандартных систем для внутривенного переливания, оснащенных мелкоячеистым фильтром.

Ответ на задачу 33.

Описаны клинические проявления иммунологической реакции, связанной с наличием антител в плазме донора и реципиента. Врач-трансфузиолог должен незамедлительно прекратить дальнейшую трансфузию плазмы и ввести больному адреналин и преднизолон. При жизненной необходимости трансфузий плазмы свежезамороженной необходимо назначить больному перед трансфузией плазмы антигистаминные и кортикостероидные препараты, а затем повторить их применение во время переливания.

Ответ на задачу 34.

Это следующие факторы. 1). Степень тяжести гемофилии (тяжелая – уровень фактора VIII менее 1%; средней тяжести – уровень фактора VIII 1-5%; легкая – уровень фактора VIII 6-30%). 2). Переход при переливании не менее $\frac{1}{4}$ части криопреципитата во внесосудистое пространство. 3). Тяжесть кровотечения. 4). Локализация кровотечения. 5). Клинический ответ пациента.

Ответ на задачу 35.

Одна единица тромбоцитарного концентрата содержит не менее 55×10^9 /л тромбоцитов. Минимальная терапевтическая доза тромбоцитов составляет $50-70 \times 10^9$ /л тромбоцитов на 10 кг массы тела. Следовательно, больной нуждается в переливании не менее 7 единиц тромбоцитарного концентрата.

Ответ на задачу 36.

Тромбоцитарный концентрат следует перед переливанием облучать в дозе 1500 рад.

Ответ на задачу 37.

В описанной ситуации коррекция анемии осуществляется трансфузией индивидуально подобранной эритроцитарной взвеси с физиологическим раствором или же – любой индивидуально подобранной ЭМОЛТ (эритроцитарную массу размороженную и отмытую, эритроцитарная масса отмытая, эритроцитарная масса фильтрованная).

Ответ на задачу 38.

Необходимо провести экстренный гемодиализ.

Ответ на задачу 39.

Необходимо назначить тромбоцитарный концентрат и плазму свежезамороженную в упреждающем режиме, до развития гипокоагуляции.

Ответ на задачу 40.

Оптимальным действием является поддержание нормо- или гиперволемии, активной гемодинамики и микроциркуляции, интенсифицированного диуреза, вентиляции легких, обеспечивающей умеренную гипокапнию и высокую оксигенацию организма. Это обеспечивает эффективную саморегуляцию гомеостаза и быструю нормализацию кислотно-щелочного состояния крови.

Ранее рекомендуемое переливание растворов натрия гидрокарбоната после переливания больших количеств кислых цитратных сред в настоящее время считается нецелесообразным. Доказано, что ощелачивание крови на фоне быстро метаболизирующегося в организме цитрата с превращением его в конечный щелочной остаток приводит к стойкому декомпенсированному метаболическому алкалозу, что сдвигает кривую диссоциации гемоглобина влево, снижает отдачу кислорода в тканях, уменьшает мобилизацию ионизированного кальция, нарушает течение энзимотических реакций.

Ответ на задачу 41.

«Опасный универсальный донор» -это человек O(I) группы, у которого либо высокий титр естественных агглютининов, либо он иммунизирован по какому-либо эритроцитарному антигену. Например: донор имеет формулу группы крови O(I) $\alpha_2\beta$ и произошла иммунизация агглютиногеном A1. У него будут вырабатываться иммунные агглютинины анти A1, а иммунные антитела, как правило, находятся в высоком титре. Кровь «опасного универсального донора» можно будет переливать человеку с O(I) группой крови, т.к. у него нет агглютиногенов и агглютинации в принципе не должно быть. Переливание такой крови человеку с A(II) группой опасно из-за того, что во-первых, высокий титр естественного агглютинина α приведет к агглютинации собственных эритроцитов больного, или если донор иммунизирован и у него есть анти-A1 агглютинины, а у реципиента имеется агглютиноген A1, то неизбежно произойдет агглютинация эритроцитов реципиента. Переливание крови «опасного универсального донора» человеку с B(III) группой крови опасно в том случае, если имеется высокий титр агглютинина β , который приведет к агглютинации эритроцитов больного. По тем же причинам, по которым нельзя переливать кровь «опасного универсального донора» людям со A(II) и B(III) группой, нельзя переливать и пациентам AB(IV) группы.

Ответ на задачу 42.

Переливание A(II) крови пациенту AB(IV) группы в объеме 2000 мл опасно, т.к. будет достаточная концентрация β -агглютининов, которая может привести к агглютинации собственных эритроцитов больного. Если переливание прошло без осложнений, но возникла необходимость в повторном переливании крови, необходимо переливать только одногруппные переносчики газов крови с их индивидуальным подбором. Переливание цельной крови недопустимо. Методом выбора трансфузионной среды в этой ситуации может быть перфторан.

Ответ на задачу 43.

Одной из наиболее вероятных причин утяжеления состояния больного может быть выработка антитромбоцитарных антител, против антигена, имеющегося в перелитых тромбоцитах донора и перекрестной чувствительности этих антител к собственным тромбоцитам пациента. В результате происходит их разрушение и развивается описанная клиническая картина. В комплекс лечебных мероприятий должны быть включены: глюкокортикоиды, плазмаферез, переливание свежезамороженной плазмы.

Ответ на задачу 44.

Возможно, у пациента развилась отсроченная гемолитическая реакция. Через 10-14 дней после переливания переносчиков газов крови в кровеносном русле реципиента могут образовываться иммунные антитела, и если очередная гемотрансфузия совпала по времени с началом антителообразования, то появляющиеся антитела могут вступать в реакцию с циркулирующими в крови реципиента эритроцитами донора. Гемолиз эритроцитов при этом может быть выражен не резко, и проявиться лишь в снижении уровня гемоглобина. Специфическое лечение не проводится, необходим лишь контроль за функцией почек.

Ответ на задачу 45.

Если резус-отрицательная женщина O(I) группы беременна резус-положительным плодом A(II) группы, то возможна иммунизация матери по резус-антигену, а в 1% случаев и по A-антигену и выработка у матери иммунных антирезусных и анти-A антител. Если у плода B(III) или AB(IV) группа, то возможна только резус-иммунизация.

Ответ на задачу 46.

Порозовение плазмы в процессе хранения крови говорит о гемолизе донорских эритроцитов, и такую кровь следует утилизировать, дальнейшее ее хранение нецелесообразно (использовать ее нельзя из-за гемолиза. Если ее не убрать, то возможно вливание такой крови по ошибке).

Ответ на задачу 47.

При пункции подключичной вены возможно развитие воздушной эмболии, повреждение верхушки легкого с развитием гемо-и/или пневмоторакса, подключичной артерии, плечевого нервного сплетения. В перерывах между трансфузиями катетер заполняется гепариновой пробкой и герметично закрывается, что предупреждает развитие тромба и воздушную эмболию.

Ответ на задачу 48.

У больного сепсисом возможен распад тканей и его эритроциты приобретают способность агглютинироваться любой сывороткой независимо от групповой принадлежности крови больного, т.е. возможна неспецифическая агглютинация. Для определения групповой принадлежности необходимо кровь больного направить в иммунологическую лабораторию ЛПУ, а при отсутствии таковой на станцию переливания крови, где будет произведено отмывание эритроцитов и определение их групповой принадлежности с подогретыми сыворотками (пациента, стандарта) и будут даны рекомендации по переливанию эритрокомпонентов. В случае крайней необходимости в трансфузии можно будет перелить отмывые эритроциты O(I) группы в объеме не более 500 мл.

Ответ на задачу 49.

1. а) вскоре после травмы у пациентки развился травматический и постгеморрагический шок; б) в реанимационном отделении у пациентки развился

ДВС-синдром. Он вызван массивным повреждением тканей и образованием большого количества активных тромбопластина в циркулирующей крови.

2. Патогенез ДВС-синдрома включает гиперкоагуляцию белков, гиперагрегацию тромбоцитов и других форменных элементов крови, коагулопатию потребления и, как следствие, снижение свертывания белков крови, гипопротромбинемию, гипофибриногенемию и тромбоцитопению.

3. Механизм развития: а) почечной недостаточности заключается, главным образом, в образовании множественных микротромбов в сосудах микроциркуляции, что ведет к нарушению функций почек; б) сердечно-сосудистой недостаточности включает массивную кровопотерю и геморрагии, гипоксию смешанного типа, ацидоз, гиперкалиемию, синдром ДВС, миокардиальную недостаточность + гиповолемию + снижение тонуса сосудов. 4. Трансфузионная терапия оказалась неэффективной по одной и/или нескольким из следующих причин: перелита несовместимая или некачественная (без соблюдения срока годности) кровь; возможно, переливание крови и плазмозаменителей произведено с опозданием (поскольку интервал времени между травмой, началом кровотечения и произведенной операцией не указан); трансфузия сравнительно большого объема (1200 мл) донорской крови и 2000 мл кровезаменителя (полиглюкин) может сопровождаться гемолизом части эритроцитов и в связи с этим потенцированием тромбообразования и фибринолиза.

Ответ на задачу 50.

Дефицит электролита (ммоль/л) = масса пациента (кг) X 0,2 X (K1 - K2), где K1 – нормальное содержание катиона в плазме, K2 – содержание катиона в плазме пациента.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
Б1.В.ОД.3 «ХИРУРГИЯ»**

Оценка качества освоения программ ординатуры обучающимися включает текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и государственную итоговую аттестацию.

1. Текущий контроль успеваемости - контроль знаний обучающихся в процессе освоения дисциплины.

Формы текущего и рубежного контроля успеваемости:

ЗС – решение ситуационных задач,

КР – контрольная работа,

С – собеседование по контрольным вопросам,

Т – тестирование,

Р – реферат.

2. Текущая аттестация - выявляет результаты выполнения ординатором учебного плана и уровень сформированности компетенций. Текущая аттестация проводится кафедрами. Процедура текущей аттестации включает устное собеседование с ординатором, интерпретацию инструментальных методов исследования. Изучение дисциплины заканчивается зачетом с оценкой.

Перечень оценочных средств

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Форма контроля успеваемости	Перечень оценочных средств (ФОС)	Оцениваемые компетенции
Б <i>1.В.ОД.1.1.</i>	Дисциплина "Терапия"	Зачет с оценкой	1. Перечень вопросов для устного собеседования; 2. Перечень вопросов для письменных контрольных работ; 3. Банк тестовых заданий; 4. Банк ситуационных клинических задач	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8

Прием зачета проводится на последнем занятии дисциплины. Срок зачета устанавливаются расписанием. Зачет принимают преподаватели, руководившие практикой, семинарами по данной дисциплине. Форма и порядок проведения зачета определяется кафедрой самостоятельно в зависимости от содержания дисциплины, целей и особенностей ее изучения, используемой технологии обучения. Результаты сдачи зачета заносятся в зачетную ведомость.

Зачет с оценкой по дисциплине «Хирургия» включает в себя:

1. Тестирование (30 вопросов);
2. Собеседование по билету, включающему 2 вопроса и ситуационную клиническую задачу.

Успешное тестирование (более 70% правильных ответов) является обязательным условием для допуска к собеседованию. Результаты устного этапа зачета оцениваются на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и объявляются в день зачета.

Критерии оценки сформированности компетенций в результате освоения дисциплины и шкала оценивания:

Перечень компетенций	Критерии их сформированности	Оценка по 5-ти бальной шкале	Аттестация
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	Знания, умения и навыки сформированы на продвинутом уровне	Отлично (5)	Зачтено
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	Знания, умения и навыки сформированы на повышенном уровне	Хорошо (4)	
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8;	Знания, умения и навыки сформированы на базовом уровне	Удовлетворительно (3)	
УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	Знания, умения и навыки сформированы на уровне ниже базового	Неудовлетворительно (2)	Не зачтено

Оценочные средства для контроля уровня сформированности компетенций (текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины и учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы студентов). (Прилагаются к программе).

1. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости

Для текущего контроля успеваемости, в том числе для контроля самостоятельной работы студентов используются задания в тестовой форме и ситуационные задачи.

А) Тестовые задания:

Критерии оценки:

Оценка «отлично» - правильные ответы на все задания (10),

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

Примеры тестовых заданий:

(См. ПРИЛОЖЕНИЕ «Фонд оценочных средств. (ФОС).

5. Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

001. КОМПОНЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННЫЙ С РЕАКЦИЕЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ТКАНЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ЭЙКОЗАННОЙДНЫХ КАСКАДОВ, НОСИТ НАЗВАНИЕ

- A. Трансмиссия
- B. Трансдукция
- C. Модуляция
- D. Перцепция

002. МЕТОДОМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Термоальгометрия
- B. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)
- C. Кардиоинтервалография
- D. Электроэнцефалография

003. ПРЕПАРАТОМ - АГОНИСТОМ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Метамизол натрий
- B. Пентазоцин
- C. Морфин
- D. Кетопрофен

004. КОМПОНЕНТОМ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАБЛОКИРОВАН РЕГИОНАРНЫМИ МЕТОДИКАМИ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Перцепция
- B. Модуляция
- C. Трансдукция

005. ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫРАЖЕННЫМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИМ И ЖАРОПОНИЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ

- A. Ацетаминофен
- B. Бупренорфин
- C. Кетамин

006. УПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Методикой интраоперационного обезболивания
- B. Создание оптимального уровня болевого статуса до повреждения

С. Методика продленного введения наркотических
анальгетиков

007. ДИАЗЕПАМ И ДРУГИЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЛИЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ
БОЛЕВОГО СИНДРОМА

- А. Эмоционально-перцептивный
- В. Периферический

Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов

008. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА
НПВС.

- А. Гастропатии
- В. Медикаментозный панкреатит
- С. Тромбоцитопении/патии
- Д. Синдром Лериша

009. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ БОЛИ ПО ВАШ ПРИЕМЛЕМ В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- А. В покое 2-3 балла
- В. При активизации 3-4 балла
- С. В покое 5-6 баллов
- Д. При активизации 6-7 баллов

010. ВЫБОР МЕТОДА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ОБУСЛОВЛЕН

- А. Устойчивостью к болевым стимулам
- В. Травматичностью хирургического вмешательства
- С. Риском анестезиологического пособия
- Д. Клинико-фармакологическими свойствами препаратов

011. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НЕОБХОДИМА

- А. Для повышения качества течения послеоперационного периода
- В. Для повышения пропускной способности хирургических бригад
- С. Для улучшения качества здоровья и жизни пациентов

Ответы на тестовые задания

№ вопроса	ответ
-----------	-------

1	A
2	B
3	C
4	C
5	A
6	B
7	A
8	A, C
9	A, B
10	A, B, D
11	A, C

Примеры ситуационных задач:

30. Больной 68 лет, рост 172 см, вес 85 кг, ЗНО сигмовидной кишки, ОКН, энтеральная недостаточность; АД 100/70 мм Hg, ЧСС 118 уд/мин, ЧД 21 в мин. Соп – ИБС, кардиосклероз II 2А. План лечения? Обоснование? Тактика?

31. Больной 48 лет, рост 185 см, вес 98 кг, инф. панкреонекроз, секвестры поджел. железы, план – секвестрэктомия; АД 140/90 мм Hg, ЧСС 94 уд/мин, ЧД 16 в мин; соп – алкоголизм, СД 2 типа субкомпенсация. План лечения? Обоснование? Тактика?

32. Больная 19 лет, рост 175 см, вес 64 кг, разрыв кисты яичника, серозный перитонит; АД 90/60 мм Hg, ЧСС 108 уд/мин, ЧД 18 мин., Hb 95 г/л. План лечения? Обоснование? Тактика?

33. Больной 28 лет, рост 178 см, вес 87 кг, ДТП, сочетанная травма - ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, ТТ грудной клетки, ушиб легких, ТТ живота – разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение; АД 80/30 мм Hg; ЧСС 120 уд/мин, ЧД 28 в мин. План лечения? Обоснование? Тактика?

34. Больная 74 года, рост 175 см вес 79 кг Сепсис, поддиафрагмальный абсцесс слева вскрывшийся в бр. Полость, разлитой гнойный перитонит. АД 120/70 мм Hg, ЧСС 118 уд/мин, ЧД 25 в мин. Соп – ИБС, ПИКС, СД 2 типа декомпенсация, ЗНО сигмовидной кишки с/п колостомии. План лечения? Обоснование? Тактика?
35. Больной 32 лет рост 195 см, вес 105 кг, ЗЧМТ, УГМТС, ОСДГ справа до 100 мл, прогрессирующее субфальципартное вклинение. АД 90/50 мм Hg, ЧСС 140 в мин, ЧД 46 в мин, t 40,2 С Тактика? План лечения? Обоснование?
36. Больная 72 лет, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, окклюзия ПБА слева, гангрена левой голени, стопы. Соп- СД 2 типа декомпенсация, ИБС, кардиосклероз, ХОБЛ вне обострения. АД 140/90 мм Hg, ЧСС 98 уд/мин, ЧД 21 в мин. План лечения? Обоснование? Тактика?
37. Больной 48 лет, ущемленная паховая грыжа, соп – цирроз печени, субкомпенсация, асцит, болезнь Бехтерева, терминальная стадия; АД 120/70мм ЧСС 108 уд/мин, ЧД 24 в мин План лечения? Обоснование? Тактика?
38. Больной 30 лет, ДТП, открытая ЧМТ, перелом свода и основания черепа, перелом 3,4,5,6 ребра слева, ТТ грудной клетки, ушиб легких, ушиб сердца, АД 140/90 ммHg, ЧСС 128 уд/мин, ЧД 19 в мин План лечения? Обоснование? Тактика?
39. Больной 72 лет, ЗНО желудка, кахексия (масса тела 42 кг, рост 172 см) соп – ИБС, кардиосклероз, хр. мерц. аритмия нормосистолия, ДГПЖ 2 степени,

нефросклероз, АД 160/90 ммHg, ЧСС 96 уд/мин, ЧД 19 в мин План лечения?
Обоснование? Тактика?

40. Больной 63 лет рост 180 см, вес 97 кг; о. холецистопанкреатит, эмпиема желчного пузыря, разлитой гнойный перитонит, соп- АГ III ст риск 4 состояние после ОНМК, левостор гемипарез, План лечения? Обоснование? Тактика?

41. Больная 48 лет рост 176 см, вес 95 кг; диффузный токсический зоб, Нео щитовидной железы, план – тиреоидэктомия; АД 150/100 ммHg, ЧСС 108 в мин, ЧД 21 в мин, Нв 138 г/л План лечения? Обоснование? Тактика?

42. Больной 82 лет, рост 176 см, вес 54 кг, ОНМК по геморрагическому типу с образованием внутримозговой гематомы, АД 100/70 ммHg; ЧСС 140 уд/мин ЧД 12 в мин План лечения? Обоснование? Тактика?

43. Больной 45 лет, рост 180 см, вес 69 кг, ЗНО подж. железы, синдром Золлингера-Элисона, состоявш ЖКК, АД 130/70 ммHg, ЧСС 106 уд/мин, ЧДД 21 в мин Нв 75 г/л План лечения? Обоснование? Тактика?

44. Больной 58 лет, в приемном отделении АД=60/40 мм Hg, ЧСС 116 уд/мин; ЧД 32 уд мин; SaO₂=75%; сознание сопор; кожные покровы и видимые слизистые бледные, дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах; анамнез – многократная рвота; Нв = 78 г/л; L=12,3 п 21 Диагноз? Обследование? Лечение?

45. Больной 24 лет, госпитализация в ОРИТ минуя приемное отделение – с места ДТП, АД =100/70 ЧСС 128 уд/мин; ЧД 28 в мин, SaO₂ = 94%; сознание

сохранено, жалобы на боли в животе; дыхание жесткое, единичные влажные хрипы; живот подвздут, болезненный в правой подвздошной области; Hb102 г/л, L 5,4 п 10 Диагноз? Тактика? Лечение?

46. Больной 58 лет в приемном отделении, АД 210/100 мм Hg; ЧСС 68 уд/мин; ЧД 13 в мин; кома GCS 4-5 балла; кожа и видимые слизистые гиперемированы; гемипарез слева, носогубная складка сглажена справа; девиационный страбизм справа; СМП описывает рецидивирующие судорожные пароксизмы, Hb 154 г/л; L15,6 п 10. На ЭКГ – син тахикардия, рубцовые изменения по передне-боковой стенке, вертикальная ЭОС. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

47. Больная 29 лет, в гинекологии – беременность 35-36 нед СД 1 типа компенсация, хр. бронхит ремиссия; АД 40/0 mmHg, ЧСС 140 в мин; ЧД 10 в мин; кожа и видимые слизистые цианотичны; дыхание резко ослаблено; диффузные сухие хрипы по всем полям; Hb – 110 г/л; L 5,7 э15 п 10 Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

48. Больной 46 лет в приемном отделении; АД = 140/80 мм Hg, ЧСС 98 в мин, ЧД 19 в мин, сознание сохранено, жалобы на боли в области сердца, одышку; дыхание жесткое, единичные влажные хрипы в прикорневых отделах; живот мягкий, безболезненный, Hb 128 г/л, L 11,9 п 12; на ЭКГ – ST более 2 мм в V1, V2, aVL, I – отведениях, диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

49. Больная 34 лет, в наблюдательном отделении – беременность 30-31 нед, отеки беременных 2 ст, нефропатия беременных 1 ст, артериальная гипертензия II, риск 3; правое плечо АД 190/80 mmHg, левое плечо 140/90 ммHg; ЧСС 96 уд/мин, ЧД 21 в мин; сознание спутанное, неадекватно, эмоционально лабильно; жалобы на пелену перед глазами, головные боли; кожа и видимые

слизистые пастозны, бледные; дыхание жесткое, проводные хрипы; Hb 92 г/л; L 7,8 п 6. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

50. Больной 3 лет, в приемном отделении – АД 100/70 mm Hg; ЧСС 120 в мин; ЧД 38 в мин; ажитирован, выраженный стридор; со слов родителей болен ОРВИ в течении недели; кожные покровы бледные, акроцианоз; дыхание пуэрильное, сухие хрипы в прикорневых отделах; Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

51. Больная 45 лет в ОРИТ минуя приемное; АД 80/50 мм Hg; ЧСС 96 в мин, ЧД 23 в мин; сопор GCS 9-10 баллов; множественные ушибы лица, конечностей; доставлена с улицы; дыхание жесткое, проводные хрипы; Hb 132 г/л; L 10,9 п 8. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

52. Больной 56 лет в переведен в ОРИТ из операционной – инфицированный панкреонекроз, марсупилизация, санация дренирование бр.полости. АД 110/70 мм Hg, ЧСС 124 уд/мин, ИВЛ ручным способом; мед.сон; дыхание жесткое, хрипов нет; объем инфузии в операционной 1000 мл за 68 мин; на ЭКГ – син ритм, гипертрофия левого желудочка; Hb 93 г/л L 12,5 п 6 Обследование? Тактика? Лечение?

53. Больной 42 лет в приемном отделении, АД 140/70 ммHg; ЧСС 112 уд/мин; ЧД 21 в мин; сознание сохранено, жалобы на резкие боли в животе; дыхание жесткое, хрипов нет; живот подвздут, резко болезненнен; Hb 121 г/л L 15,5 п 12. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

54. Больной 32 лет, в приемном отделении, АД 100/70 мм Hg; ЧСС 120 в мин, ЧД 32 в мин; сопор GCS 9-10 баллов; кожа и видимые слизистые сухие, бледные; дыхание жесткое, хрипов нет; диурез снижен; глюкоза 26,5 ммоль/л; Hb 165 г/л Na 154 ммоль/л Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

55. Больная 72 лет; в приемном отделении, АД 140/90 мм Hg; Чсс 98 в мин, ЧД 19 в мин; кома GCS 6-7 баллов; дыхание жесткое, проводные хрипы; тоны сердца приглушены, аритмичные; правосторонний гемипарез; дивиация глазных яблок влево; менингеальные симптомы сомнительные; t 37,0 С; Hb 113 г/л; L 10,1 п 6 Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

56. Больной 19 лет, в приемном отделении – АД 70/50 mm Hg, ЧСС 58 в мин, ЧДД 10 в мин; доставлен скорой после утопления; ссадины лобной, скуловых областей; кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные; дыхание резко ослаблено; Hb 104 г/л; L 5,4 п 32; Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

Критерии оценки качества знаний:

Зачет – знание в полном объеме по общим вопросам организации помощи больным с патологией внутренних органов; этиологии, патогенеза заболеваний внутренних органов, морфологические изменения при них, клинические проявления, варианты течения; современные методы диагностики заболеваний внутренних органов; принципы и методы фармакотерапии заболеваний внутренних органов с позиций доказательной медицины; методы и средства первичной и вторичной профилактики заболеваний внутренних органов.

Незачет – фрагментарные знания, нет целостного представления о нозологической форме по одному из заданных вопросов

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

001. КОМПОНЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННЫЙ С РЕАКЦИЕЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ТКАНЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ЭЙКОЗАННОЙ КАСКАДОВ, НОСИТ НАЗВАНИЕ

- A. Трансмиссия
- B. Трансдукция
- C. Модуляция

D. Перцепция

002. МЕТОДОМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Термоальгометрия
- B. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)
- C. Кардиоинтервалография
- D. Электроэнцефалография

003. ПРЕПАРАТОМ - АГОНИСТОМ ОПИАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Метамизол натрий
- B. Пентазоцин
- C. Морфин
- D. Кетопрофен

004. КОМПОНЕНТОМ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАБЛОКИРОВАН РЕГИОНАРНЫМИ МЕТОДИКАМИ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Перцепция
- B. Модуляция
- C. Трансдукция

005. ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫРАЖЕННЫМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИМ И ЖАРОПОНИЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ

- A. Ацетаминофен
- B. Бупренорфин
- C. Кетамин

006. УПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Методикой интраоперационного обезболивания
- B. Создание оптимального уровня болевого статуса до повреждения
- C. Методика продленного введения наркотических анальгетиков

007. ДИАЗЕПАМ И ДРУГИЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЛИЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

- A. Эмоционально-перцептивный
- B. Периферический

Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов

008. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА НПВС.

- A. Гастропатии
- B. Медикаментозный панкреатит
- C. Тромбоцитопении/патии
- D. Синдром Лериша

009. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ БОЛИ ПО ВАШ ПРИЕМЛЕМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- A. В покое 2-3 балла
- B. При активизации 3-4 балла
- C. В покое 5-6 баллов
- D. При активизации 6-7 баллов

010. ВЫБОР МЕТОДА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОБУСЛОВЛЕН

- A. Устойчивостью к болевым стимулам
- B. Травматичностью хирургического вмешательства
- C. Риском анестезиологического пособия
- D. Клинико-фармакологическими свойствами препаратов

011. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НЕОБХОДИМА

- A. Для повышения качества течения послеоперационного периода
- B. Для повышения пропускной способности хирургических бригад
- C. Для улучшения качества здоровья и жизни пациентов

Ответы на тестовые задания

№ вопроса	ответ
1	A
2	B
3	C
4	C
5	A
6	B
7	A
8	A, C
9	A, B
10	A, B, D
11	A, C

Примеры ситуационных задач:

1. Больной 68 лет рост 172 см вес 85 кг, ЗНО сигмовидной кишки, ОКН, энтеральная недостаточность; АД 100/70 мм Hg ЧСС 118 уд/мин, ЧД 21 в мин. Соп – ИБС, кардиосклероз Н 2А. План анестезии? Обоснование? Тактика?
2. Больной 48 лет, рост 185 вес 98 кг, инф.панкреонекроз, секвестры поджел.железы, план – секвестрэктомия; АД 140/90 мм Hg, ЧСС 94 уд/мин, ЧД 16 в мин; соп – алкоголизм, СД 2 типа субкомпенсация. план анестезии? Обоснование? Тактика?
3. Больная 19 летрост 175 вес 64 кг, разрыв кисты яичника, серозный перитонит; АД 90/60 мм Hg, ЧСС 108 уд/мин, ЧД 18 мин., Нв 95 г/л план анестезии? Обоснование? Тактика?
4. Больной 28 лет,рост 178 см, вес 87 кг, ДТП, сочетанная травма - ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, ТТ грудной клетки, ушиб легких, ТТ живота – разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение; АД 80/30 мм Hg; ЧСС 120 уд/мин, ЧД 28 в мин. план анестезии? Обоснование? Тактика?
5. Больная 74 года,рост 175 см вес 79 кг Сепсис, поддиафрагмальный абсцесс слева вскрывшийся в бр. Полость, разлитой гнойный перитонит. АД 120/70 мм Hg, ЧСС 118 уд/мин, ЧД 25 в мин. Соп – ИБС, ПИКС, СД 2 типа декомпенсация, ЗНО сигмовидной кишки с/п колостомии. план анестезии? Обоснование? Тактика?
6. Больной 32 лет рост 195 см, вес 105 кг, ЗЧМТ, УГМТС, ОСДГ справа до 100 мл, прогрессирующее субфальципартное вклинение. АД 90/50 мм Hg, ЧСС 140 в мин, ЧД 46 в мин, t 40,2 С Тактика? план анестезии? Обоснование?
7. Больная 72 лет, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, окклюзия ПБА слева, гангрена левой голени, стопы. Соп- СД 2 типа декомпенсация, ИБС, кардиосклероз, ХОБЛ вне обострения. АД 140/90 мм Hg, ЧСС 98уд/мин, ЧД 21 в мин. план анестезии? Обоснование? Тактика?
8. Больной 48 лет, ущемленная паховая грыжа, соп – цирроз печени, субкомпенсация, асцит, болезнь Бехтерева, терминальная стадия; АД 120/70мм ЧСС 108 уд/мин, ЧД 24 в мин план анестезии? Обоснование? Тактика?

9. Больной 30 лет, ДТП, открытая ЧМТ, перелом свода и основания черепа, перелом 3,4,5,6 ребра слева, ТТ грудной клетки, ушиб легких, ушиб сердца, АД 140/90 ммHg, ЧСС 128 уд/мин, ЧД 19 в мин план анестезии? Обоснование? Тактика?
10. Больной 72 лет, ЗНО желудка, кахексия (масса тела 42 кг, рост 172 см) соп – ИБС, кардиосклероз, хр.мерц.аритмия нормосистолия, ДППЖ 2 степени, нефросклероз, АД 160/90 ммHg, ЧСС 96 уд/мин, ЧД 19 в мин план анестезии? Обоснование? Тактика?
11. Больной 63 лет рост 180см, вес 97 кг; о.холецистопанкреатит, эмпиема желчного пузыря, разлитой гнойный перитонит, соп- АГ III ст риск 4 состояние после ОНМК, левостор гемипарез, план анестезии? Обоснование? Тактика?
12. Больная 48 лет рост 176 см, вес 95 кг; диффузный токсический зоб, Нео щитовидной железы, план – тиреоидэктомия; АД150/100 уд/мин, ЧСС 108 в мин, ЧД 21 в мин, Нб 138 г/л план анестезии? Обоснование? Тактика?
13. Больной 82 лет, рост 176 см, вес 54 кг, ОНМК по геморрагическому типу с образованием внутримозговой гематомы, АД 100/70 ммHg; ЧСС 140 уд/мин ЧД 12 в мин план анестезии? Обоснование? Тактика?
14. Больной 45 лет, рост 180 см, вес 69 кг, ЗНО подж.железы, синдром Золлингера-Элисона, состоявш ЖКК, АД130/70 ммHg, ЧСС 106 уд/мин, ЧДД 21 в мин Нб 75 г/л план анестезии? Обоснование? Тактика?
15. Больной 58 лет, в приемном отделении АД=60/40 мм Hg, ЧСС 116 уд/мин; ЧД 32 уд мин; SaO₂=75%; сознание сопор; кожные покровы и видимые слизистые бледные, дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах; анамнез – многократная рвота; Нб = 78 г/л; L=12,3 п 21 Диагноз? Обследование? Лечение?
16. Больной 24 лет, госпитализация в ОРИТ минуя приемное отделение – с места ДТП, АД =100/70 ЧСС 128 уд/мин; ЧД 28 в мин, SaO₂ = 94%; сознание сохранено, жалобы на боли в животе; дыхание жесткое, единичные влажные хрипы; живот подвздут, болезненный в правой подвздошной области; Нб102 г/л, L 5,4 п 10 Диагноз? Тактика? Лечение?

17. Больной 58 лет в приемном отделении, АД 210/100 мм Hg; ЧСС 68 уд/мин; ЧД 13 в мин; кома GCS 4-5 балла; кожа и видимые слизистые гиперемированы; гемипарез слева, носогубная складка сглажена справа; девиационный страбизм справа; СМП описывает рецидивирующие судорожные пароксизмы, Hb 154 г/л; L15,6 п 10. На ЭКГ – син тахикардия, рубцовые изменения по передне-боковой стенке, вертикальная ЭОС. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
18. Больная 29 лет, в гинекологии – беременность 35-36 нед СД 1 типа компенсация, хр.бронхит ремиссия; АД 40/0 mmHg, ЧСС 140 в мин; ЧД 10 в мин; кожа и видимые слизистые цианотичны; дыхание резко ослаблено; диффузные сухие хрипы по всем полям; Hb – 110 г/л; L 5,7 э15 п 10 Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
19. Больной 46 лет в приемном отделении; АД = 140/80 мм Hg, ЧСС 98 в мин, ЧД 19 в мин, сознание сохранено, жалобы на боли в области сердца, одышку; дыхание жесткое, единичные влажные хрипы в прикорневых отделах; живот мягкий, безболезненный, Hb 128 г/л, L 11,9 п 12; на ЭКГ – ST более 2 мм в V1, V2, aVL, I – отведениях, диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
20. Больная 34 лет, в наблюдательном отделении – беременность 30-31 нед, отеки беременных 2 ст, нефропатия беременных 1 ст, артериальная гипертензия II, риск 3; правое плечо АД 190/80 mmHg, левое плечо 140/90 ммHg; ЧСС 96 уд/мин, ЧД 21 в мин; сознание спутанное, неадекватна, эмоционально лабильна; жалобы на пелену перед глазами, головные боли; кожа и видимые слизистые пастозны, бледные; дыхание жесткое, проводные хрипы; Hb 92 г/л; L 7,8 п 6. Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
21. Больной 3 лет, в приемном отделении – АД 100/70 mm Hg; ЧСС 120 в мин; ЧД 38 в мин; ажитирован, выраженный стридор; со слов родителей болеет ОРВИ в течении недели; кожные покровы бледные, акроцианоз; дыхание пуэрильное, сухие хрипы в прикорневых отделах; Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?
22. Больная 45 лет в ОРИТ минуя приемное; АД 80/50 мм Hg; ЧСС 96 в мин, ЧД 23 в мин; сопор GCS 9-10 баллов; множественные ушибы лица, конечностей; доставлена с улицы;

- дыхание жесткое, проводные хрипы; Нв 132 г/л; L 10,9 п 8. Диагноз? Обследование?
Тактика? Лечение?
23. Больной 56 лет в переведен в ОРИТ из операционной – инфицированный панкреонекроз, марсупилизация, санация дренирование бр.полости. АД 110/70 мм Hg, ЧСС 124 уд/мин, ИВЛ ручным способом; мед.сон; дыхание жесткое, хрипов нет; объем инфузии в операционной 1000 мл за 68 мин; на ЭКГ – син ритм, гипертрофия левого желудочка; Нв 93 г/л L 12,5 п 6 Обследование? Тактика? Лечение?
24. Больной 42 лет в приемном отделении, АД 140/70 ммHg; ЧСС 112 уд/мин; ЧД 21 в мин; сознание сохранено, жалобы на резкие боли в животе; дыхание жесткое, хрипов нет; живот подвздут, резко болезненнен; Нв 121 г/л L 15,5 п 12. Диагноз? Обследование?
Тактика? Лечение?
25. Больной 58 лет в приемном отделении, АД 70/40 мм Hg; ЧСС 140 в мин; ЧД 38 в мин; сознание спутанное жалобы на одышку; кожные покровы цианотичны преимущественно воротниковая зона и лицо; дыхание жесткое, хрипов нет, тоны сердца глухие, аритмичные; на экг – мерц аритмия с частотой 120-150 Диагноз? Обследование?
Тактика? Лечение?
26. Больной 32 лет, в приемном отделении, АД 100/70 мм Hg; ЧСС 120 в мин, ЧД 32 в мин; сопор GCS 9-10 баллов; кожа и видимые слизистые сухие, бледные; дыхание жесткое, хрипов нет; диурез снижен; глюкоза 26,5 ммоль/л; Нв 165 г/л Na 154 ммоль/л Диагноз?
Обследование? Тактика? Лечение?
27. Больная 72 лет; в приемном отделении, АД 140/90 мм Hg; Чсс 98 в мин, ЧД 19 в мин; кома GCS 6-7 баллов; дыхание жесткое, проводные хрипы; тоны сердца приглушены, аритмичные; правосторонний гемипарез; дивиация глазных яблок влево; менингеальные симптомы сомнительные; t 37,0 С; Нв 113 г/л; L 10,1 п 6 Диагноз? Обследование?
Тактика? Лечение?
28. Больной 19 лет, в приемном отделении – АД 70/50 mm Hg, ЧСС 58 в мин, ЧДД 10 в мин; доставлен скорой после утопления; ссадины лобной, скуловых областей; кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные; дыхание резко ослаблено; Нв 104 г/л; L 5,4 п 32; Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

29. Больной 42 лет, в приемном отделении – АД 40/0 мм Hg, ЧСС 140 уд/мин, ЧД 38 в мин; сопор GCS 9-10 баллов; дыхание резко ослаблено, справа не выслушивается; t 40,9 С; Нв -92 г/л; L – 1,3 п 58 Диагноз? Обследование? Тактика? Лечение?

Критерии оценки качества знаний:

Зачет – знание в полном объеме по общим вопросам организации помощи больным с патологией внутренних органов; этиологии, патогенеза заболеваний внутренних органов, морфологические изменения при них, клинические проявления, варианты течения; современные методы диагностики заболеваний внутренних органов; принципы и методы фармакотерапии заболеваний внутренних органов с позиций доказательной медицины; методы и средства первичной и вторичной профилактики заболеваний внутренних органов.

Незачет – фрагментарные знания, нет целостного представления о нозологической форме по одному из заданных вопросов.

Оценочные средства экзамена по дисциплине

Итогом освоения дисциплины является экзамен, проводимый согласно утвержденному графику учебного процесса. К экзамену допускаются клинические ординаторы, в полном объеме выполнившие программу дисциплины. Экзамен включает: тестирование по специальности «Анестезиология-реаниматология», экзамен по практическим навыкам и умениям, включающий осмотр больного перед операцией, назначение плана обследования и лечения, назначение премедикации, самостоятельное проведение анестезиологического пособия, самостоятельное ведение пациентов в ОРИТ, оформление медицинской документации, знание и умение работать с наркозно-дыхательной и контрольно-диагностической аппаратурой, теоретический экзамен.

Итоговая оценка определяется исходя из следующих критериев:

Отлично - Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует уровень знаний клинического ординатора.

Хорошо - Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно

раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в медицинских терминах. В ответе допущены недочеты, корректируемые в ходе обсуждения.

Удовлетворительно - Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в медицинских терминах. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые клинический ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

Неудовлетворительно - Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы не приводят к коррекции ответа не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

Перечень вопросов для устного собеседования:

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.1 Раздел 1. «Методы диагностики гастроэнтерологических заболеваний»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Показанием к эзофагоскопии не является:<ol style="list-style-type: none">а. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;б. эзофагит;в. рак пищевода;г. травма грудной клетки;д. варикозное расширение вен пищевода.2. Из указанных заболеваний относительным противопоказанием к эзофагоскопии является:<ol style="list-style-type: none">а. варикозное расширение вен пищевода;б. эпилепсия;в. острое воспалительное заболевание миндалин, глотки, гортани, бронхов;г. эзофагит;д. рак пищевода.3. Показанием к плановой гастроскопии является:<ol style="list-style-type: none">а. обострение хронического гастрита;б. язва желудка;в. рак желудка;г. доброкачественная подслизистая опухоль желудка;д. все перечисленное.4. Показанием к экстренной гастроскопии не является: 1.полип желудка; 2.инородное тело; 3.анастомоз; 4.желудочно-кишечное
--	--

кровотечение.

- а. если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. если правильны ответы 1 и 3;**
- в. если правильны ответы 2 и 4;
- г. если правильный ответ 4;
- д. если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

5. При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести:

- а. обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости;
- б. рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью;
- в. эзофагогастродуоденоскопию;**
- г. колоноскопию;
- д. ректороманоскопию

6. Какой метод диагностики язвенной болезни желудка наиболее достоверный?

- а. рентгеноскопия
- б. гастродуоденоскопия**
- в. ультразвуковое исследование
- г. лапароскопия
- д. рентгенография

7. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите НЕ являются:

- а. гиперемия и отёк слизистой оболочки
- б. контактная ранимость и кровоточивость
- в. поверхностные дефекты слизистой оболочки
- г. глубокие щелевидные язвы**
- д. поверхностное сплошное воспаление

8. Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни?

- а. радионуклидное исследование
- б. термография
- в. лапароскопия
- г. ультразвуковая эхолокация**
- д. гепатосцинтиграфия

9. Назовите наиболее информативный метод диагностики ЖКБ:

- а. обзорная рентгенография живота
- б. УЗИ органов брюшной полости**
- в. дуоденальное зондирование
- г. биохимическое исследование крови (билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин)
- д. ФГДС

10. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:

- а. УЗИ брюшной полости

	<p>б. эндоскопическое УЗИ в. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография г. пероральная холецистография</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2 Раздел 2. «Заболевания желудочно-кишечного тракта»</p>	<p>11. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. нитроглицерин б. изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное) в. транквилизаторы г. холинолитики д. спазмолитики <p>12. Для начальной стадии рефлюкс-эзофажита наиболее типичным являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода б. гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода в. геморрагические изменения в слизистой г. зияние кардии д. эрозивно-язвенные дефекты слизистой <p>13. «Золотой стандарт» лечения ГЭРБ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Ингибиторы протонной помпы б. Н-2- гистаминоблокаторы в. М- холинолитики г. Антациды д. Спазмолитики <p>14. Отрыжка и срыгивание, возникающие при наклоне туловища, наблюдаются при</p> <ul style="list-style-type: none"> а. аэрофагии б. вегетативной лабильности в. недостаточности антропилорической области г. недостаточности кардии д. стриктурах пищевода <p>15. Для быстрого купирования изжоги следует использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. ингибиторы протонной помпы б. антациды и альгинаты в. спазмолитики г. адсорбенты д. Н-2-гистаминоблокаторы <p>16. Внепищеводными синдромами ГЭРБ могут являться:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. жгучие загрудинные ангинозоподобные боли б. эрозии зубной эмали в. ларингит г. бронхиальная астма д. все выше перечисленное

17. Пищевод Баррета – это:

- а. **замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии**
- б. замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием
- в. эрозивно-язвенное поражение пищевода
- г. аденокарцинома пищевода
- д. атрофия слизистой оболочки пищевода

18. При лечении пищевода Баррета ИПП (ингибиторы протонной помпы) применяются:

- а. в течение 4 недель
- б. в течение 8 недель
- в. в течении года
- г. **проводится непрерывная поддерживающая терапия ИПП**
- д. назначение ИПП нецелесообразно

19. При длительной терапии ИПП больным ГЭРБ с наличием инфекции *Helicobacter pylori* (Hр) необходимо проведение эрадикации, так как:

- а. эрадикация (Hр) способствует уменьшению симптомов ГЭРБ
- б. эрадикация уменьшает частоту рецидивов ГЭРБ
- в. эрадикация повышает эффективность лечения ГЭРБ
- г. **эрадикация способствует предотвращению транслокации Hр из антрального отдела на тело желудка и тем самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка**
- д. эрадикация Hр в данном случае не показана

20. К рекомендациям по изменению образа жизни для больных ГЭРБ относятся:

- а. избегать обильного приема пищи и не есть на ночь;
- б. отказаться от курения;
- в. не носить тесную одежду и тугий пояс;
- г. спать с приподнятым головным концом кровати;
- д. **все выше перечисленное**

21. Показаниями для хирургического лечения ГЭРБ (лапароскопической фундопликации) являются:

- а. сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы, несмотря на оптимальную терапию
- б. ухудшение качества жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами
- в. наличие пищевода Баррета
- г. наличие рефлюкс-эзофагита III-IV степени
- д. **все выше перечисленные**

22. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:

- a. **регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути**
- б. избыточной массой тела
- в. дисфагией
- г. спазмом пищевода
- д. длительностью заболевания

23. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:

- a. **эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом**
- б. хронической пневмонией
- в. язвенной болезнью желудка
- г. хроническим активным пангастритом
- д. склеродермией

24. Признаками пищевода Баррета являются:

- a. язва пищевода
- б. **цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части**
- в. врожденный короткий пищевод
- г. отсутствие перистальтики пищевода
- д. щелочной пищевод

25. Какой метод исследования показан для выявления дивертикула пищевода?

- a. **рентгенологическое исследование;**
- б. медиастиноскопия;
- в. электрокимография;
- г. эзофагоманометрия;
- д. УЗИ.

26. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания,

анализ крови в пределах нормы. Диагноз:

- a. рак пищевода;
- б. **ахалазия пищевода;**
- в. рубцовая стриктура пищевода;
- г. эзофагит;
- д. дивертикул.

27. Ведущая роль в генезе язвы дистального отдела пищевода принадлежит:

- a. **рефлюксу желудочного содержимого в пищевод**
- б. эзофагиту
- в. снижению защитных свойств слизистой
- г. нарушению микроциркуляции
- д. нарушению регенерации

28. Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить?

- а. ценкеровский дивертикул пищевода;
- б. хронический гастрит;
- в. хронический панкреатит;
- г. **рефлюкс-эзофагит;**
- д. рак пищевода.

29. Лечение склеродермии пищевода включает:

- а. щадящую диету
- б. кортикостероиды
- в. лидазу
- г. правильные ответы а. и б.
- д. **все перечисленное**

30. Механизм замыкания кардии обусловлен:

- а. пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)
- б. автоматизмом кардии
- в. верхней зоной повышенного давления в пищеводе
- г. внутрибрюшным давлением

5. правильные ответы а. и б

31. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером сопровождается:

- а. снижением секреции гастрина
- б. ахлоргидрией
- в. диффузной атрофией главных желез желудка
- г. **развитием антрального гастрита**
- д. недостаточностью кардии

32. Гастрин (17) секретируется:

- а. **антральным отделом желудка**
- б. фундальным отделом желудка
- в. слизистой 12-перстной кишки
- г. бруннеровыми железами
- д. поджелудочной железой

33. Ахлоргидрия отмечается при:

- а. **пернициозной анемии**
- б. болезни Менетрие
- в. лимфоцитарном гастрите
- г. эозинофильном гастрите
- д. гранулематозном гастрите

34. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относят:

- а. анализ желудочного сока
- б. рентгеноскопию
- в. гастроскопию
- г. **гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка**
- д. рН-метрию

35. К этиологическим факторам язвенной болезни относят:

- а. алкоголь
- б. никотин
- в. нарушения питания
- г. стресс
- д. **хеликобактер пилори**

36. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

- а. рвота желчью
- б. урчание в животе
- в. резонанс под пространством Траубе
- г. **шум плеска через 3-4 часа после приема пищи**
- д. видимая перистальтика

37. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:

- а. рефлюкс-гастрит
- б. **язвенная болезнь**
- в. гипертрофия мышц привратника
- г. пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку
- д. доброкачественный полип желудка

38. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о:

- а. стенозе выходного отдела желудка
- б. **злокачественной язве**
- в. пенетрации язвы
- г. микрокровоотечениях из язвы
- д. перфорации язвы

39. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:

- а. локализация язвы
- б. величина язвы
- в. **отсутствие рецидивирующего течения**
- г. кровотечение
- д. часто пенетрируют

40. Лекарственные язвы чаще осложняются:

- а. **кровотечением**
- б. перфорацией
- в. стенозом
- г. малигнизацией
- д. пенетрацией

41. В желудочно-кишечном тракте желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Это происходит в:

- а. 12-перстной кишке
- б. **подвздошной кишке**

- в. толстой кишке
- г. желудке
- д. тощей кишке

42. У лиц с врожденной недостаточностью лактазы отмечается вздутие живота, скопление газов и диарея при переваривании:

- а. молока**
- б. яиц
- в. черного хлеба
- г. капусты
- д. сладостей

43. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тонкой кишки является:

- а. микроворсинка**
- б. бокаловидная клетка
- в. цилиндрическая клетка
- г. ворсинка

44. Суточная норма клетчатки в питании составляет:

- а. 10 г
- б. 20 - 30 г**
- в. 40-45 г
- г. 60 - 80 г
- д. 100- 150 г

45. Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно:

- а. гипохромная анемия
- б. дефицит витамина С
- в. общее состояние больного не страдает**
- г. пеллагрические изменения кожи
- д. дефицит витаминов группы В

46. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки с преобладанием запоров в терапию целесообразно включить:

- а. гранаты
- б. пшеничные отруби**
- в. сок капусты
- г. сок алоэ
- д. картофель

47. Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в:

- а. прямой кишке
- б. сигмовидной кишке**
- в. нисходящей кишке
- г. поперечно-ободочной кишке
- д. слепой кишке

48. Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного полипа толстой или прямой кишки является:

- а. оль
- б. кровь при дефекации**

- в. мелена
- г. диарея
- д. запор

49. В норме рН кала находится в пределах:

- а. 2,2 - 3,5
- б. 3,8 - 4,5
- в. 5,0 - 6,2
- г. **6,8 - 7,3**
- д. 7,5 - 8,2

50. Поражение прямой кишки при неспецифическом язвенном колите может быть в:

- а. 10 - 20% случаев
- б. 25 - 50% случаев
- в. 50 - 70% случаев
- г. 70 - 85% случаев
- д. **100% случаев**

51. При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается:

- а. **слизистая оболочка**
- б. слизистая и подслизистая оболочки
- в. серозная оболочка
- г. вся стенка кишки
- д. мышечный слой кишки

52. Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением при:

- а. болезни Крона
- б. дивертикулезе толстой кишки
- в. **неспецифическом язвенном колите**
- г. врожденной долихосигме
- д. полипозе толстой кишки

53. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:

- е. увеличение диаметра кишки
- ж. множественные гаустрации
- з. вид «бульжной мостовой»
- и. мешковидные выпячивания по контуру кишки
- к. **изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки**

54. При неспецифическом язвенном колите легкой и средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:

- а. кортикостероиды
- б. фталазол
- в. левомецетин
- г. **сульфасалазин, месалазин**
- д. ампициллин

	<p>55. При болезни Крона чаще поражается:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. пищевод б. желудок в. подвздошная кишка г. аппендикс д. прямая кишка <p>56. Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается в:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. слизистой оболочке б. подслизистом слое в. мышечном слое г. субсерозном слое д. серозном слое <p>57. Типичными признаками стриктуры прямой кишки являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. затруднения при дефекации б. поносы в. примесь крови г. тенезмы д. зуд <p>58. Целиакия характеризуется непереносимостью:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. пшеницы б. риса г. гречи в. овса д. а, г <p>59. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. диарея б. истощение в. анемия г. боли в костях, патологические переломы д. все верно <p>60. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. псориаз б. герпетиформный дерматит в. атопический дерматит г. пемфигоид д. пузырьчатка
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3. «Заболевания гепатобилиарной зоны»</p>	<p>61. Конъюгированный билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. глюкоронилтрансферазы б. лейцинаминопептидазы в. кислой фосфатазы г. нуклеотидазы д. глутаматдегидрогеназы <p>62. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:</p>

а. повышение активности аланиновой аминотрансферазы

б. повышение альдолазы

в. повышение активности аспарагановой аминотрансферазы

г. гипоальбуминемия

д. гиперферремия

63. Наиболее специфичным тестом внутripеченочного холестаза является:

а. динамическая сцинтиграфия

б. трансаминазы

в. щелочная фосфатаза

г. конъюгированный билирубин

д. неконъюгированный билирубин

64. Из факторов свертывания крови меньше всего страдает при заболеваниях печени:

а. фибриноген

б. тромбин

в. фактор V

г. антигемофильный глобулин

д. фактор VII

65. При циррозе печени электрофорез белков выявляет

а. повышение альбумина

б. значительное увеличение α 1-глобулина

в. повышение γ -глобулина

г. отсутствие β -глобулина

д. отсутствие α 2-глобулина

66. Высокий уровень γ -глутамилтранспептидазы является характерным для:

а. остро́го алкогольного гепатита

б. хронического гепатита В и С

в. гемохроматоза

г. сахарного диабета

д. хронического панкреатита

67. Для гемолитической желтухи не является характерным:

а. увеличение в крови неконъюгированного билирубина

б. нормальный уровень сывороточной щелочной фосфотазы

в. нормальный уровень сывороточных трансаминаз и γ -глутамил-транспептидазы

г. билирубинурия

д. гиперретикулоцитоз

68. Уровень связанного (конъюгированного) билирубина в крови не возрастает при:

а. синдроме Ротора

б. синдроме Дабина-Джонсона

в. гемолитической желтухе

г. хроническом активном гепатите

д. первичном билиарном циррозе печени

69. Наиболее чувствительным тестом при синдроме гиперспленизма является:

- а. определение билирубина в сыворотке крови
- б. динамическая сцинтиграфия с радиофармпрепаратом
- в. определение АСТ в сыворотке крови
- г. определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- д. **определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови**

70. Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на:

- а. микронодулярный цирроз печени
- б. холестаз
- в. **острый вирусный гепатит**
- г. первичный билиарный цирроз
- д. аминазиновую желтуху

71. Зуд при желтухе связан с:

- а. билирубином
- б. **солями желчных кислот**
- в. лецитином
- г. фосфолипидами
- д. щелочной фосфатазой

72. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от холестатического гепатита составляют:

- а. **ступенчатые некрозы**
- б. отложение меди
- в. жировая дистрофия
- г. нарушение архитектоники печеночных долек

73. Сочетание цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов характерно для:

- а. острого вирусного гепатита С
- б. острого вирусного гепатита В
- в. **аутоиммунного гепатита**
- г. хронического неактивного гепатита
- д. гемохроматоза

74. При хроническом гепатите В с синдромом гиперспленизма прогностически опасным является:

- а. снижение содержания эритроцитов
- б. **снижение содержания тромбоцитов до 50 - 30 на 10 в 9/л**
- в. лейкопения
- г. отсутствие эффекта при суточной дозе 15 - 20 мг преднизалона
- д. ускоренное СОЭ

75. Решающим в диагностике хронического гепатита любого

гене́за является:

- а. повышения трансфераз
- б. диспротеинемия
- в. гистологическое исследование пунктата печени**
- г. данные объективного осмотра
- д. гипербилирубинемия

76. При лечении диуретиками асцита при циррозе печени не является осложнением:

- а. гиповолемия
- б. гипокалиемия
- в. гиперкалиемия**
- г. азотемия
- д. нарушение сердечной деятельности

77. Рациональным мероприятием при лечении постцирротического асцита является:

- а. соблюдение диеты с содержанием поваренной соли от 5 до 10г
- б. ограничение суточного потребления жидкости до 8 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 мэкв
- в. довести суточный диурез до 2 - 3 литров
- г. верошпирон внутрь от 100 до 400 мг с учетом суточного диуреза**
- д. начинать терапию салуретиками с максимальных терапевтических доз

78. Противопоказанием к проведению диагностического параабдоминоцентеза не является:

- а. лихорадка у больного циррозом печени с асцитом
- б. нарастание симптомов печеночной энцефалопатии у больного циррозом печени с асцитом
- в. синдром гиперспленизма**
- г. признаки перитонита
- д. желудочно-кишечное кровотечение

79. К более постоянному клиническому проявлению гемохроматоза относится:

- а. пигментация кожи**
- б. экстрапирамидные синдромы
- в. кольца Кайзера-Флейшнера
- г. лейкоцитоз
- д. анемия

80. Для верификации гемохроматоза наиболее достоверной диагностической процедурой является:

- а. биопсия кожи
- б. определение сывороточного железа
- в. биопсия тонкой кишки
- г. ректальная биопсия
- д. биопсия печени**

81. Клетки поджелудочной железы, вырабатывающие ферменты - это:
- а. клетки калликреиновой системы
 - б. клетки эпителиально-железистой ткани**
 - в. В - клетки
 - г. Д - клетки
 - д. А – клетки
82. Важнейшим лабораторно-диагностическим тестом муковисцидоза является:
- а. лотовый**
 - б. амилаза крови
 - в. содержание аминокислот в кале
 - г. содержание жира в кале
 - д. мочевого синдром
83. Значительное увеличение в слюне и поте натрия, хлора и калия указывают на:
- а. паротит
 - б. сахарный диабет
 - в. хронический панкреатит
 - г. кистозный фиброз поджелудочной железы**
 - д. рак поджелудочной железы
84. При пенетрации язвы в поджелудочную железу часто повышается:
- а. амилаза**
 - б. липаза
 - в. глюкоза
 - г. щелочная фосфатаза
 - д. глюкагон
85. Секретин:
- а. повышает продукцию гастрина
 - б. вызывает значительное снижение гастрина в сыворотке
 - в. продуцируется поджелудочной железой
 - г. продуцируется слизистой оболочкой 12 п. к.**
 - д. повышает кислотность желудочного содержимого
86. Характерной клинической чертой хронического панкреатита является:
- а. развитие сахарного диабета
 - б. недостаточность функции внешней секреции (гипоферментемия)**
 - в. желтуха
 - г. повышение аминотрансфераз
 - д. гепатомегалия
87. Больному хроническим панкреатитом латентного течения показаны:
- а. общий полноценный рацион
 - б. диета с преобладанием жиров**

- в. диета с преобладанием углеводов
- г. диета с преобладанием белков**
- д. диета с повышенным содержанием железа

88. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает:

- а. хирургическое лечение
- б. ингибиторы трипсина
- в. ферментные препараты
- г. диету №5п**
- д. анальгетики

89. Методом выбора лечения псевдоопухоловой формой хронического панкреатита является:

- а. консервативный
- б. хирургический**
- в. химиотерапия
- г. рентгенотерапия
- д. рефлексотерапия

90. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает :

1. полифекалия
2. креаторея
- 3. стеаторея**
4. амилорея
5. наличие крови и слизи в стуле

91. При снижении холатохолестеринового коэффициента возникает склонность к заболеванию:

- а. бактериальным холециститом
- б. калькулезным холециститом**
- в. хроническим гепатитом
- г. циррозом печени
- д. хроническим холангитом

92. Основной функцией желчи является:

- а. эмульгация жиров**
- б. гидролиз углеводов
- в. лизис белков
- г. лизис жиров
- д. нейтрализация желудочного содержимого

93. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

- а. H₂-блокаторы гистамина
- б. препараты группы сукральфата
- в. спазмолитики, одестон**
- г. беззондовые тюбажи
- д. хирургическое лечение

94. В лечении гипокINETической формы дискинезии желчного

пузыря используют:

- а. холекинетики, хофитол**
- б. спазмолитики
- в. хирургическое лечение
- г. антациды
- д. ферменты

95. Отсутствие видимости желчного пузыря после введения йодированных соединений означает:

- а. снижение всасывания в кишечнике
- б. снижение функции печени
- в. снижение функции поджелудочной железы
- г. патологию желчного пузыря**
- д. снижение перистальтики кишечника

96. Желчные камни чаще всего состоят из:

- а. солей желчных кислот
- б. холестерина**
- в. оксалатов
- г. мочевой кислоты
- д. цистина

97. При желчнокаменной болезни имеет место:

- а. снижение соотношения желчных кислот к холестерину**
- б. снижение уровня билирубина в моче
- в. повышение уровня желчных кислот
- г. повышение уровня лецитина
- д. снижение уровня белков желчи

98. Чрезкожная холангиография является методом, позволяющим диагностировать:

- а. хронический гепатит
- б. билиарный цирроз печени
- в. непроходимость желчных путей с механической желтухой**
- г. абсцесс печени
- д. внутрипеченочный сосудистый блок

99. Лечение при холецистолитиазе включает применение:

- а. холевой кислоты
- б. хенодезоксихолевой кислоты**
- в. литохолевой кислоты
- г. кетолитохолевой кислоты
- д. дегидрохолевой кислоты

100. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:

- а. УЗИ брюшной полости
- б. эндоскопическое УЗИ
- в. эндоскопическая холангиопанкреатография ретроградная
- г. пероральная холецистография
- д. КТ брюшной полости

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4. «Избранные вопросы гастроэнтерологии»</p>	<p>101. В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от доброкачественной можно использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. локализацию язвы б. размеры в. глубину г. кровоточивость д. морфологию <p>102. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):</p> <ul style="list-style-type: none"> а. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом б. диарея в. запоры г. развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии д. а, б, г <p>103. При раке большого дуоденального соска встречаются все перечисленные симптомы, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а. дуоденального кровотечения б. коликообразных болей в. дуоденостаза г. лихорадки с ознобом д. повышения сахара в крови <p>104. Наиболее частая локализация рака поджелудочной железы:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. диффузная б. хвост в. тело г. головка д. выводной проток <p>105. Ведущий симптом рака пищевода:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. тупые боли в груди б. приступы кашля в. осиплость голоса г. лихорадка д. дисфагия <p>106. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка в:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. головной мозг б. надключичные лимфоузлы

- в. печень
- г. яичники**
- д. брюшину

107. Какая локализация опухоли в ободочной кишке наиболее часто обуславливает состояние кишечной непроходимости?

- а. рак печеночного изгиба
- б. рак слепой кишки.
- в. рак нисходящей и сигмовидной кишки**
- г. рак поперечноободочной кишки.
- д. рак селезеночного изгиба кишки.

108. Какой характер кровоточивости у больного раком прямой кишки?

- а. появление алой крови в конце акта дефекации
- б. появление крови перед актом дефекации**
- в. профузное ректальное кровотечение
- г. примесь алой крови к каловым массам
- д. мелена

109. Частота метастазирования рака ободочной кишки обусловлена:

- а. локализацией опухоли
- б. макроскопической формой опухоли
- в. микроскопическим строением опухоли
- г. степенью дифференциации клеточных элементов опухоли**
- д. размером опухоли

110. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):

- а. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом; диарея; развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии**
- б. коллаптоидные реакции; запоры; желтуха
- в. лихорадка, похудание, анорексия
- г. суставной синдром, тахикардия, диарея
- д. приступы резкой бледности, тахикардия, артериальная гипертензия

111. α - фетопроtein обнаруживается в крови больных:

- а. первичным гепатоцеллюлярным раком печени**
- б. полипозным гастритом
- в. лейомиомой желудка
- г. полипом прямой кишки
- д. туморозной формой хронического панкреатита

112. Часто дают метастазы в печень опухоли, локализующиеся

- а. в желудке

- б. в толстой кишке
- в. в легких
- г. в поджелудочной железе
- д. все перечисленное**

113. Рак желчного пузыря чаще всего ассоциирован с:

- а. циррозом печени
- б. язвенной болезнью
- в. гастродуоденитом
- г. холедохолитиазом**
- д. дивертикулезом кишечника

114. Характерные клинические симптомы рака желчного пузыря все, КРОМЕ:

- а. болевой
- б. отечный**
- в. диспепсический
- г. потеря массы тела
- д. желтуха

115. При раке фатерова сосочка при объективном исследовании наиболее часто определяется:

- а. симптом Кера
- б. симптом Мак-Кензи
- в. симптом Мюсси
- г. симптом Курвуазье**
- д. симптом Менделя

116. В патогенезе рака печени имеют значение

- а. вирусный гепатит В
- б. андрогенные стероиды
- в. травмы печени
- г. генетические особенности организма
- д. все перечисленное**

117. На операции обнаружен спавшийся желчный пузырь, общий желчный проток менее 4 мм, дуоденум и панкреас - без изменений. Печень увеличена, внешний вид ее похож на билиарный цирроз. Этот симптомокомплекс наиболее характерен

- а. для холестатического гепатита
- б. для карциномы бифуркации печеночных протоков**
- в. первичного билиарного цирроза
- г. вторичного склерозирующего холангита
- д. первичного склерозирующего холангита

118. В отношении рака тонкой кишки верны следующие положения

- а. это часто встречающееся заболевание
- б. чаще болеют мужчины
- в. чаще болеют люди в возрасте старше 50 лет
- г. правильные ответы а. и б.
- д. правильные ответы б. и в.**

119. Рак тонкой кишки метастазирует

- а. в регионарные лимфоузлы
- б. в почки
- в. в легкие
- г. в кости

д. во все перечисленные органы

120. К начальным проявлениям рака тонкой кишки относятся все следующие, кроме

- а. локализованных болей в животе
- б. вздутия живота (локализованного)
- в. запоров, сменяющихся поносами

г. крови в кале

121. Первоочередной задачей при инородных телах пищевода являются:

- а. противошоковая терапия
- б. промывание пищевода
- в. удаление инородного тела**
- г. хирургическое лечение
- д. трахеостомия

122. Редким осложнением аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

- а. катаральный рефлюкс-эзофагит
- б. ущемление**
- в. кровотечение
- г. рефлекторная стенокардия
- д. эрозивно-язвенный эзофагит

123. Рациональным лечением флегмоны желудка является:

- а. хирургическое**
- б. симптоматическое
- в. физиотерапевтическое
- г. санаторно-курортное
- д. фитотерапевтическое

124. Подтверждающим перфорацию язвы является:

- а. рентгенологически определяемый газ под правым куполом диафрагмы**
- б. острые боли внизу живота
- в. повышение артериального давления
- 4. нарастающая анемия
- д. метеоризм

125. Больного с острым холециститом необходимо госпитализировать в отделение:

- а. терапевтическое
- б. инфекционное
- в. хирургическое**
- г. реанимационное

д. гастроэнтерологическое

126. Для острого тромбоза в системе воротной вены наименее характерна:

- а. острая боль
- б. желтуха**
- в. повторная рвота
- г. портальная гипертензия
- д. коллапс

127. Синдром Меллори-Вейса чаще всего сопровождается:

- а. язвенную болезнь
- б. лимфому
- в. карциному
- г. алкоголизм**
- д. грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

128. При симптомокомплексе "острого живота" исчезновение "печеночной тупости" свидетельствует:

- а. об остром панкреатите
- б. о функциональной кишечной непроходимости
- в. о перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки**
- г. о механической кишечной непроходимости
- д. о правостороннем пневмосклерозе

129. Частыми причинами развития острой печеночной недостаточности является:

- а. Алкогольное поражение печени
- б. Лекарственное поражение печени
- в. Острый вирусный гепатит
- г. Промышленные токсины
- д. Все выше перечисленное**

130. При ожогах пищевода могут быть осложнения:

- а. кровотечение
- б. стриктуры
- в. медиастенит
- г. рефлюкс-эзофагит
- д. а, б, в.**

131. Инструментальные поражения пищевода возможны при:

- а. введении зонда
- б. бужировании
- в. эзофагоскопии
- г. рентгеновском исследовании
- д. а, б, в.**

132. Для клинической картины разрыва желудка характерно:

- а. резчайшая боль
- б. кровавая рвота
- в. отсутствие печеночной тупости

г. коллапс

д. все выше перечисленное

133. Мужчина 55 лет три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H₂-гистаминблокаторами реагировал положительно. Поступил с кровоточащей язвой. За 4 недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Какова дальнейшая лечебная тактика?

а. Прерывистая курсовая терапия H₂-гистаминблокаторами

б. Поддерживающая терапия H₂-гистаминблокаторами

в. Хирургическое лечение

г. Терапия сукральфатом

д. Курсовая терапия омепразолом

134. Признаками перфорации язвы являются:

а. отсутствие печеночной тупости

б. сильнейшая боль в эпигастрии

в. ригидность передней брюшной стенки

г. гиперперистальтика

д. а, б, в.

135. Пенетрацию язвы подтверждают симптомы:

а. усиление болей

б. уменьшение ответной реакции на антациды

в. появление болей в спине

г. все вышеперечисленное

136. К экстравезикальным осложнениям острого холецистита относятся:

а. перитонит

б. холангит

в. панкреатит

г. сепсис

д. все выше перечисленные

137. Причинами возникновения острого холецистита являются:

а. инфекция

б. нарушение оттока желчи

в. нарушение обмена желчи в пузыре

г. камни желчного пузыря

д. все выше перечисленные

138. Дегтеобразный стул появляется при повреждении следующих отделов пищеварительного тракта:

а. пищевода

б. желудка

в. двенадцатиперстной кишки

г. сигмовидной кишки

д. а, б, в

139. Для острого токсического гепатита характерны симптомы:

а. желтуха

	<p>б.рвота в.кровохарканье г.нарушения ритма сердца д. а, б.</p> <p>140. К неотложным действиям при пищевой токсикоинфекции относятся:</p> <p>а. исследование кала и рвотных масс на наличие возбудителя б. назначение инфузионной и дезинтоксикационной терапии в. экстренная лапароскопия г. назначение антибиотиков д. ректороманоскопия</p> <p>141. При склеродермии пищевода чаще всего поражаются:</p> <p>а. глоточно-пищеводный сфинктер б. кардиоэзофагеальный сфинктер в. средняя треть пищевода г. поддиафрагмальная часть пищевода д.б и г</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ДВ.1.1.1 Раздел 1. «Методы диагностики заболеваний ЖКТ»</p>	<p>Ситуационная задача 1 (Язвенная болезнь желудка)</p> <p>Больной А. 44 лет, ведущий инженер шахты, жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии, больше справа, которые возникают через 20-30 минут после еды и значительно уменьшаются или исчезают через 1,5-2 часа. Отмечает изжогу, иногда горечь во рту, аппетит сохранен, стул нормальный 1 раз в сутки. Пациент отметил, что лучше переносит молочную пищу.</p> <p>Анамнез заболевания: в течение нескольких лет отмечал дискомфорт в собственно эпигастрии после кислой, копченой, соленой пищи. Принимал ферменты, указанные явления исчезали. В последние месяцы испытывал перегрузки на работе (ночные смены), стрессы (предаварийные ситуации на шахте). Стал отмечать боли вначале тупые умеренные, которые снимались Алмагелем, молоком. В дальнейшем боли усилились, особенно после приема пищи, независимо от ее качества. Появилась изжога, которая часто сопровождалась горечью во рту. Снижил объем принимаемой пищи, однако боль прогрессировала, госпитализирован в отделение.</p> <p>Курил по ½ пачки в день, последние 5 лет не курит.</p> <p>Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Границы сердца в норме. ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в эпигастрии. При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 148 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $5,2 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $7,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 37%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.</p> <p>ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая в пищеводе без изменений. В средней трети желудка по малой кривизне имеется язвенный дефект стенки (слизистая и подслизистая) до 1,2 см, дно дефекта выполнено фибрином, края дефекта приподняты, отечные. На остальном протяжении</p>
---	--

	<p>в желудке имеются очаг неяркой гиперемии. ДПК без изменений. Взята биопсия 4 кус. При взятии биопсии из краев язвы отмечается умеренная нейтрофильная инфильтрация и отек.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для профилактики обострения заболевания? 6. Определите тактику ведения больного. 7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании. <p>Ситуационная задача 2 (Язвенная болезнь 12-перстной кишки)</p> <p>Мужчина 29 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодические боли в эпигастриальной области ноющего характера, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Данные боли беспокоят в течение 2 лет, но в последнее время участились. Боль снимается приемом антацидных препаратов (Маалокс) и небольшого количества пищи. Не обследовался.</p> <p>Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 60 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Симптомы Ортнера, Василенко отрицательные. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? 5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания? 6. Определите тактику ведения больного. 7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2 Раздел 2. «Заболевания желудочно-кишечного тракта»</p>	<p>Ситуационная задача 3 (Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь)</p> <p>Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.</p> <p>Данные фиброгастроуденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному. 5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор. 6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании. <p>Ситуационная задача 4 (ГЭРБ)</p> <p>Врач-терапевт участковый поликлиники вызвал машину скорой медицинской помощи с целью возможной госпитализации для женщины 45 лет, у которой предположил диагноз «ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром.</p>

Бронхиальная астма, обострение».

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет, после значительного уменьшения физической активности, отмечает постоянное увеличение массы тела, на фоне чего стала отмечать приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха. Через некоторое время стала также отмечать боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы в огороде (прополка грядок). Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «бронхиальная астма тяжелого, непрерывно рецидивирующего течения. ИБС: стенокардия напряжения III ф. к. Ожирение II ст.».

Назначенное лечение - Преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды, бронхолитики, - имело незначительный эффект.

Прием нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 2-3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью. Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и высокочувствительного тропонин-теста, диагноз "ОКС" отвергнут. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболевания, которое объединяет жалобы больной.
2. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
3. Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?
4. Какие рекомендации по изменению образа жизни и питания необходимо дать пациентке?
5. Какие препараты применяются для лечения данного заболевания (указать группу и название препарата)?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 5 (ГЭРБ)

Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны, обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лежа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трех лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту. АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $8,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3

мкмоль/л; прямой – 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час).

ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отечна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей.

Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всем протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременно, луковица ДПК без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор
5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений заболевания не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отек слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 6 (ГЭРБ)

Больной Т. 48 лет, электросварщик, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги.

Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая Но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, работает по сменам, регулярно имеет ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, оmez в течение 10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал Альмагель, Оmez короткими курсами с кратковременным эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и алкоголизации; на фоне приема привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 175 см, вес – 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В легких везикулярное дыхание. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в минуту, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилорoduodenальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты – 4,0×10¹²/л, гемоглобин – 122 г/л, МСН – 26р/g, МСНС – 346 г/l, лейкоциты – 5,2×10⁹/л: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 23%, моноциты – 6%. СОЭ – 5 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины

диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отечна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирована с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приема. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 7 (Язвенная болезнь)

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная.

Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Бульбарные отделы без патологии.

Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Показания к госпитализации.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 8 (Язвенная болезнь)

Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот

мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.

Проведена фиброгастроуденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
6. Определите дальнейшую тактику ведения при данной патологии.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 9 (Язвенная болезнь)

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастриальной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастриальной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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 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 *H. pylori* – положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Ситуационная задача 10 (Язвенная болезнь желудка)

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет с жалобами на интенсивные боли после приема пищи в эпигастриальной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение.

Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приема пищи. Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период.

При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал Ранитидин (30 мг сутки). Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели. Курит в течении 8 лет по 15 сигарет в день.

При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков).

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каково стандартное лечение данного заболевания (с указанием доз и кратности введения)?
5. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 11 (рефлюкс-гастрит)

Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм.

Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налетом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области.

В клиническом анализе крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - $347 \times 10^9/л$, лейкоциты - $8,7 \times 10^9/л$, СОЭ - 12 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л.

Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отечна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Каков патогенез описанных проявлений?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Сформулируйте план лечения.
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 12 (Язвенный колит)

Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура $36,7^{\circ}C$. Кожные покровы бледные, влажные. Рост - 175 см, вес - 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 18 в минуту. При аускультации - ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС - 98 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой

подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – $270 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,0 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения.

Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

Ситуационная задача 13 (Целиакия)

Пациентка С. 22 лет направлена в стационар для обследования с жалобами на выраженную слабость, диареею до 3-4 раз в сутки, стул кашицеобразный, без патологических примесей, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, боли в околопупочной области, сухость во рту, постоянную жажду. Пациентка считает себя больной в течение 6 лет, когда впервые появилась диареея до 5-6 раз в сутки, начал снижаться вес, появились отеки на ногах. Периодически проходила нормализация стула на фоне приема противодиарейных препаратов. Пациентка отмечает, что нарушения стула появлялись после употребления в пищу молочных продуктов, хлебобулочных изделий, макарон, каш. Обследовалась у инфекционистов – инфекционная патология исключена.

Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести за счет выраженной слабости, сознание ясное. Рост – 163 см, вес – 45 кг. Кожные покровы бледные, чистые, слизистые бледно-розовые. Лимфоузлы безболезненные, не увеличены. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 100/70 мм рт. ст., ЧСС – 75 ударов в минуту, пульс ритмичный. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастральной, околопупочной областях. Печень, селезенка не увеличены. Определяются небольшие отеки голеней до 2/3.

Лабораторные исследования: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты – $3,72 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,1 \times 10^9/л$, тромбоциты – $266 \times 10^9/л$, СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи – без особенностей. Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная. Глюкоза крови: 8:00 – 4,5 ммоль/л, 13:00 – 7,0 ммоль/л, 22:00 – 11,9 ммоль/л. Гликолизированный гемоглобин - 9,3%. Биохимические показатели: билирубин общий – 23,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 69 Е/л, АСТ – 45 Е/л, γ -ГТП – 25 Е/л, щелочная фосфатаза – 118 Е/л, натрий – 137 мкмоль/л, калий – 4,3 мкмоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л, мочевины – 4,3 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л, антитела к глиадину (IgG) - 135 Ед/мл.

ФГДС. Пищевод: слизистая оболочка гиперемирована, в средней и нижней трети множественные поверхностные эрозии, покрытые желтым фибрином в виде «творожных масс», кардиальный жом смыкается полностью. Желудок: содержимое – слизь с примесью светлой желчи в большом количестве. Слизистая умеренно гиперемирована, складки не утолщены. Привратник проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки – слизистая гладкая, отсутствуют кишечные ворсинки, гиперемирована, отечная, в просвете желчь.

Консультация проктолога: жалобы на периодическую диареею, временами с примесью слизи. Проведена ректороманоскопия. Патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

Ситуационная задача 14 (Язвенный колит)

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки.

Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×10⁹/л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная.

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокнины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?
6. Тактика ведения при данном заболевании
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании

Ситуационная задача 15 (Язвенный колит)

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты - 3,4×10¹²/л, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - 10,0×10⁹/л, СОЭ - 25 мм/час.

Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезеночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 16 (Неспецифический язвенный колит)

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5 °С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте тактику ведения.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 17 (целиакия)

Студентка 21 года обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 6 месяцев, необъяснимую потерю веса (около 5 кг).

Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестает с едой употреблять хлеб. Также беспокоена зудящей сыпью на разгибательных поверхностях обеих локтей, спонтанно образующимися небольшими кровоизлияниями в кожу. Отмечает, что начала чувствовать общую слабость и недомогание последний месяц. При осмотре температура тела - 36,8 °С, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД - 115/75 мм рт. ст., ЧДД - 16 в минуту, сатурация O₂ - 99%.

Из анамнеза: болеет сахарным диабетом I типа.

По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте тактику ведения.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 18 (Синдром раздраженного кишечника)

Больная Ф. 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли.

Вышеуказанные жалобы беспокоят около трех лет, после развода с мужем.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 19 (Язвенный колит)

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал Смекту, Мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием Но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал Левомецетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела – 36,8°C, рост – 178 см, вес - 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 минуту. Сердце - тоны звучные, ритм правильный. ЧСС - 92 в 1 минуту. АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налетом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчетливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подреберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10×8×7 см и 6×4 см соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты - $3,02 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 103 г/л, МСН - 23р/г, МСНС - 300 г/л, лейкоциты - $12,6 \times 10^9/л$, СОЭ - 38 мм/час.

Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты - до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин - 532 мкг/г. Общий белок сыворотки - 62,3 г/л, альбумины - 49,3%, глобулины - 50,7%, СРП - 95 мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и

	<p>немедикаментозных методов.</p> <p>5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.</p> <p>6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</p> <p>Ситуационная задача 20 (Язвенный колит)</p> <p>Больная А., 25 лет, обратилась в клинику с жалобами на частый (до 10-15 раз в день) кашицеобразный стул с примесью крови, на схваткообразные болевые ощущения в левой подвздошной области, усиливающиеся при акте дефекации, слабость, похудание (на 8 кг за 3 месяца).</p> <p>Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Отмечается снижение массы тела. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=100 в мин. Живот при пальпации болезненный в левой подвздошной области, отмечается напряжение передней брюшной стенки. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, с примесью слизи и крови. Мочевыделение не нарушено.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 73 г/л, лейкоциты $8 \times 10^{12}/л$, СОЭ 50 мм/ч, гематокрит 25%. Общий белок 55 г/л.</p> <p>Копрограмма: кал кашицеобразный с примесью крови, лейкоциты 30 в п/зр, эритроциты 15-20 в п/зр, эпителий знач, детрит ++.</p> <p>Колоноскопия: слизистая оболочка толстой кишки на всем протяжении гиперемирована, отечна с множественными изъязвлениями, сосудистый рисунок не прослеживается, отмечается контактная кровоточивость.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание имеется у больной? 2. С какими заболеваниями кишечника следует провести дифференциальную диагностику? 3. Назначьте лечение и обследование в соответствии со стандартами диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения с позиции доказательной медицины. 4. Определите тактику ведения больного. 5. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3. «Заболевания гепатобилиарной зоны»</p>	<p>Ситуационная задача 21 (Цирроз печени)</p> <p>Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, наклонность к запорам.</p> <p>Считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота. Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет.</p> <p>Общее состояние средней степени тяжести. Питание умеренное. Кожа бледноватосерого цвета, небольшая желтушность. Единичные сосудистые звездочки на груди. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень +3 см из-под края реберной дуги, поверхность гладкая, край закруглен, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову – 15×12×10 см. Размеры селезенки – 12×8 см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости.</p> <p>Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты – $4,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 26%. СОЭ – 33 мм/час.</p> <p>Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.</p> <p>Биохимические анализы крови: АСТ – 52 ЕД/л, АЛТ – 48 ЕД/л, тимоловая проба – 12 ЕД, общий холестерин – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 36 ммоль/л, прямой – 27 ммоль/л, непрямой – 9 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, альбумины – 45% (29 г/л), глобулины: альфа-1 – 6%, альфа-2 – 16%, бета – 14 %, гамма – 26%. Протромбиновый индекс – 70%.</p> <p>Анализ крови на маркеры вирусов: Нbs антиген, Нbe антиген, антитела к Нbs антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены.</p> <p>ЭФГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4 мм в диаметре, слизистая желудка бледноватая, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепато- и спленомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.</p>

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Где может лечиться пациент (в поликлинике или стационаре)? Обоснуйте ответ. Назовите показания к госпитализации в стационар.
4. Дайте рекомендации по лечению пациента, обоснуйте выбор препаратов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 22 (Цирроз печени)

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезенки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузноповышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

Ситуационная задача 23 (цирроз печени)

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмарная эритема,

контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объеме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.

Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?
6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 24 (Первичный билиарный цирроз)

Больная В. 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота.

Больна в течение 5 лет. Лечилась у врача-дерматолога по поводу нейродермита и у врача-гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников.

При обследовании – выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, ЩФ – 413 Ед/л, ГГТП – 62 Ед/л. В общем анализе крови: СОЭ – 25 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение следует назначить данному больному?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 25 (Хронический гепатит)

Мужчина 48 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд.

Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост – 178 см, вес – 79 кг, ИМТ – 24,9 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом

поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – $217 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротейн – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. При обращении к врачу-терапевту участковому через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: $9 \times 8 \times 7$ см. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 26 (Хронический алкогольный панкреатит)

Мужчина 46 лет, водитель, поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову – $10 \times 9 \times 8$ см. Селезенка непальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные.

Лабораторные

Общий анализ крови: лейкоциты - $9,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 16 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

Ситуационная задача 27 (Хронический панкреатит)

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастриальной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчения, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - $9 \times 8 \times 7$ см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $10,3 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.

Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Оцените данные копрограммы
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?
6. Диспансерное наблюдение данного пациента.

Ситуационная задача 28 (хронический панкреатит)

Больной К. 45 лет, обратился к врачу с жалобами на давящее боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются самостоятельно через 30-40 минут, сопровождаются вздутием живота; рвоту не приносящую облегчение, отрыжку воздухом; желтушность кожных покровов и склер, стул белого цвета; появление мочи "цвета пива" .

Анамнез заболевания: больным себя считает около года когда появилась боль в правом подреберье, желтушность склер после приема алкоголя, жирной и копченой пищи. За медицинской помощью не обращался. Постепенно симптомы прошли самостоятельно. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота не приносящая облегчения, желтушность кожи и слизистых, кал стал обесцвеченным и моча "цвета пива" . Вызвал КСМП, доставлен в больницу.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=72 в мин. Язык влажный обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье . Печень на пальпируется, размеры по Курлову 9х8х7см, пузырьные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: эритроциты - $4,3 \cdot 10^{12}/л$, Hb - 136 г/л, ЦП - 1,0; СОЭ - 18 мм/ч; тромбоциты - $320 \cdot 10^9/л$, лейкоциты - $10,3 \cdot 10^9/л$, э-3,п-4,с-51,л-32,м-10.

ОАМ: темно-желтая, прозрачная, кислая, уд.вес 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эпител. - 3-4 в п/зр, оксалаты - небольшое количество, билирубин +++.

Биохимическое исследование крови: АСТ - 30 ед/л; АЛТ - 38 ед/л; холестерин - 3,5 ммоль/л, общий билирубин - 49,0 мкмоль/л; прямой - 39,0 мкмоль/л; непрямой - 10,0 мкмоль/л; амилаза - 250 ед/л; креатинин - 85 мкмоль/л; общий белок - 75 г/л.

Копрограмма: цвет - серовато-белый, консистенция - плотная, запах - специфический, мышечные волокна +, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла+++, крахмал++, перевариваемая клетчатка++, соединительная ткань - нет, слизь - нет, стеркобилин - нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии, складки хорошо выражены. Луковица 12 п.к. без особенностей.

УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток 2 мм, головка увеличена в объеме(35 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?
4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?
5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 29 (Хронический алкогольный панкреатит)

В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 55 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 3 часов, усиливающиеся в положении лежа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приема пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира.

Отмечает снижение массы тела.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
3. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?
5. Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 30 (Хронический кальцифицирующий панкреатит)

Больной П. 54 лет, слесарь, жалуется на боли в эпигастральной области постоянного характера, усиливающиеся после приема еды и иррадиирующие в подлопаточное пространство, беспокоит постоянное подташнивание, отрыжка воздухом, снижение аппетита, быстрое насыщение, вздутие живота, после отхождения газов боли уменьшаются на короткое время. В последние полгода периодически стул со склонностью к поносам.

Анамнез заболевания: в течение 25 лет часто употребляет алкоголь, за это время перенес острый панкреатит, сопровождавшийся интенсивными болями, повторной рвотой.

При обследовании в хирургическом отделении выявлено увеличение поджелудочной

железы в размерах, жидкость в сальниковой сумке. Лечился консервативно в течение месяца, за время болезни похудел на 10 кг. Выписан с рекомендациями, которые больной не соблюдал. Также принимал алкоголь, но в небольших количествах. Боли возникали часто, а в дальнейшем стали постоянными. Стал снижаться аппетит, возникло периодическое подташнивание, отрыжка, быстрое насыщение, вследствие чего больной снизил объем потребляемой пищи. Постепенно стул стал со склонностью к кашицеобразному, плохо смывался со стенок унитаза. Исходную массу тела полностью не набрал. Периодически принимал Мезим, Микразим с частичным эффектом, при усилении боли использовал Но-шпу. Последнее ухудшение 2 недели назад после четырехдневного приема алкоголя (водка 200 грамм ежедневно). Диету не соблюдал. Боль значительно усилилась, появилась отчетливая тошнота, позывы на рвоту, вздутие живота. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение.

Объективно: кожа чистая, тургор нормальный. Вес - 73 кг, ИМТ - 18,5.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, немного подвздут, перитонеальные симптомы отриц. При пальпации отмечает значительную болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена; в зоне Губергрица - Скульского, точках Губергрица, передней и задней точках Мейо - Робсона.

При пальпации отделов кишечника болезненности, объемных образований не выявлено. Печень по краю реберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательны. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 157 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты - $5,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $11,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 35%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, общий билирубин - 16,4 (прямой - 6,1; свободный - 10,3) ммоль/л, амилаза - 37 ед/л (5-32); глюкоза - 8,5 ммоль/л, мочевины - 4,7 ммоль/л.

Копрограмма: объем утренней порции - 400 грамм, консистенция в виде жидкой каши. Нейтральный жир +++, жирные кислоты, мыла жирных кислот ++, мышечные волокна с утраченной поперечной исчерченностью +++, бактерии - большое количество. Фекальная эластаза - 100 мкг/г испражнений.

ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается. Слизистая пищевода без изменений. Слизистая желудка в теле розовая, ровная, в антральном отделе с очагами яркой гиперемии. Луковица ДПК обычной формы. Слизистая постбульбарного отдела ДПК несколько отечна.

УЗИ брюшной полости: жидкости брюшной полости нет. Пневматизация кишечника повышена. Печень не увеличена, структура неоднородная, повышенной

эхогенности. Желчный пузырь обычной формы, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм. Поджелудочная железа: головка - 35 мм (до 30), тело - 32 мм (до 17), хвост - 37 мм (до 20). Структура диффузно неоднородная, пониженной эхогенности. В структуре железы определяются кальцинаты, наиболее крупный из них в проекции головки поджелудочной железы. Вирсунгов проток определяется в области хвоста, размером 3 мм. Селезенка нормальных размеров.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обозначьте цели патогенетической терапии. Препараты какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите меры профилактики обострения заболевания.
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 31 (ПХЭС)

Больная С. 47 лет на приеме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук.

Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
4. Определите тактику ведения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 32 (Хронический бескаменный холецистит)

Женщина 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала алкоголь,

панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом.

Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 170 см, вес – 72 кг; ИМТ – 24,9 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

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 – 19 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен.

Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. При повторном обращении к врачу-терапевту участковому через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови - в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Задача № 33

Больная В., 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и плечо, возникают после приема жирной пищи, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Стул один раз в три –четыре дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

	<p>Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после употребления алкоголя и жирной пищи возникли боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала ношпу. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились запоры. Сегодня после употребления алкоголя и жареной пищи возобновились боли, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.</p> <p>Профессиональный анамнез: работает продавцом в продуктовом магазине, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи.</p> <p>Вредные привычки: не курит, алкоголь – редко в небольших количествах.</p> <p>Наследственность: у мамы – хронический холецистит, у отца – ЖКБ.</p> <p>Ведет малоподвижный образ жизни.</p> <p>Аллергологический анамнез неотягощен.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 6см, по средне-ключичной линии – 4см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Эластичной консистенции, подвижность сохранена. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 9 x 7см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 x 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Предварительный диагноз? 2.План обследования? 3.План терапии?
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4. «Избранные вопросы гастроэнтерологии»</p>	<p>Задача № 34</p> <p>Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мажевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба. Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела.</p> <p>Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы. Профессиональный анамнез: инженер. Питается нерегулярно, диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность анамнез не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м</p>

2 . Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сложен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания.

При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускультоаффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не

пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 x 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз
2. План обследования
3. Тактика врача

Задача №35

У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания : исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз
2. План обследования?
3. Лечебная тактика?

Задача №36

60-летняя женщина с незначительной анорексией, снижением веса на 10 кг и желтухой. За последние 2 недели моча стала темной, а кал посветлел. Физикальное обследование выявляет иктеричность и гепатомегалию средней степени. Рентгенограммы дают увеличение фатерова соска.

Вопросы:

1. Какие первоочередные исследования необходимо выполнить с целью уточнения диагноза?
2. Предварительный диагноз?
3. Тактика врача?

Задача №37

Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически маゼвидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба. Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела. Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы. Профессиональный анамнез: инженер. Питается нерегулярно,

диету не соблюдает. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м². Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2 см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 x 4 см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. 56 Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эритроциты – 2,3 10¹²/л, Hb – 75 г/л., ЦП – 0,8, СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320 10⁹/л, лейкоциты – 4,3 10⁹/л: э-3%, п-4%, с-51%, лф-32%, м-10%. 2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1016; белок, сахар – нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты – небольшое количество. 3. Биохимическое исследование крови: глюкоза – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 2,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л., непрямой – 15,0 мкмоль/л, амилаза – 5,7 г/л ч, креатинин – 0,07 ммоль/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 44%, глобулины – 56%: α1 – 5%, α2 – 10%, β – 15%, γ – 26%. 4. Копрограмма: коричневого цвета, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна – ++, нейтральный жир – +, жирные кислоты и мыла – +, крахмал – +, перевариваемая клетчатка – ++, соединительная ткань – ++, слизь – нет, стеркобилин – +, билирубин – нет. 5.ЭКГ: ритм синусовый, частотой 72 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Диффузно-дистрофические изменения миокарда левого желудочка. 6. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка не изменены. Кардиальный жом смыкается плотно. Желудок обычной формы и размеров, пустой. Слизистая тусклая, с участками атрофии, складки ригидны, в области тела по большой кривизне определяется возвышение с бугристой поверхностью, плотное, контактно кровоточит. Привратник проходим. Луковица 12-перстной кишки без особенностей, слизистая розового цвета, в просвете небольшое количество желчи. 7. УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, повышенной эхогенности, внутрипеченочные желчные протоки и вены не расширены, общий желчный проток 7 мм. Желчный пузырь нормальной формы и размеров, стенка 2 мм.

Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, неоднородная, проток 1 мм. Селезенка нормальных размеров, однородная, эхогенность в норме. Конкременты и объемные образования не визуализируются.

Вопросы

1. Выделите синдромы, выделите ведущий синдром.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития субфебрильной температуры тела.
4. Объясните механизм развития мелены.
5. Опишите изменения желудка, которые будут выявлены.
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Оцените данные ФГДС.

8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Задача №38

Больная 57 лет, поступила в состоянии средней тяжести, с интенсивной желтухой и кожным зудом. Билирубин — 416 мкмол/л, холестерин 9,2 мкмоль/л, ЩФ — 490 Ел/л, АЛТ- 4 нормы, АСТ- 3 нормы. Печень увеличена на 4 см, уплотнена, резко болезненна. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. В течение многих лет постоянно принимала седативные, транквилизирующие препараты, фуросемид, анальгетики, НПВС, травяные БАДы. Незадолго до начала заболевания по поводу пневмонии назначался Амоксиклав, самостоятельно принимала парацетамол, аспирин.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика обследования?
3. Лечебная тактика?

Задача №39

Сорокапятилетняя больная, поступила в клинику через 24 часа после начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии и правом подреберье. Страдает язвенной болезнью желудка в течение 12 лет, безуспешно лечилась, обострения в весенне-летний период. Общее состояние средней тяжести. Пульс до 60 в минуту, артериальное давление 110 мм ртутного столба. Живот болезнен и напряжен в эпигастрии и в правом подреберье. Положительные симптомы раздражения брюшины. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободного газа под куполом диафрагмы не найдено. Лейкоцитов – 12 тысяч, сдвига формулы нет.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные диагностические приемы необходимо использовать для правильной постановки диагноза?
3. Лечебная тактика?

Задача №40

Двадцатилетний больной, поступил в клинику через 3 часа после появления резких болей в эпигастрии, тошноты, рвоты не отмечает. При обследовании умеренная тахикардия, со стороны грудной клетки в пределах возрастной патологии. При пальпации живот напряжен во всех отделах, перкуторно – тимпанит над поверхностью печени. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости – полоска газа под правым куполом диафрагмы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Лечебная тактика

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания	
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ	
Удовлетворительно (3)		61 – 75
- 76 – 90%		76– 90
Хорошо (4)		91 – 100
-91-100		
Отлично (5)		

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	26. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	27. Знание алгоритма решения
	28. Уровень самостоятельного мышления
	29. Аргументированность решения
	30. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических

<p>-пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
---	--

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины «Хирургия»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
			Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
У	1	1 - 141	1 - 40	1-107	1 – 83	
П К	1	1 - 141	1 - 40	1-107	1 – 83	
	2		1 - 40	13-38, 40-55, 76-82, 84-107	7-34, 36-45, 47-51, 53-61, 63-83	
	5	1-10, 25, 34	1 - 40	1-82, 84-107	1-61, 63-83	
	8		1 - 40	13-38, 40-55, 57-73, 76-107,	7-34, 36-45, 47-51, 53-83	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1. «Функциональная диагностика в кардиологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Функциональная диагностика стенокардии. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Информативность метода.2. Функциональная диагностика стенокардии. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Выявление скрытой коронарной недостаточности и других нарушений. Информативность метода.3. ЭКГ-признаки стенокардии. Особенности ЭКГ-картины при вариантной стенокардии.4. Понятие о нагрузочных пробах. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных проб. Техника проведения ВЭМ-пробы. Критерии прекращения пробы. Интерпретация полученных результатов5. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов со стенокардией. Функциональные пробы в реабилитации пациентов со стенокардией6. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз инфаркт миокарда. Функциональная диагностика инфаркта миокарда7. Диагностика инфаркта миокарда на фоне блокады ножек пучка Гиса.8. ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.9. Стадийность изменений ЭКГ-картины при инфаркте миокарда.10. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов в постинфарктном периоде. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.11.. Холтеровское мониторирование (ХМ). Показания. Техническое обеспечение. Методика проведения. Обработка результатов, их клиническая интерпретация.12. Оценка вариабельности сердечного ритма. Принцип подбора лекарственных препаратов на основании данных мониторинга.13. Нарушения функции возбуждения миокарда. Понятие о пароксизмальных нарушениях ритма.14. Экстрасистолы (наджелудочковые, желудочковые).15. Синдром слабости синусового узла.16. Нарушение функции проведения. Виды блокад.17. Дифференцированный подход к назначению антиаритмических препаратов с учетом данных ХМ-ЭКГ.18. ЭКГ при остром и хроническом легочном сердце19. ЭКГ при перикардитах.20. ЭКГ при гормональных нарушениях21. ЭКГ при электрокардиостимуляции.22. Особенности ЭКГ-картины при перегрузке правых отделов сердца.23. ЭКГ-признаки острого легочного сердца, хронического легочного сердца.24. Особенности ЭКГ-картины при констриктивном перикардите.25. Нарушения метаболизма в миокарде и связанные с этим изменения ЭКГ.26. Понятие о электрокардиостимуляции (ЭКС). Виды ЭКС.27. Показания к проведению постоянной ЭКС. Виды кардиостимуляторов. Изменения ЭКГ, связанные с ЭКС.28. Понятие о ЭхоКГ. Виды ЭхоКГ (трансторакальная, чреспищеводная). Точки доступа. Понятие о М- и В-режимах.29. Диагностическая ценность и информативность ЭхоКГ. Оценка основных морфологических параметров сердца. Понятие о доплерографии. Оценка систолической и диастолической функций сердца. Понятие о фракции выброса, пике А, пике Е, DT, IVRT. Виды диастолической дисфункции. Диагностическая значимость и интерпретация полученных результатов.30. ЭхоКГ признаки гидроперикарда. Оценка количества жидкости в полости
--	--

	<p>перикарда. 31. ЭхоКГ признаки инфекционного эндокардита. 32. Диагностика опухолей сердца. 33 Представление об определении давления в легочной артерии: катетеризация правого сердца и легочной артерии; неинвазивный метод (расчеты на основании методики Эходопплер). Диспансеризация. Реабилитация 34. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Понятие о методе. Диагностическая ценность СМАД. Показания к СМАД. Техническое обеспечение метода. Методика проведения исследования. Оценка результатов и их клиническая интерпретация. 35. Принцип индивидуального подбора гипотензивной терапии. Принцип бифункционального мониторирования — холтеровского и СМАД. Клиническое значение исследования. Место метода в диспансеризации и реабилитации пациентов.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2. «Функциональная диагностика в пульмонологии»</p>	<p>36. Методы функциональной диагностики системы дыхания. Спирометрия. Спирография. 37. Понятие об исследовании функции внешнего дыхания. Устройство и принцип действия спирометра. Определение и оценка показателей. Их физиологическое значение. 38. Устройство и принцип действия спирографа. Оценка показателей, получаемых с помощью спирографии 39. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями бронхо-легочной системы. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с заболеваниями бронхов и легких 40. Пробы с бронходилататорами, с бронхоконстрикторами. Оценка результатов и интерпретация. 41 Показания к проведению проб с бронходилататорами. Методика проведения пробы. Интерпретация полученных результатов. Диагностическая ценность пробы с бронходилататорами. 42. Показания к проведению пробы с бронхоконстрикторами. Методика и условия проведения пробы с бронхоконстрикторами. Интерпретация полученных результатов. Диагностическая ценность пробы с бронхоконстрикторами. 43. Легочная гипертензия: патогенез, формы (прекапиллярная, посткапиллярная). 44.Основные причины, приводящие к развитию легочной гипертензии. Патогенез легочной гипертензии. Формы легочной гипертензии.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3. «Методы диагностики заболеваний сосудов»</p>	<p>45. Ультразвуковая доплерография сосудов Принцип метода, физические основы. Методика проведения исследования. Спектральный режим, дуплексное сканирование. 46.Основные показатели спектрограммы. 47.Особенности спектрограммы сосудов шеи. 48. Особенности спектрограммы сосудов верхних и нижних конечностей.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1. «Функциональная диагностика в кардиологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Функциональная диагностика стенокардии. Тестирование с физической нагрузкой. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Информативность метода. 2. Функциональная диагностика стенокардии. Велоэргометрия. Правила проведения. Цели, методика контроля. Выявление скрытой коронарной недостаточности и других нарушений. Информативность метода. 3. ЭКГ-признаки стенокардии. 4. Особенности ЭКГ-картины при вариантной стенокардии. 5. Понятие о нагрузочных пробах. Показания и противопоказания к проведению нагрузочных проб. 6. Техника проведения ВЭМ-пробы. Критерии прекращения пробы. Интерпретация полученных результатов 7. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов со стенокардией. 8. Функциональные пробы в реабилитации пациентов со стенокардией
---	--

9. ЭКГ-диагностика инфаркта миокарда. Дифференциальный диагноз инфаркт миокарда.
10. Функциональная диагностика инфаркта миокарда
11. Диагностика инфаркта миокарда на фоне блокады ножек пучка Гиса.
12. ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.
13. Стадийность изменений ЭКГ-картины при инфаркте миокарда.
14. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов в постинфарктном периоде.
15. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.
16. Методика оказания первой медицинской помощи при осложнениях при проведении нагрузочных проб.
17. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда
18. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта миокарда на фоне блокады правой ножки пучка Гиса.
19. Особенности ЭКГ-диагностики инфаркта миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса.
20. Холтеровское мониторирование (ХМ). Показания. Техническое обеспечение. Методика проведения. Обработка результатов, их клиническая интерпретация.
21. Оценка вариабельности сердечного ритма.
22. Принцип подбора лекарственных препаратов на основании данных мониторирования.
23. Нарушения функции возбуждения миокарда.
24. Понятие о пароксизмальных нарушениях ритма.
25. Экстрасистолии (наджелудочковые, желудочковые).
26. Синдром слабости синусового узла.
27. Нарушение функции проведения. Виды блокад.
28. Дифференцированный подход к назначению антиаритмических препаратов с учетом данных ХМ-ЭКГ.
29. ЭКГ при остром и хроническом легочном сердце
30. ЭКГ при перикардитах.
31. ЭКГ при гормональных нарушениях
32. ЭКГ при электрокардиостимуляции.
33. Особенности ЭКГ-картины при перегрузке правых отделов сердца.
34. ЭКГ-признаки острого легочного сердца, хронического легочного сердца.
35. Особенности ЭКГ-картины при констриктивном перикардите.
36. Нарушения метаболизма в миокарде и связанные с этим изменения ЭКГ.
37. Понятие о электрокардиостимуляции (ЭКС). Виды ЭКС.
38. Показания к проведению постоянной ЭКС.
39. Виды кардиостимуляторов.
40. Изменения ЭКГ, связанные с ЭКС.
41. Понятие о ЭхоКГ. Виды ЭхоКГ (трансторакальная, чреспищеводная). Точки доступа. Понятие о М- и В-режимах.
42. Диагностическая ценность и информативность ЭхоКГ. Оценка основных морфологических параметров сердца.
43. Понятие о доплерографии. Оценка систолической и диастолической функций сердца. Понятие о фракции выброса, пике А, пике Е, DT, IVRT.
44. Виды диастолической дисфункции. Диагностическая значимость и интерпретация полученных результатов.
45. ЭхоКГ признаки гидроперикарда. Оценка количества жидкости в полости перикарда.
46. ЭхоКГ признаки инфекционного эндокардита.
47. Диагностика опухолей сердца.
48. Методы функциональной диагностики системы дыхания. Спирометрия. Спирография.
49. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Понятие о методе.
50. Диагностическая ценность СМАД.
51. Показания к СМАД. Техническое обеспечение метода.
52. Методика проведения исследования. Оценка результатов и их клиническая интерпретация.
53. Принцип индивидуального подбора гипотензивной терапии.
54. Принцип бифункционального мониторирования — холтеровского и

	СМАД. Клиническое значение исследования. Место метода в диспансеризации и реабилитации пациентов.
Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2. «Функциональная диагностика в пульмонологии»	<p>55. Понятие об исследовании функции внешнего дыхания. Устройство и принцип действия спирометра. Определение и оценка показателей. Их физиологическое значение.</p> <p>56. Устройство и принцип действия спирографа. Оценка показателей, получаемых с помощью спирографии</p> <p>57. Функциональные методы при диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями бронхо-легочной системы.</p> <p>58. Функциональные пробы в реабилитации пациентов с заболеваниями бронхов и легких</p> <p>59. Пробы с бронходилататорами, с бронхоконстрикторами. Оценка результатов и интерпретация.</p> <p>60. Показания к проведению проб с бронходилататорами. Методика проведения пробы. Интерпретация полученных результатов.</p> <p>61. Диагностическая ценность пробы с бронходилататорами.</p> <p>62. Показания к проведению пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>63. Методика и условия проведения пробы с бронхоконстрикторами. Интерпретация полученных результатов.</p> <p>64. Диагностическая ценность пробы с бронхоконстрикторами.</p> <p>65. Легочная гипертензия: патогенез, формы (прекапиллярная, посткапиллярная).</p> <p>66. Основные причины, приводящие к развитию легочной гипертензии.</p> <p>67. Патогенез легочной гипертензии.</p> <p>68. Формы легочной гипертензии.</p> <p>69. Представление об определении давления в легочной артерии: катетеризация правого сердца и легочной артерии; неинвазивный метод (расчеты на основании методики Эходопплер). Диспансеризация. Реабилитация</p> <p>70.</p>
Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3. «Методы диагностики заболеваний сосудов»	<p>71. Ультразвуковая доплерография сосудов Принцип метода, физические основы. Методика проведения исследования. Спектральный режим, дуплексное сканирование.</p> <p>72. Основные показатели спектрограммы.</p> <p>73. Особенности спектрограммы сосудов шеи.</p> <p>74. Особенности спектрограммы сосудов верхних и нижних конечностей.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами);

<p><i>Б 1.В.ДВ.1.2.1</i> Раздел 1. «Функциональная диагностика в кардиологии»</p>	<p>01. Нормальный зубец Q отражает преимущественно деполяризацию а) межжелудочковой перегородки б) левого желудочка в целом в) верхушки сердца г) боковых отделов левого желудочка</p> <p>02. Наиболее информативные для диагностики гипертрофии левого желудочка отведения ЭКГ а) стандартные б) грудные в) однополюсные усиленные г) высокие грудные</p> <p>03. Синдром WPW обусловлен наличием в миокарде а) аномального дополнительного проводящего пути б) эктопического водителя ритма в) аномального дополнительного источника импульсов г) срединной ветви левой ножки пучка Гиса</p> <p>04. При синусовой тахикардии а) расстояние RR укорочено пропорционально ускорению ритма б) интервал TP укорачивается в) комплекс QRS имеет тенденцию к уширению</p> <p>05. Экстрасистолы -это преждевременные сокращения а) желудочков б) предсердий в) всего сердца в целом г) отдельных участков миокарда</p> <p>06. К аллоритмии относится а) бигеминия б) тригеминия в) парасистолия г) реципроктные комплексы</p> <p>07. С помощью электрокардиографии можно определить в сердце а) зону поврежденного миокарда б) зону некроза в) наличие рубцов г) наличие ишемии</p> <p>08. Под ишемией миокарда понимают а) нарушение процесса деполяризации б) мелкоочаговый некроз в) уменьшение кровоснабжения участков миокарда г) процесс необратимых изменений в миокардиальных волокнах</p> <p>09. На ЭКГ крупноочаговое острое повреждение проявляется обычно а) появлением глубоких зубцов S б) изменениями сегмента ST в) появлением глубоких зубцов Q г) изменениями зубца T</p>
---	--

	<p>10. Признаками рубцовой стадии крупноочагового инфаркта миокарда является наличие на ЭКГ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) смещения сегмента ST б) патологического зубца Q в) выраженных зазубрин на зубце R <p>11. Во время приступа стенокардии на ЭКГ может отмечаться</p> <ul style="list-style-type: none"> а) депрессия сегмента ST б) инверсия зубца T в) увеличение амплитуды зубца T г) уменьшение амплитуды зубца T <p>12. Основной признак пролапса митрального клапана</p> <ul style="list-style-type: none"> а) систолическое прогибание одной или обеих створок митрального клапана в сторону левого предсердия б) наличие кальцината на створке митрального клапана в) передне-систолический сдвиг створок митрального клапана г) все вышеперечисленное
<p><i>Б 1.В.ДВ.1.2.2</i> Раздел 2. «Функциональная диагностика в пульмонологии»</p>	<p>13. Прямое чтение данных спирографии может быть использовано для измерения всех следующих объемов и емкостей, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дыхательный объем б) резервный объем вдоха или выдоха в) жизненная емкость легких г) остаточный объем легких д) функциональная остаточная емкость <p>14. При обструктивных нарушениях вентиляции увеличиваются следующие показатели</p> <ul style="list-style-type: none"> а) остаточный объем легких б) жизненная емкость легких в) объем форсированного выдоха за 1 с. г) резервный объем вдоха д) резервный объем выдоха е) общая емкость легких
<p><i>Б 1.В.ДВ.1.2.3</i> Раздел 3. «Методы диагностики заболеваний сосудов»</p>	<p>15. Оптимальным сечением для доплеровского исследования кровотока в области аортального клапана является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) парастернальное продольное б) парастернальное поперечное на уровне аорты в) парастернальное поперечное на уровне митрального клапана г) верхушечное четырехкамерное д) верхушечное пятикамерное

Набор инструментальных методов исследования

<p><i>Б 1.В.ДВ.1.2.1</i> Раздел 1. «Функциональная диагностика в кардиологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Q-инфаркт миокарда задне-диафрагмальной области. 2. БЛНПГ 3. Трепетание предсердий 4. БЛНПГ 5. ГЛЖ 6. Q-инфаркт миокарда передне-перегородочной области, верхушки. Желудочковая экстрасистола. 7. Ритм кардиостимулятора 8. Холтер ЭКГ
---	--

	9. Суточное мониторирование АД. 10. ЭхоКГ ГЛЖ 11. ЭхоКГ Инфекционный эндокардит 12. ЭхоКГ Рубцовые изменения 13. ЭхоКГ Аортальный стеноз
Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2. «Функциональная диагностика в пульмонологии»	14. Спирометрия
Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3. «Методы диагностики заболеваний сосудов»	15. Дуплексное сканирование внечерепных отделов сосудов головы и шеи

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3)	
- 76 – 90%	
Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	61 – 75 76– 90 91 – 100

Набор инструментальных методов исследования

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	31. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	32. Знание алгоритма решения
	33. Уровень самостоятельного мышления
	34. Аргументированность решения
	35. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
-пяти или шести критериям Отлично (5)	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
-пяти или шести критериям Отлично (5)	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины «Функциональная
диагностика»**

Формируемые компетенции и по ФГОС		Т – тестирование	НИИ – набор инструментальных методов исследования,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Инструментальные методы исследования	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
УК	1	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	
ПК	1	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	
	2			7, 14, 51, 63, 69	5, 10, 33, 35, 39	
	5	1 - 15	1 - 15	1 - 73	1 – 48	
	8			8, 15, 52, 63, 69	5, 10, 33, 35, 39	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ БИОХИМИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Водно-электролитный баланс.

1. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

2. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемиа

3. Отрицательный водный баланс (гипогидратация) наблюдается при следующих патологических состояниях:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Сахарный диабет
- b. Отеки
- c. Эксикоз
- d. Вторичный гиперальдостеронизм
- e. Несахарный диабет

4. В палату интенсивной терапии реанимации поступает больной 30 лет, масса тела 70 кг.

Диагноз: астматический статус.

Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на удушье, сильную жажду, сухость во рту, затруднение вдоха и особенно выдоха; одышка, плохое отхождение мокроты; ЧДД 36 в 1 минуту, в легких аускультативно: сухие хрипы, зоны ослабления и отсутствия дыхания; АД 140/100, пульс 100 ударов, спавшиеся с трудом пунктируемые вены; содержание в крови натрия 160 ммоль/л, калия 5,7 ммоль/л, показатель гематокрита 45%; диурез 400 мл в сутки, относительная плотность мочи 1030.

Установите тип дисгидрии.

5. Больному N за сутки перелито 783мл физиологического раствора. Сколько Na^+ получил больной в этом объеме.

6. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипонатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- d. Увеличения артериального давления
- e. Ренина
- f. Увеличения осмотического давления крови
- g. Гипернатриемии

7. Больному К за сутки перелито 575мл физиологического раствора. Сколько NaCl получил больной в этом объеме.

8. Перемещение воды между клеточным и внеклеточным секторами организма определяется изменением осмотического давления внеклеточной жидкости.

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

9. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- b. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- c. Повышение температуры тела
- d. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- f. Осмотическое давление плазмы в норме
- g. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы
- h. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы

10. Наибольшее количество воды (в % от массы тела) содержится в организме:

Выберите один ответ:

- a. взрослой женщины
- b. подростка 14 лет
- c. новорожденного
- d. взрослого мужчины
- e. пожилого человека

11. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемия

12. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

Кислотно-основные состояния

1. Больной с гломерулонефритом.

Показатели		Реф.интервал
pH	7.23	7,36-7,44
pCO ₂	34 мм.рт.ст.	40± 5мм Hg

SB	16 ммоль/л	20-26 ммоль/л
AB	13 ммоль/л	19-25 ммоль/л
BE	11.0 ммоль/л	±2.3 ммоль/л
Титрационная кислотность мочи	8 мл щелочи	10-30 мл щелочи
Аммиак мочи	8 ммоль/л	20-50 ммоль/л

Выберите наиболее подходящие объяснения изменений лабораторных показателей

Выберите один или несколько ответов:

- Показатель pH (7.23) резко смещен в кислую сторону и находится за пределами нормы (7.36-7.42), что заставляет предполагать наличие у больного некомпенсированного алкалоза
- Данные о показателе BE (-11.0 ммоль/л при норме -3.3 -+2.3) свидетельствует о полном исчерпании щелочных резервов крови.
- Показатели AB и SB ниже нормы. Для правильного решения задачи особенно важно резкое снижение уровня показателя AB, что свидетельствует о неспособности бикарбонатного буфера компенсировать ацидоз.
- Диагноз: некомпенсированный выделительный ацидоз
- Диагноз некомпенсированный смешанный ацидоз
- Показатели ТК и аммиака мочи значительно ниже нормы. При столь выраженном ацидозе это может означать только одно – почки не в состоянии выполнять свою функцию выведения из организма кислых продуктов метаболизма
- Показатель pCO_2 (34 мм.рт.ст.) находится в пределах нормы (32.5-46.6 мм.рт.ст.). Следовательно, оснований предполагать газовый характер ацидоза у нас нет.

2. Выберите единственный верный ответ.

К причинам негазового алкалоза относят:

Выберите один ответ:

- неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, хлордиарею.
- сахарный диабет, хлордиарею, неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты.
- неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, сахарный диабет.

3. Верно ли, что респираторный алкалоз развивается при горной болезни?

Выберите один ответ:

- Верно
Неверно

4. Вычислить pH раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

5. Сколько % составляет буферная емкость белкового буфера от общей буферной емкости крови.

Патохимия обмена пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов. Гиперурикемия. Нуклеиновые кислоты. Репликация и репарация ДНК.

1. Глицин является предшественником:

Выберите один или несколько ответов:

- Глутатиона
- Порфиринов
- Холестерина
- Креатина
- Непарных желчных кислот

2. Метотрексат:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Не активен в отношении быстро растущих клеток
- b. Ингибитор синтеза пуринов
- c. Ингибитор синтеза тимидилата
- d. Активатор синтеза пуринов
- e. Бактериостатический препарат
- f. Активен в отношении быстро растущих клеток

3. Витамины, участвующие в метаболизме Сер и Гли:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Тиамин
- b. Фолиевая Кислота
- c. Рибофлавин
- d. Биотин

4. Формальдегид образуется:

Выберите один ответ:

- a. При восстановлении этанола
- b. При окислении метиленового мостика в H₄-ТГФ
- c. При окислении уксусной кислоты
- d. При окислении этанола
- e. При восстановлении метанола
- f. Пиридоксин

5. Соединения, для синтеза которых необходимы одноуглеродные фрагменты:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Адреналин
- b. Глицин
- c. Урацил
- d. Парные желчные кислоты
- e. Норадреналин
- f. Тимин
- g. Глюкоза

Нарушения обмена и транспорта холестерина. Атеросклероз. Оценка риска осложнений атеросклероза.

1. Первым коммерческим статином был

Ответ:

2. Общепринятая современная классификация гиперлиппротеинемий была предложена в 1965г

Ответ:

3. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- 1. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
 - 2. синдрома цитолиза;
 - 3. синдрома холестаза;
 - 4. мезенхимально-воспалительного синдрома;
 - 5. синдрома портальной гипертензии.
4. Антисмысловые олигонуклеотиды (АСО)

Выберите один или несколько ответов:

- a. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы рибонуклеиновой кислоты (РНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;
- b. Мипомерсен - препарат на основе АСО блокирует ген апоВ-100 и предотвращает

транскрипцию РНК апо-В100;

с. Мипомерсен - препарат на основе АСО специфически связывает мРНК апоВ-100 и предотвращает транслокации мРНК для формирования функционального апо-В100;

d. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;

e. *in vivo* подвергаются быстрой деградации под действием нуклеаз;

f. они целиком или частично связываются с рибонуклеиновой кислотой (РНК) и препятствуют дальнейшей трансляции мРНК в белок;

g. в связи с малыми размерами резистентны к действию нуклеаз;

h. они целиком или частично связываются с дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК) и тем самым препятствуют экспрессии гена;

5. Биологическая роль ненасыщенных жирных кислот

Выберите один ответ:

1. предшественники простагландинов;

2. участие в поддержании кислотно-основного равновесия;

3. иммунный ответ;

4. являются предшественниками кортикостероидов;

5. транспортная функция.

6. Укажите целевой уровень хЛНП у мужчины 42 лет с высоким кардиальным риском

Выберите один ответ:

a. менее 3,5 ммоль/л;

b. не более 1,8 ммоль/л;

c. не более 3,5;

d. менее 2,5 ммоль/л;

e. менее 5,5 ммоль/л.

Заключительный тест

1. **Гипокальциемия приводит к повышению нервно-мышечной возбудимости и развитию судорог?**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

2. **В норме рН артериальной крови колеблется в пределах:**

Выберите один ответ:

a. 7,45-7,55

b. 7,25-7,35

c. 7,35-7,45

3. **Прием одновременно с аторвастатином сока грейпфрута может сказаться на фармакокинетике препарата.**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

4. **Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

5. **Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в**

тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

6. Гликогенез преобладает над гликогенолизом в печени при:

Выберите один ответ:

- гепатозах
- гипоксии
- гепатитах
- циррозе печени
- гликогенозах

7. Больному N за сутки перелито 1482мл физиологического раствора. Сколько Na⁺ получил больной в этом объеме.

Ответ:

Выберите единицу измерения

Выберите...

- грамм
- мг

8. Синтез дезоксирибонуклеотидов происходит путем синтеза *de novo* из 2 - дезоксианалога ФРПФ

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

9. Назовите эндогенный лиганд рецепторов ORL₁?

Ответ:

10. Болевая чувствительность - возникает только под действием повреждающего фактора: боли носят острый режущий характер, обладают точной локализацией, но к ней можно приспособиться (явление адаптации). Это более новый путь болевой чувствительности.

11. цАМФ является вторичным посредником для рецепторов к следующим гормонам:

Выберите один или несколько ответов:

- a. ТТГ
- b. Кальцитонин
- c. окситоцин
- d. ангиотензин
- e. Глюкагон

12. Реакцию превращения 3-фосфоглицерата в серин катализирует:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Фосфорилаза В
- b. Карбонат дегидратаза
- c. Серин гидроксиметилтрансфераза
- d. Серин фосфатаза
- e. Серин аминотрансфераза
- f. Фосфоглицерат киназа

13. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на

утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

14. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

15. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- a. мезенхимально-воспалительного синдрома
- b. синдрома цитолиза
- c. синдрома холестаза
- d. синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- e. синдрома портальной гипертензии

16. Из чего состоят кристаллы, откладывающиеся при хронической подагре в тканях и суставах?

Выберите один ответ:

- a. Ураты
- b. Оксалаты
- c. Гидроксиапатиты
- d. Карбонат кальция

17. К экстраренальным путям элиминации электролитов из организма относятся:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Кожа
- b. Ротовая полость (гиперсаливация)
- c. Желудочно-кишечный тракт (диарея)
- d. Органы дыхания
- e. Сосудистое русло (например, острая кровопотеря)

18. Формула расчета значений хЛНП была предложена

Ответ:

19. Вычислить рН раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

20. Верно ли, что при активации опиоидных рецепторов происходит ингибирование аденилатциклазы?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

21. Быстрая боль направляется через Аδ-волокна, которые заканчиваются в сегменте I заднего рога спинного мозга. Здесь вторые по порядку в этом пути, передаточные нейроны вступают в дальнейший контакт и поднимают сигнал через позвоночные столбы. Эти волокна затем пересылают сигнал в вентролатеральные ядра таламуса. 22. Оттуда третьи нейроны связываются с соматосенсорными полями коры головного мозга. Быстрая боль легко локализуется, если Аδ-волокна стимулируются совместно с тактильными рецепторами.

23. Больной 3. 26 лет. Жалобы на слабость, утомляемость, апатию. Периодические мышечные параличи и боли в мышцах. Брадикардия. В детстве неоднократно лечился стационарно по поводу рецидивирующего нефрита. Гипертония 1 ст. Постоянно принимает эналаприл и верошпирон. Для уточнения генеза заболевания назначено определение чресканальцевого калиевого градиента Уровень калия в сыворотке - 6 ммоль/л, в моче - 60,7 ммоль/л. Осмолярность плазмы 297мосм/кг, мочи - 657мосм/кг. Рассчитать чресканальцевый калиевый градиент.

Ответ:

24. Всасывание липидов происходит преимущественно в

Выберите один ответ:

- a. полости рта
- b. тонком кишечнике
- c. во всех отделах ЖКТ
- d. толстом кишечнике
- e. желудке

25. Величина онкотического давления крови определяется:

Выберите один ответ:

- a. низкомолекулярными азотистыми соединениями
- b. ионами
- c. углеводами
- d. белками
- e. липидами

26. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Повышение температуры тела
- b. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- c. Осмотическое давление плазмы в норме
- d. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- f. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- g. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы
- h. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы

27. Под влиянием ПАБК антибактериальное действие сульфаниламидов:

Выберите один ответ:

- a. Не Влияет
- b. Снизится
- c. Изменяется в зависимости от дозы или концентрации
- d. Усилится

28. Микросомальный триглицерид-переносящий белок – МТТР (Microsomal Triglyceride Transfer Protein):

Выберите один или несколько ответов:

- a. Субъединица М МТТР важнейший компонент ЛВП
- b. блокирует синтез холестерина на уровне образования мевалоната
- c. имеет важное значение для сборки и секреции апоВ-содержащих липопротеинов
- d. Lomitapide активирует МТТР в печени
- e. Субъединица PDI проявляет дисульфид изомеразную активность
- f. состоит из двух субъединиц (М и PDI)

29. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипернатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Увеличения артериального давления
- d. Гипонатриемии
- e. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- f. Ренина
- g. Увеличения осмотического давления крови

30. Верно ли, что сахарный диабет относят к причинам возникновения негазового алкалоза?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ БИОХИМИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Водно-электролитный баланс.

1. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

2. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемиа

3. Отрицательный водный баланс (гипогидратация) наблюдается при следующих патологических состояниях:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Сахарный диабет
- b. Отеки
- c. Эксикоз
- d. Вторичный гиперальдостеронизм
- e. Несахарный диабет

4. В палату интенсивной терапии реанимации поступает больной 30 лет, масса тела 70 кг.

Диагноз: астматический статус.

Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на удушье, сильную жажду, сухость во рту, затруднение вдоха и особенно выдоха; одышка, плохое отхождение мокроты; ЧДД 36 в 1 минуту, в легких аускультативно: сухие хрипы, зоны ослабления и отсутствия дыхания; АД 140/100, пульс 100 ударов, спавшиеся с трудом пунктируемые вены; содержание в крови натрия 160 ммоль/л, калия 5,7 ммоль/л, показатель гематокрита 45%; диурез 400 мл в сутки, относительная плотность мочи 1030.

Установите тип дисгидрии.

5. Больному N за сутки перелито 783мл физиологического раствора. Сколько Na⁺ получил больной в этом объеме.

6. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипонатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- d. Увеличения артериального давления
- e. Ренина
- f. Увеличения осмотического давления крови

g. Гипернатриемии

7. Больному К за сутки перелито 575мл физиологического раствора. Сколько NaCl получил больной в этом объеме.

8. Перемещение воды между клеточным и внеклеточным секторами организма определяется изменением осмотического давления внеклеточной жидкости.

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

9. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

a. Гиповолемия вследствие сгущения крови

b. Осмотическое давление плазмы выше нормы

c. Повышение температуры тела

d. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза

e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза

f. Осмотическое давление плазмы в норме

g. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы

h. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы

10. Наибольшее количество воды (в % от массы тела) содержится в организме:

Выберите один ответ:

a. взрослой женщины

b. подростка 14 лет

c. новорожденного

d. взрослого мужчины

e. пожилого человека

11. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы

b. Расстройства функций ЦНС

c. Гиперволемия

d. Осмотическое давление плазмы выше нормы

e. Осмотическое давление плазмы в норме

f. Гиповолемия

12. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы

b. Мышечной слабостью

c. Повышенным тонусом мышц

d. Артериальной гипертензией

Кислотно-основные состояния

1. Больной с гломерулонефритом.

Показатели		Реф.интервал
pH	7.23	7,36-7,44
pCO ₂	34 мм.рт.ст.	40± 5мм Hg
SB	16 ммоль/л	20-26 ммоль/л
AB	13 ммоль/л	19-25 ммоль/л
BE	11.0 ммоль/л	±2.3 ммоль/л
Титрационная кислотность мочи	8 мл щелочи	10-30 мл щелочи
Аммиак мочи	8 ммоль/л	20-50 ммоль/л

Выберите наиболее подходящие объяснения изменений лабораторных показателей

Выберите один или несколько ответов:

- Показатель pH (7.23) резко смещен в кислую сторону и находится за пределами нормы (7.36-7.42), что заставляет предполагать наличие у больного некомпенсированного алкалоза
- Данные о показателе BE (-11.0 ммоль/л при норме -3.3 -+2.3) свидетельствует о полном исчерпании щелочных резервов крови.
- Показатели AB и SB ниже нормы. Для правильного решения задачи особенно важно резкое снижение уровня показателя AB, что свидетельствует о неспособности бикарбонатного буфера компенсировать ацидоз.
- Диагноз: некомпенсированный выделительный ацидоз
- Диагноз некомпенсированный смешанный ацидоз
- Показатели ТК и аммиака мочи значительно ниже нормы. При столь выраженном ацидозе это может означать только одно – почки не в состоянии выполнять свою функцию выведения из организма кислых продуктов метаболизма
- Показатель pCO₂ (34 мм.рт.ст.) находится в пределах нормы (32.5-46.6 мм.рт.ст.). Следовательно, оснований предполагать газовый характер ацидоза у нас нет.

2. Выберите единственный верный ответ.

К причинам негазового алкалоза относят:

Выберите один ответ:

- неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, хлордиарею.
- сахарный диабет, хлордиарею, неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты.
- неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, сахарный диабет.

3. Верно ли, что респираторный алкалоз развивается при горной болезни?

Выберите один ответ:

- Верно
Неверно

4. Вычислить pH раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

5. Сколько % составляет буферная емкость белкового буфера от общей буферной емкости крови.

Патохимия обмена пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов. Гиперурикемия. Нуклеиновые кислоты. Репликация и репарация ДНК.

1. Глицин является предшественником:

Выберите один или несколько ответов:

- Глутатиона

- b. Порфиринов
- c. Холестерина
- d. Креатина
- e. Непарных желчных кислот

2. Метотрексат:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Не активен в отношении быстро растущих клеток
- b. Ингибитор синтеза пуринов
- c. Ингибитор синтеза тимидилата
- d. Активатор синтеза пуринов
- e. Бактериостатический препарат
- f. Активен в отношении быстро растущих клеток

3. Витамины, участвующие в метаболизме Сер и Гли:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Тиамин
- b. Фолиевая Кислота
- c. Рибофлавин
- d. Биотин

4. Формальдегид образуется:

Выберите один ответ:

- a. При восстановлении этанола
- b. При окислении метиленового мостика в H₄-ТГФ
- c. При окислении уксусной кислоты
- d. При окислении этанола
- e. При восстановлении метанола
- f. Пиридоксин

5. Соединения, для синтеза которых необходимы одноуглеродные фрагменты:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Адреналин
- b. Глицин
- c. Урацил
- d. Парные желчные кислоты
- e. Норадреналин
- f. Тимин
- g. Глюкоза

Нарушения обмена и транспорта холестерина. Атеросклероз. Оценка риска осложнений атеросклероза.

1. Первым коммерческим статином был

Ответ:

2. Общепринятая современная классификация гиперлиппротеинемий была предложена в 1965г

Ответ:

3. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- 1. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
 - 2. синдрома цитолиза;
 - 3. синдрома холестаза;
 - 4. мезенхимально-воспалительного синдрома;
 - 5. синдрома портальной гипертензии.
4. Антисмысловые олигонуклеотиды (АСО)

Выберите один или несколько ответов:

- a. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы рибонуклеиновой

кислоты (РНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;

b. Мипомерсен - препарат на основе АСО блокирует ген апоВ-100 и предотвращает транскрипцию РНК апо-В100;

c. Мипомерсен - препарат на основе АСО специфически связывает мРНК апоВ-100 и предотвращает транслкации мРНК для формирования функционального апо-В100;

d. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;

e. *in vivo* подвергаются быстрой деградации под действием нуклеаз;

f. они целиком или частично связываются с рибонуклеиновой кислотой (РНК) и препятствуют дальнейшей трансляции мРНК в белок;

g. в связи с малыми размерами резистентны к действию нуклеаз;

h. они целиком или частично связываются с дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК) и тем самым препятствуют экспрессии гена;

5. Биологическая роль ненасыщенных жирных кислот

Выберите один ответ:

1. предшественники простагландинов;

2. участие в поддержании кислотно-основного равновесия;

3. иммунный ответ;

4. являются предшественниками кортикостероидов;

5. транспортная функция.

6. Укажите целевой уровень хЛНП у мужчины 42 лет с высоким кардиальным риском

Выберите один ответ:

a. менее 3,5 ммоль/л;

b. не более 1,8 ммоль/л;

c. не более 3,5;

d. менее 2,5 ммоль/л;

e. менее 5,5 ммоль/л.

Заключительный тест

1. **Гипокальциемия приводит к повышению нервно-мышечной возбудимости и развитию судорог?**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

2. **В норме рН артериальной крови колеблется в пределах:**

Выберите один ответ:

a. 7,45-7,55

b. 7,25-7,35

c. 7,35-7,45

3. **Прием одновременно с аторвастатином сока грейпфрута может сказаться на фармакокинетике препарата.**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

4. **Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

5. **Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?**

Выберите один ответ:

Верно
Неверно

6. Гликогенез преобладает над гликогенолизом в печени при:

Выберите один ответ:

- гепатозах
- гипоксии
- гепатитах
- циррозе печени
- гликогенозах

7. Больному N за сутки перелито 1482мл физиологического раствора. Сколько Na^+ получил больной в этом объеме.

Ответ:

Выберите единицу измерения

Выберите...

- грамм
- мг

8. Синтез дезоксирибонуклеотидов происходит путем синтеза de novo из 2 - дезоксианалога ФРПФ

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

9. Назовите эндогенный лиганд рецепторов ORL_1 ?

Ответ:

10. Болевая чувствительность - возникает только под действием повреждающего фактора: боли носят острый режущий характер, обладают точной локализацией, но к ней можно приспособиться (явление адаптации). Это более новый путь болевой чувствительности.

11. цАМФ является вторичным посредником для рецепторов к следующим гормонам:

Выберите один или несколько ответов:

- a. ТТГ
- b. Кальцитонин
- c. окситоцин
- d. ангиотензин
- e. Глюкагон

12. Реакцию превращения 3-фосфоглицерата в серин катализирует:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Фосфоорилаза В
- b. Карбонат дегидратаза
- c. Серин гидроксиметилтрансфераза
- d. Серин фосфатаза
- e. Серин аминотрансфераза
- f. Фосфоглицерат киназа

13. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

14. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

15. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- a. мезенхимально-воспалительного синдрома
- b. синдрома цитолиза
- c. синдрома холестаза
- d. синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- e. синдрома портальной гипертензии

16. Из чего состоят кристаллы, откладывающиеся при хронической подагре в тканях и суставах?

Выберите один ответ:

- a. Ураты
- b. Оксалаты
- c. Гидроксиапатиты
- d. Карбонат кальция

17. К экстраренальным путям элиминации электролитов из организма относятся:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Кожа
- b. Ротовая полость (гиперсаливация)
- c. Желудочно-кишечный тракт (диарея)
- d. Органы дыхания
- e. Сосудистое русло (например, острая кровопотеря)

18. Формула расчета значений хЛНП была предложена

Ответ:

19. Вычислить pH раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

20. Верно ли, что при активации опиоидных рецепторов происходит ингибирование аденилатциклазы?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

21. Быстрая боль направляется через Аδ-волокна, которые заканчиваются в сегменте I заднего рога спинного мозга. Здесь вторые по порядку в этом пути, передаточные нейроны вступают в дальнейший контакт и поднимают сигнал через позвоночные столбы. Эти волокна затем пересылают сигнал в вентролатеральные ядра таламуса. 22. Оттуда третьи нейроны связываются с соматосенсорными полями коры головного мозга. Быстрая боль легко локализуется, если Аδ-волокна стимулируются совместно с тактильными рецепторами.

23. Больной 3. 26 лет. Жалобы на слабость, утомляемость, апатию. Периодические мышечные параличи и боли в мышцах. Брадикардия. В детстве неоднократно лечился стационарно по поводу рецидивирующего нефрита. Гипертония 1 ст. Постоянно принимает эналаприл и верошпирон. Для уточнения генеза заболевания назначено определение чресканальцевого калиевого градиента Уровень калия в сыворотке - 6 ммоль/л, в моче - 60,7 ммоль/л. Осмолярность плазмы 297мосм/кг, мочи - 657мосм/кг. Рассчитать чресканальцевый калиевый градиент.

Ответ:

24. Всасывание липидов происходит преимущественно в

Выберите один ответ:

- a. полости рта
- b. тонком кишечнике
- c. во всех отделах ЖКТ
- d. толстом кишечнике
- e. желудке

25. Величина онкотического давления крови определяется:

Выберите один ответ:

- a. низкомолекулярными азотистыми соединениями
- b. ионами
- c. углеводами
- d. белками
- e. липидами

26. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Повышение температуры тела
- b. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- c. Осмотическое давление плазмы в норме
- d. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- f. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- g. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы
- h. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы

27. Под влиянием ПАБК антибактериальное действие сульфаниламидов:

Выберите один ответ:

- a. Не Влияет
- b. Снизится
- c. Изменяется в зависимости от дозы или концентрации
- d. Усилится

28. Микросомальный триглицерид-переносящий белок – МТТР (Microsomal Triglyceride Transfer Protein):

Выберите один или несколько ответов:

- a. Субъединица М МТТР важнейший компонент ЛВП
- b. блокирует синтез холестерина на уровне образования мевалоната
- c. имеет важное значение для сборки и секреции апоВ-содержащих липопротеинов
- d. Lomitapide активирует МТТР в печени
- e. Субъединица PDI проявляет дисульфид изомеразную активность
- f. состоит из двух субъединиц (М и PDI)

29. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипернатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Увеличения артериального давления
- d. Гипонатриемии
- e. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- f. Ренина
- g. Увеличения осмотического давления крови

30. Верно ли, что сахарный диабет относят к причинам возникновения негазового алкалоза?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
АККРЕДИТАЦИИ»**

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на семинарских занятиях по результатам тестирования, демонстрации ординаторами практических навыков (умений). Оценка самостоятельной работы ординатора проводится по докладам, с которыми ординаторы выступают перед группой. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости.

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.

**Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации,
проверяющих знания и умения в рамках компетенции**

№	Тестовые задания	Проверяемые компетенции
	РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ В СЛЕДУЮЩИХ ТОЧКАХ а) на стопе б) в области локтевого сустава в) на пальцах кисти г) в области затылка	УК-1, ПК-7
	ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ а) недостаточность митрального клапана б) стеноз устья аорты в) аортальная недостаточность г) недостаточность трикуспидального клапана	УК-1, ПК-7
	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СКВ КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БУДЕТ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА: а) повышение СОЭ б) рентгенологические признаки деструкции околоуставных	УК-1, ПК-7

	<p>тканей</p> <p>в) наличие РФ в сыворотке крови</p> <p>г) наличие LE-клеток в крови</p>	
	<p>ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ :</p> <p>а) кортикостероиды</p> <p>б) препараты золота</p> <p>в) нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)</p> <p>г) цитостатики</p>	УК-1, ПК-7
	<p>НОСИТЕЛЬСТВО HLA-B27-АНТИГЕНОВ СВОЙСТВЕННО</p> <p>а) Ревматоидному артриту</p> <p>б) Анкилозирующему спондилиту (болезни Бехтерева)</p> <p>в) Дерматомиозиту</p> <p>г) Остеоартрозу</p>	УК-1, ПК-7
	<p>023.ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ</p> <p>а) Общий атеросклероз сосудов</p> <p>б) Амилоидоз</p> <p>в) Микоз</p> <p>г) Порфирия</p>	УК-1, ПК-7
	<p>016.ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) Ускорение СОЭ</p> <p>б) Повышение ЛДГ</p> <p>в) Лейкоцитоз</p> <p>г) Титр АСЛ-О</p>	УК-1, ПК-7
	<p>027.АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ</p> <p>а) Детей</p> <p>б) Стариков</p> <p>в) Подростков и молодых мужчин</p> <p>г) Женщин в климактерическом периоде</p> <p>д) Молодых девушек</p>	УК-1, ПК-5, ПК-7
	<p>069.УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>а) Системной красной волчанки</p> <p>б) Ревматоидного артрита</p> <p>в) Остеоартроза</p> <p>г) Подагры</p>	УК-1, ПК-7
	<p>36. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА</p> <p>а) Всегда</p> <p>б) В особых случаях</p> <p>в) Не всегда</p> <p>г) Никогда</p>	УК-1, ПК-7

Критерии оценки тестирования:

Оценка «отлично» - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибки,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).

Промежуточная аттестация по программе «Симуляционный курс первичной специализированной аккредитации» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
17.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
18.	Методы обследования больного	УК-1, ПК-7
19.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
20.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
21.	Аускультация легких взрослого	УК-1, ПК-7
22.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	
23.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии	
24.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
25.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
26.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
27.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
28.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ПК-7
29.	Методика проведения анестезии при внутривенном введении лекарственных средств.	УК-1, ПК-7
30.	Методика пункции и катетеризации центральных вен.	УК-1, ПК-7

Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
----------	--------------------	--------------------------------

17.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
18.	Методика проведения анестезии при внутривенном введении лекарственных средств	УК-1, ПК-7
19.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
20.	Методика сбора анамнеза у пациента /законных представителей пациента	УК-1, ПК-7
21.	Методика проведения функциональных тестов.	УК-1, ПК-7
22.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
23.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
24.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
25.	Тактика ведение больного при гипогликемии.	УК-1, ПК-7
26.	Тактика ведение больного при гипергликемии.	УК-1, ПК-7
27.	Методика аускультации легких взрослого.	УК-1, ПК-7
28.	Тактика ведение больного при ЖКК.	УК-1, ПК-7
29.	Тактика ведение больного при ОНМК.	УК-1, ПК-7
30.	Тактика ведение больного при анафилактическом шоке.	УК-1, ПК-7

Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)

- «зачтено» - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- «не зачтено» - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.</p>	А	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.</p>	В	95-91	ВЫСОКИЙ	5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	90-86	СРЕДНИЙ	4 (4+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	85-81	СРЕДНИЙ	4
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение</p>	О	80-76	НИЗКИЙ	4 (4-)

выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.				
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.	Е	75-71	НИЗКИЙ	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Е	70-66	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (3-)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	Ех	60-41	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	2

Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.	F	40-0	НЕ СФОРМИР ОВАНА	2
--	---	------	------------------------	---

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПСА»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

№№	Наименование раздела	Содержание самостоятельной работы	Объем в часах
1.	ФТД.2.1 «Экстренная медицинская помощь»		6
	Тема 1. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	2
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	2
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	2
2.	ФТД.2.2 «Сбор жалоб и анамнеза».		6
	Тема 1. Методика проведения сбора жалоб и анамнеза у пациента.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Методика проведения сбора жалоб у пациента». Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	Тема 2. Тактика ведения приема больного.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Тактика ведения приема больного». Отработка навыков с симуляционным пациентом.	3

3.	ФТД.2.3 « Физикальное обследование пациента»		6
	Тема 1. Методика обследования пациента	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Методика обследования пациента» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	Тема 2. Функциональные пробы при оценке состояния.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Функциональные пробы при оценке состояния пациента». Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
4.	ФТД.2.4 «Внутривенной введение лекарственных препаратов»		3
	Тема 1. Методика внутривенного введения лекарственных препаратов»	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Методика внутривенного введения лекарственных препаратов» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
5.	ФТД.3.5 Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых		3
	Тема 1. Методика проведения сердечно-легочной реанимации у взрослых	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	ИТОГО:		24 ч

Формы контроля выполнения самостоятельной работы:

- 1) контроль освоения практических навыков на тренажерах и манекенах,
- 2) доклад (сообщение) по избранной теме.

Темы докладов, сообщений даются в контексте тематики конкретного семинарского занятия. Для подготовки доклада, сообщения ординаторам предлагается внеаудиторная работа в библиотеке по избранной теме, работа в электронной информационной базе студента (ЭИОС), образовательном портале и индивидуальные консультации с преподавателем по проблемным и недостаточно понятным вопросам.

Требования к оформлению докладов.

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие текстовые данные); заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме, которые пока не нашли своего решения в науке).

Критерии оценки доклада.

«5» (отлично) – оценка «отлично» ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

«4» (хорошо) – оценка **«хорошо»** ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ординатор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

«3» (удовлетворительно) – оценка **«удовлетворительно»** ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

«2» (неудовлетворительно) – оценка **«неудовлетворительно»** ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.

**1. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ В
ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.48 «Скорая медицинская
помощь»**

Вопросы 1 - 100¹

1) При записи ЭКГ на левую руку накладывается электрод:

- A. зеленого цвета
- B. желтого цвета
- C. черного цвета
- D. красного цвета

Ответ: B

2) При записи ЭКГ на правую руку накладывается электрод:

- A. зеленого цвета
- B. желтого цвета
- C. черного цвета
- D. красного цвета

Ответ: D.

3) При записи ЭКГ на левую ногу накладывается электрод:

- A. зеленого цвета
- B. желтого цвета
- C. черного цвета
- D. красного цвета

Ответ: A

4) При записи ЭКГ на правую ногу накладывается электрод:

- A. зеленого цвета
- B. желтого цвета
- C. черного цвета
- D. красного цвета

Ответ: C.

5) При записи ЭКГ на левую ногу накладывается электрод:

- A. зеленого цвета
- B. желтого цвета
- C. черного цвета
- D. красного цвета

Ответ: A.

6) При записи ЭКГ на левую ногу накладывается электрод:

- A. зеленого цвета
- B. желтого цвета
- C. черного цвета
- D. красного цвета

Ответ: А

7) При записи ЭКГ грудной V3 электрод располагается:

- A. у левого края грудины в IV межреберье
- B. между электродами V2 и V4
- C. по левой срединно-ключичной линии в V межреберье
- D. по левой передней подмышечной линии на уровне электрода V4

Ответ: В

8) При записи ЭКГ грудной V4 электрод располагается:

- A. у левого края грудины в IV межреберье
- B. у правого края грудины в IV межреберье
- C. по левой срединно-ключичной линии в V межреберье
- D. по передней подмышечной линии в VI межреберье

Ответ: С.

9) При записи ЭКГ грудной V5 электрод располагается по левой:

- A. срединно-ключичной линии в V межреберье
- B. передней подмышечной линии на уровне электрода V4
- C. средней подмышечной линии на уровне электрода V4
- D. задней подмышечной линии на уровне электрода V4

Ответ: В

10) При записи ЭКГ грудной V6 электрод располагается по левой:

- A. срединно-ключичной линии в V межреберье
- B. передней подмышечной линии на уровне электрода V4
- C. средней подмышечной линии на уровне электрода V4
- D. задней подмышечной линии на уровне электрода V4

Ответ: С

11) При записи ЭКГ со скоростью 25 мм в секунду 1 мм на бумажной ленте соответствует времени:

- A. 0,02 секунды
- B. 0,04 секунды
- C. 0,05 секунды
- D. 0,2 секунды

Ответ: В

12) При записи ЭКГ со скоростью 50 мм в секунду 1 мм на бумажной ленте соответствует времени:

- A. 0,02 секунды
- B. 0,04 секунды

C. 0,05 секунды

D. 0,2 секунды

Ответ: B

13) Стандартными отведениями на ЭКГ называются:

A. I, II, III

B. V1, V2, V3

C. V7 – V9

D. aVR, aVL, aVF

Ответ: A

14) Продолжительность интервала PQ на ЭКГ в норме составляет:

A. 0,10-0,12 секунд

B. 0,12-0,20 секунд

C. 0,21-0,25 секунд

D. 0,26-0,28 секунд

Ответ: B.

15) Электрическую систолу желудочков на ЭКГ отражают:

A. зубец P

B. зубец R

C. комплекс QRS

D. интервал QT

Ответ: D.

16) Продолжительность комплекса QRS на ЭКГ в норме составляет:

A. 0,04 секунды

B. 0,08 секунды

C. 0,12 секунды

D. 0,14 секунды

Ответ: B.

17) Зубец Q на ЭКГ в норме характеризуется:

A. шириной менее 0,04 секунды

B. амплитудой меньше амплитуды следующего за ним зубца R

C. наличием в отведениях V1- V2

D. наличием в отведениях V5 –V6

Ответ: A, B, D.

18) Зубец T на ЭКГ называется "коронарным", если он

A. отрицательный разноколенный

- В. положительный разноколенный
- С. симметричный и заостренный
- Д. Двухфазный

Ответ: С.

19) При синусовом ритме во II стандартном отведении на ЭКГ положительный зубец Р :

- А. на регистрируется
- В. регистрируется перед каждым комплексом QRS
- С. регистрируется только перед каждым вторым комплексом QRS
- Д. регистрируется после каждого комплекса QRS

Ответ: В

20) При правильном синусовом ритме частота сердечных сокращений на ЭКГ определяется по формуле:

- А. $600:R-R$
- В. $R-R:60$
- С. $60:R-R$
- Д. $60:P-P$

Ответ: С

21) Зубец P-pulmonale на ЭКГ отражает нагрузку:

- А. только на левое предсердие
- В. только на правое предсердие
- С. на оба предсердия
- Д. вместе на правое предсердие и правый желудочек

Ответ: В

22) Зубец P-mitrale на ЭКГ отражает нагрузку:

- А. только на левое предсердие
- В. только на правое предсердие
- С. на оба предсердия
- Д. вместе на левое предсердие и левый желудочек

Ответ: А.

23) Появление боли за грудиной после еды при принятии горизонтального положения на спине характерно для:

- А. язвенной болезни желудка
- В. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- С. сухого перикардита
- Д. спонтанного пневмоторакса

Ответ: А, С, D.

24) Наиболее типичным эквивалентом стенокардии является:

- A. одышка
- B. рвота
- C. слабость в левой руке
- D. озноб

Ответ: А.

25) Горизонтальное смещение сегмента ST на ЭКГ более чем на 1 мм от изолинии характерно для

- A. ишемии миокарда
- B. передозировки сердечных гликозидов
- C. гипокалиемии
- D. прикардита

Ответ: А

26) Характерным изменением на ЭКГ при приступе стенокардии является:

- A. горизонтальная депрессия сегмента ST более чем на 1мм от изолинии
- B. появление патологического зубца Q
- C. снижение амплитуды зубца R
- D. появление "коронарного"зубца

Ответ: А

27) Приступ стенокардии на ЭКГ, наряду с горизонтальной депрессией сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии, может сопровождаться:

- A. удлинением интервала PQ,
- B. появлением патологического зубца Q
- C. деформацией комплекса QRS
- D. появлением "коронарного" зубца T

Ответ: D

28) Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии на догоспитальном этапе является:

- A. анальгин
- B. трамал
- C. нитропрепарат
- D. валидол

Ответ: С

29) Прием нитропрепаратов может сопровождаться:

- A. головной болью
- B. брадикардией
- C. артериальной гипотензией
- D. обострением глаукомы

Ответ: А, С, D.

30) Препаратом выбора для коррекции тахикардии, вызванной нитроглицерином, является:

- A. верапамил
- B. новокаинамид
- C. пропранолол
- D. дигоксин

Ответ: С

31) Для купирования приступа стенокардии при сопутствующей бронхиальной астме показано:

- A. эуфиллин
- B. нифедипин
- C. кеторолак
- D. пропранолол

Ответ: В

32) При недостаточном эффекте от приема нитроглицерина (сублингвального или в спрее) для купирования боли при стенокардии показано введение:

- A. анальгина
- B. (верно) морфина
- C. Дигоксина

Ответ: В

33) Рациональный объем терапии фельдшерской бригады скорой медицинской помощи при нестабильной стенокардии с отсутствием артериальной гипотензии:

- A. ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты (в спрее или внутривенно капельно), при купировании боли - "актив" в поликлинику
- B. экстренная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий
- C. ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты, гепарин, морфин при продолжающейся боли, обязательная госпитализация
- D. ацетилсалициловая кислота, нитропрепараты, гепарин, морфин, вызов бригады интенсивной терапии или специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи

Ответ: С.

34) Характерным признаком стенокардии принцметала является появление боли за грудиной:

- A. после приема пищи
- B. при выходе на холодный воздух
- C. ночью во время сна
- D. при физической нагрузке

Ответ: С.

35) Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии принцметала является:

- A. ацетилсалициловая кислота
- B. нитроглицерин
- C. (верно) нифедипин
- D. каптоприл

Ответ: С.

36) Типичной формой острого инфаркта миокарда является:

- A. абдоминальная
- B. аритмическая
- C. ангинозная
- D. астматическая

Ответ: C.

37) Типичной формой острого инфаркта миокарда является:

- A. абдоминальная
- B. аритмическая
- C. ангинозная
- D. астматическая

Ответ: C

38) При остром инфаркте миокарда псевдосиндром "острого живота" характерен для:

- A. астматической формы
- B. ангинозной формы
- C. абдоминальной формы
- D. аритмической формы

Ответ: C.

39) При остром инфаркте миокарда приступ удушья, не сопровождающийся болью за грудиной, характерен для:

- A. астматической формы
- B. ангинозной формы
- C. абдоминальной формы
- D. аритмической формы

Ответ: A.

40) Подъем сегмента ST вогнутой формы на ЭКГ характерен для:

- A. острого инфаркта миокарда
- B. экссудативного перикардита
- C. гиперкалиемии
- D. передозировки сердечными гликозидами

Ответ: A.

41) ЭКГ- признаки острейшей стадии инфаркта миокарда:

- A. патологический зубец Q
- B. монофазный подъем ST
- C. отрицательный зубец T

D. удлинение интервала QT

Ответ: А.

42) Сохранение монофазной кривой на ЭКГ через 1 месяц и более после перенесенного острого инфаркта миокарда свидетельствует о развитии:

- A. тромбоэмболии легочной артерии
- B. аневризмы сердца
- C. полной атриовентрикулярной блокады
- D. постинфарктного перикардита

Ответ: В.

43) Зону некроза при остром инфаркте миокарда на ЭКГ отражает зубец:

- A. Р
- B. Q
- C. R
- D. Т

Ответ: В

44) Появление патологического зубца Q на ЭКГ в отведениях II, III, aVF характерно для острого инфаркта миокарда:

- A. задне-нижней локализации
- B. передней локализации
- C. передне-перегородочной локализации
- D. боковой локализации

Ответ: А

45) Появление патологического зубца Q на ЭКГ в отведениях V1 – V3 характерно для острого инфаркта миокарда:

- A. задне-нижней локализации
- B. передней локализации
- C. передне-перегородочной локализации
- D. боковой локализации

Ответ: С.

46) Появление патологического зубца Q на ЭКГ в отведениях I, aVL, V4 – V6 характерно для острого инфаркта миокарда:

- A. задне-нижней локализации
- B. передней локализации
- C. передне-перегородочной локализации
- D. боковой локализации

Ответ: D.

47) Основной причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе, является:

- A. отек легких
- B. разрыв миокарда с тампонадой сердца
- C. полная атриовентрикулярная блокада
- D. фибрилляция желудочков

Ответ: D.

48) Ранние осложнения острого инфаркта миокарда:

- A. кардиогенный шок
- B. разрыв межжелудочковой перегородки
- C. фибрилляция желудочков
- D. синдром Дресслера

Ответ: A, B, C.

49) Ранние осложнения острого инфаркта миокарда:

- A. отек легких
- B. атриовентрикулярная блокада
- C. аневризма сердца
- D. желудочковая экстрасистолия

Ответ: A, B, D.

50) Тампонада сердца характеризуется:

- A. спавшимися шейными венами
- B. одышкой
- C. артериальной гипотензией
- D. низким вольтажом зубцов на ЭКГ

Ответ: B, C, D.

51) При остром инфаркте миокарда отсутствие сознания и пульса на сонных артериях с сохраняющимися регулярными зубцами на ЭКГ характерно для:

- A. синдрома Дресслера
- B. разрыва миокарда с тампонадой сердца
- C. полной атриовентрикулярной блокады
- D. фибрилляции желудочков

Ответ: B

52) При остром инфаркте миокарда причиной истинного кардиогенного шока является:

- A. постинфарктный перикардит
- B. обширный некроз миокарда

- С. нарушения ритма сердца
- Д. полная атриовентрикулярная блокада

Ответ: В

53) Острый инфаркт миокарда правого желудочка необходимо заподозрить при ЭКГ-признаках инфаркта:

- А. передне-перегородочной локализации в сочетании с отеком легких
- В. нижней стенки левого желудочка в сочетании с кардиогенным шоком
- С. передней стенки левого желудочка в сочетании с кардиогенным шоком
- Д. боковой стенки левого желудочка

Ответ: В.

54) Для диагностики острого инфаркта миокарда правого желудочка наиболее информативными ЭКГ-отведениями являются:

- А. V7-V9
- В. V3R-V4R
- С. II, III, aVF
- Д. V1-V3

Ответ: В.

55) Препаратом выбора для купирования болевого синдрома при остром инфаркте является:

- А. трамал
- В. анальгин
- С. морфин
- Д. кеторолак

Ответ: С.

56) При остром инфаркте миокарда внутривенная инфузия нитропрепаратов способствует профилактике:

- А. синдрома Дресслера
- В. рецидива боли
- С. нарушений ритма сердца
- Д. нарушений проводимости сердца

Ответ: В.

57) Объем догоспитальной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда с депрессией сегмента ST (Q-не образующий инфаркт миокарда) включает:

- А. ингаляцию кислорода
- В. нитропрепараты
- С. ацетилсалициловую кислоту, гепарин
- Д. ненаркотические анальгетики

Ответ: А, В, С

58) Объем догоспитальной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (Q-образующий инфаркт миокарда) включает:

- A. ингаляцию кислорода
- B. спазмолитики
- C. ацетилсалициловую кислоту, нитропрепараты
- D. морфин

Ответ: A, B, D.

59) Внутримышечный путь введения гепарина нецелесообразен из-за:

- A. медленного всасывания
- B. разрушения тканевыми ферментами
- C. развития отека Квинке
- D. развития болезненных гематом

Ответ: D.

60) Препаратом выбора для лечения истинного кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда левого желудочка является:

- A. кальция хлорид
- B. преднизолон
- C. (верно) допамин
- D. мезатон

Ответ: C

61) При остром инфаркте миокарда правого желудочка, сопровождающемся кардиогенным шоком, на догоспитальном этапе показано введение:

- A. нитропрепаратов
- B. лазикса
- C. антагонистов кальция
- D. растворов для инфузионной терапии до стабилизации гемодинамики или до появления признаков левожелудочковой недостаточности

Ответ: D

62) При остром инфаркте миокарда для купирования отека легких, не сопровождающегося артериальной гипотензией, показано введение:

- A. клофелина
- B. магния сульфата
- C. (верно) нитропрепаратов
- D. строфантина

Ответ: C.

63) При остром инфаркте миокарда для купирования отека легких, сопровождающегося артериальной гипотензией, показано введение:

- A. кордиамина
- B. лазикса

С. преднизолона

Д. допамина

Ответ: D.

64) Препаратом выбора для купирования пароксизмов синусовой тахикардии с частотой сердечных сокращений 140 ударов в минуту является:

А. новокаинамид

В. кордарон

С. пропранолол

Д. магния сульфат

Ответ: С.

65) Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма тахиаритмии показан только при:

А. фибрилляции предсердий

В. трепетании предсердий

С. суправентрикулярной тахикардии

Д. желудочковой тахикардии

Ответ: С.

66) Для купирования пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии с узкими комплексами QRS (менее 0,12 секунды) на догоспитальном этапе применим:

А. верапамил

В. дигоксин

С. пропранолол

Д. лидокаин

Ответ: А.

67) Для купирования пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии с узкими комплексами QRS (менее 0,12 секунды) на догоспитальном этапе применим:

аденозин

дигоксин

кордарон

лидокаин

Ответ: А.

68) Для купирования пароксизмальной тахикардии с широкими комплексами QRS (менее 0,12 секунды) на догоспитальном этапе применим:

А. новокаинамид

В. дигоксин

С. кордарон

Д. верапамил

Ответ: С,

69) При некупированном пароксизме суправентрикулярной тахикардии на догоспитальном этапе повторное болюсное введение 5-10 мг верапамила:

- A. возможно не ранее 10 минут
- B. возможно не ранее 30-35 минут
- C. возможно не ранее 2 часов
- D. недопустимо

Ответ: B

70) При передозировке верапамила на догоспитальном этапе показано введение:

- A. атропина
- B. налоксона
- C. унитиола
- D. кальция хлорида

Ответ: D.

71) ЭКГ- признак синдрома Фредерика- это:

- A. фибрилляция предсердий с полной блокадой правой ножки пучка Гиса
- B. фибрилляция предсердий с полной блокадой левой ножки пучка Гиса
- C. фибрилляция предсердий с полной атриовентрикулярной блокадой
- D. регулярная форма трепетания предсердий

Ответ: C

72) ЭКГ- признаки трепетания предсердий:

- A. предсердные волны пилообразной формы (зубцы F)
- B. наилучшая выраженность зубцов F в отведениях II, III, aVF
- C. удлинение интервала PQ
- D. частота предсердных волн 200-300 в минуту

Ответ: A,B,D.

73) При трепетании предсердий волны F на ЭКГ лучше всего регистрируются в отведениях:

- A. V2
- B. I, aVL
- C. V3-V4
- D. V5-V6

Ответ: A.

74) Препаратом выбора для купирования тахисистолической формы фибрилляции предсердий является:

- A. лидокаин
- B. дигоксин
- C. верапамил
- D. аденозин

Ответ: B.

75) Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий с левожелудочковой острой сердечной недостаточностью являются:

- A. пропранолол
- B. новокаинамид
- C. дигоксин
- D. верапамил

Ответ: С

76) Трепетание предсердий, рефрактерное к дигоксину, должно купироваться:

- A. синхронизированной электрической кардиоверсией
- B. кордароном
- C. лидокаином
- D. панангином

Ответ: А.

77) При передозировке сердечных гликозидов на ЭКГ регистрируется:

- A. горизонтальное снижение сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии
- B. подъем сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии
- C. сегмент ST на изолинии
- D. корытообразная депрессия сегмента ST

Ответ: D

78) При передозировке сердечных гликозидов на догоспитальном этапе показано введение:

- A. атропина
- B. налоксона
- C. унитиола
- D. кальция хлорида

Ответ: С.

- A. 79) Болюсное внутривенное введение аденозина показано при пароксизме:
- B. фибрилляции предсердий
- C. трепетания предсердий
- D. узловой тахикардии
- E. желудочковой тахикардии

Ответ: С.

80) Характерным признаком желудочковой экстрасистолы является:

- A. положительный зубец P, комплекс QRS уширен
- B. отрицательный зубец P, комплекс QRS уширен
- C. зубец P отсутствует, комплекс QRS уширен
- D. зубец P отсутствует, комплекс QRS обычной формы

Ответ: С

81) Экстрасистолы называются ранними желудочковыми, если они:

- A. возникают сразу после зубца P
- B. возникают через 0,1 секунды после зубца P

- С. наслаиваются на зубец Т
- Д. возникают через 0,2 секунды после зубца Т

Ответ: С

82) Купирование желудочковых экстрасистол на догоспитальном этапе показано:

- А. всегда
- В. при плохой переносимости их больным
- С. при наличии полиморфных экстрасистол
- Д. при наличии ранних экстрасистол

Ответ: В, С, D.

83) При хорошей переносимости желудочковых экстрасистол купированию на догоспитальном этапе подлежат:

- А. редкие экстрасистолы
- В. частые экстрасистолы
- С. групповые экстрасистолы
- Д. полиморфные экстрасистолы

Верно: В, С, D.

84) Препаратом выбора для купирования регулярной пароксизмальной желудочковой тахикардии на догоспитальном этапе является:

- А. пропранолол
- В. аденозин
- С. лидокаин
- Д. дигоксин

Верно: С

85) Препаратом выбора для купирования желудочковой тахикардии типа "Пируэт" на догоспитальном этапе является:

- А. кордарон
- В. магния сульфат
- С. лидокаин
- Д. изоптин

Ответ: В.

86) Введение новокаинамида может сопровождаться:

- А. артериальной гипертензией
- В. уширением комплекса QRS на ЭКГ
- С. удлинением интервала QT на ЭКГ
- Д. появлением желудочковой тахикардии типа "пируэт" на ЭКГ

Ответ: В, С, D.

87) При аллергической реакции на йод в анамнезе больному противопоказан:

- A. кордарон
- B. верапамил
- C. пропранолол
- D. каштоприл

Ответ: А.

88) ЭКГ- признаком атриовентрикулярной блокады I степени является:

- A. отсутствие зубца Р
- B. регистрация зубца Р после комплекса QRS
- C. удлинение интервала PQ
- D. удлинение интервала QT

Ответ: С

89) ЭКГ- признаком полной вентрикулярной блокады является:

- A. удлинение интервала PQ
- B. уширение комплекса QRS
- C. отсутствие связи между зубцом Р и комплексом QRS
- D. удлинение интервала QT

Ответ: С.

90) Приступ Морганьи-Эдамса-Стокса характерен для:

- A. полной атриовентрикулярной блокады
- B. тромбоза общей сонной артерии
- C. желудочно-кишечного кровотечения
- D. фибрилляции желудочков

Ответ: А

91) При полной атриовентрикулярной блокады для купирования брадикардии на догоспитальном этапе применяются:

- A. атропин
- B. кордиамин
- C. алупент
- D. эуфиллин

Верно: А, С, D

92) Наибольшим эффектом для купирования брадикардии при полной атриовентрикулярной блокаде обладает:

- A. атропин
- B. эуфиллин
- C. электрокардиостимуляция
- D. допамин

Ответ: С

93) Гипертонический криз в отличие от обострения артериальной гипертензии вне криза характеризуется:

- A. повышением артериального давления более 160/110 мм рт.ст.
- B. сильной головной болью
- C. тошнотой, рвотой
- D. появлением "мушек" перед глазами

Ответ: B,C,D.

94) К характерным клиническим признакам неосложненного гипертонического криза гиперкинетического типа относятся:

- A. быстрое развитие с преимущественным повышением систолического артериального давления
- B. головная боль, дрожь, сердцебиение
- C. гиперемия кожных покровов
- D. тошнота, рвота

Ответ: A,B,C.

95) К характерным клиническим признакам неосложненного гипертонического криза гипокинетического типа относятся:

- A. медленное развитие с преимущественным повышением диастолического артериального давления
- B. длительный анамнез гипертонической болезни
- C. гиперемия кожных покровов
- D. тошнота, рвота

Ответ: A, B, D.

96) Препаратом выбора для лечения неосложненного гипертонического криза на догоспитальном этапе является:

- A. адельфан
- B. гипотиазид
- C. каптоприл
- D. клофелин

Ответ: C.

97) К осложнениям гипертонического криза относятся:

- A. острый коронарный синдром
- B. острое нарушение мозгового кровообращения
- C. отек легких
- D. тромбоэмболия легочной артерии

Ответ: A,B,C.

98) Постепенное снижение артериального давления (на 15-25% от исходного уровня в течение 30-120 минут) при осложненном гипертоническом кризе показано при:

- A. остром коронарном синдроме
- B. остром нарушении мозгового кровообращения
- C. расслаивающей аневризме аорты
- D. эклампсии

Верно: A, B, D

99) Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном гипертензивной энцефалопатией, является:

- A. пропранолол
- B. эналаприлат
- C. дибазол
- D. нитропрепарат

Ответ: B.

100) Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном острым коронарным синдромом, является:

- A. эналаприлат
- B. нитропрепарат
- C. магния сульфат
- D. пропранолол

Ответ: B.

^{1 2} Протокол дополнений и изменений к ФОС «Промежуточная аттестация по дисциплинам» по специальности 31.08.04 «Скорая медицинская помощь» на 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи № 1 от 28.08.2023.

2. Ситуационные задачи к ФОС промежуточной аттестации:

Задачи 1 - 15²

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Врач скорой помощи вызван на дом к больной 56 лет. Жалобы на тошноту, слабость головокружение, температуру 37,5 С. Больная была в гостях накануне, где после употребления сладостей наступила однократная рвота. Объективно- кожные покровы бледные, влажные, отмечается небольшой цианоз губ. Дыхание 26 в мин. Пульс –100, ритмичный. АД – 90\ 55 мм.рт. ст. В легких дыхание везикулярное, сердце -тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте. Язык обложен серым налетом, сухой. Живот мягкий, болезненный в области эпигастрия, печень не увеличена. Стул однократно жидкий. Мочеиспускание не нарушено.

1. Оцените состояние больной
2. Какое заболевание вы предполагаете
3. Ваша лечебно- диагностическая тактика

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

В скорую помощь обратился больной 23 лет, с жалобами на тошноту. Боли в левой половине брюшной полости. Жидкий стул. Заболевание связывает с употреблением на кануне жареных грибов.

Объективно – кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание 16 в 1 мин., пульс 100 ритмичный. АД – 100\70 мм.рт.ст. Легкие и сердце без патологии. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий участвует в акте дыхания, болезненный в области сигмы. Печень и селезенка не увеличены. Дома был однократно жидкий стул с примесью крови.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Лечебно-диагностическая тактика.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

(теоретическая часть)
по специальности АИР
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

К мужчине, 26 лет, ночью была вызвана скорая помощь по поводу удушья. Больной мечется, напуган, дыхание затруднено на вдохе.

Объективно- лицо, кончик носа и мочки ушей цианотичны. Шейные вены набухшие. В акте дыхания усилено участвуют дыхательные мышцы, надключичное пространство, межреберные промежутки, подложечная область втягиваются при вдохе. Пауза между вдохом и выдохом удлинена. АД снижено - 80\40 мм. рт. ст., пульс частый, мягкий. В легких дыхание ослаблено, при аускультации выслушиваются мелкие, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. Число дыханий в 1 мин.-34. Зев гиперемирован, отечный. Сердце - тоны приглушены, тахикардия. Температура тела нормальная. До этого был абсолютно здоров, заболевание ни с чем не связывает.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие основные причины могут вызвать развитие подобного заболевания
3. Какие неотложные мероприятия нужно провести
4. Лечебно- диагностическая тактика.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)

по специальности АИР
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больной Ж., вызван по скорой с жалобами на одышку, высокую температуру до 39 С вечером, кашель с небольшим количеством зеленоватой мокроты. Болен 3 дня, связывает заболевание с переохлаждением.

Объективно- состояние тяжелое, температура 38 град, ЧДД 30/мин, пульс- 100/мин., ритмичный АД 100\60 мм.рт.ст. Цианоз губ. В легких при перкуссии справа перкуторный звук значительно укорочен, слева легочный. Дыхание в зоне притупления резко ослаблено. Сердце- верхняя граница по 3 межреберью справа не определяется, слева- относительная тупость по левой передне-аксиллярной линии. Бронхофония и голосовое дрожание на стороне поражения отсутствуют. Живот мягкий безболезненный. Печень увеличена на 2 см, безболезненная.

1. Ваш предварительный диагноз

2. Ваши лечебно- диагностические мероприятия.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)

по специальности АИР
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Через 5 минут после введения гентамицина в процедурном кабинете поликлиники пациент начал предъявлять жалобы на шум в ушах, тошноту, слабость. Появился надсадный кашель, боль в груди, жжение кожи и образование волдырей в местах почесывания.

1. Поставьте диагноз
2. Дальнейшая тактика врача в проведении лечения больной на догоспитальном этапе.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)

по специальности АИР
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

С улицы, вызов на скорую, больной с жалобами на общую слабость, чувство тошноты. Была кратковременная потеря сознания. При осмотре – температура 35,9 град., кожные покровы бледные, влажные, губы цианотичные. Дыхание учащено, везикулярное, 28/мин., хрипов нет. Тоны сердца приглушены ритмичные. АД 80\60 мм.рт.ст., пульс слабого наполнения, 112/мин. Живот мягкий, отмечается легкая болезненность в эпигастрии. Утром по пути на работу почувствовал недомогание. В анамнезе гастрит.

1. Определите ведущий клинический синдром у больного.
2. Оцените состояние больного
3. Ваши диагностические предположения.
4. Тактика лечения больного.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)

по специальности АИР
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

По вызову врача скорой помощи, больной Н. 55 лет с жалобами на приступы кратковременной потери сознания, которые наблюдались дважды в течении 3х дней, головную боль, общую слабость. Из анамнеза в течении полугода беспокоят боли в сердце, с преимущественной локализацией за грудиной, связанные с физической нагрузкой, исчезающие после приема нитроглицерина. К врачу не обращался.

Объективно- Выраженная бледность кожных покровов, число дыханий в 1 мин 24, пульс 32 в мин. ослаблен. Живот мягкий безболезненный.

1. Ваш диагноз, какой симптом поможет вам правильно диагностировать осложнение.
2. Ваша лечебно- диагностическая тактика

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Вызов врача на дом, больной 44 лет с жалобами на красную мочу. Ухудшение состояния связывает с простудой. Наблюдается в поликлинике по поводу хронического гломерулонефрита в течении 5 лет с редкими обострениями. Объективно – Общее состояние удовлетворительное Видимых отеков нет. АД 120\80 мм.рт.ст. Анализ мочи: относительная плотность 1024.следы белка. В осадке сплошь эритроциты.

1. Ваши диагностические предположения.
2. Какие обследования надо провести больному
3. Тактика дальнейшего лечения.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

К больному Г., 23 лет вызвана скорая помощь. Жалобы на рвоту с кровью. Через 7 часов после употребления алкоголя дома наблюдалась однократная рвота съеденной пищей с примесью крови.

Объективно: кожные покровы бледные, АД 100/60 мм.рт ст., пульс ритмичный 108 в мин.. В легких везикулярное дыхание хрипов нет. Сердце- тоны ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Больной врачом скорой помощи оставлен дома, даны рекомендации по соблюдению режима и лечения у участкового врача.

1. Правильная тактика врача скорой помощи
2. Какое необходимое мероприятие следует провести больному
3. Поставьте диагноз
4. Подлежит ли госпитализации больной и по каким показаниям.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

В 17 часов в скорую помощь доставлен больной с кратковременной потерей сознания. В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, язвенная болезнь желудка. В последние 2-3 дня отмечал боли за грудиной, тошноту и однократную рвоту. При осмотре больной отмечает резкую слабость, боли в области сердца. Объективно: бледные кожные покровы, холодный пот. Пульс 112 в мин. АД 80\55 мм.рт.ст. Легкие -дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце – тоны приглушены, чистые, без патологической акцентуации. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

С диагнозом инфаркт миокарда, кардиогенный шок 2 ст, больному введен сульфакамфакаин, кордиамин и преднизолон и госпитализирован в кардиологическое отделение.

Состояние больного ухудшилось, в 20 часов внезапно началось желудочное кровотечение. Мероприятия по остановке кровотечения эффекта не дали.

- 1.Поставьте диагноз
- 2.Какие ошибки были допущены врачом при осмотре на догоспитальном этапе
- 3.Какова тактика врача и какие мероприятия нужно было провести для оказания адекватной помощи больному.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Больная 49 лет, вызвала скорую помощь по поводу болей в правой половине живота. Была однократная рвота. Заболела впервые, начало заболевания связывает с эмоциональной нагрузкой.

Объективно: Легкие и сердце без патологии. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой половине живота. Симптомы раздражения брюшины сомнительны.

1. Охарактеризуйте тактику врача скорой помощи
2. Что должен предпринять врач в случае отказа больной от госпитализации.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Больной К. 60 лет осмотрен на дому участковым терапевтом. Жалобы на периодические боли в животе и вздутие, рвоту, отсутствие стула, жажду. Болен 6 день, начало заболевания постепенное, ни с чем не связывает настоящее заболевание.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 96 в мин., ритмичный, АД 150\90 мм.рт.ст.. Число дых 22 в мин. Язык сухой обложен серо- грязным налетом. В легких дыхание везикулярное. Сердце тоны несколько приглушены, без патологической акцентуации. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. Печень и селезенку пальпировать из-за вздутия живота не удается. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие исследования брюшной полости надо провести для дифференциальной диагностики больного.
3. Лечебные мероприятия и дальнейшая тактика в ведении больного.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Больной з. 27 лет. Во время игры в волейбол почувствовал резкую колющую боль в грудной клетке справа, затруднение дыхания, одышку. Был вынужден выйти из игры и прислониться к стенке. При осмотре врачом скорой помощи выявлен – одышка –32 в мин., цианоз, кожные покровы влажные. Пульс 120 в мин., АД –80\50 мм.рт. ст. При аускультации легких –справа резко ослаблено дыхание, перкуторно коробочный звук. Сердце – тоны приглушены шумы не выслушиваются. Живот мягкий безболезненный.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Тактика врача скорой помощи
3. Какие необходимые мероприятия по оказанию помощи на догоспитальном этапе следует провести.

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Больной Х.. доставлен в ближайшую поликлинику в бессознательном состоянии из парка отдыха. Из анамнеза известно, что за 2 часа до обращения видели его с друзьями, возможно употребляли спиртные напитки и суррогаты.

Объективно: Кома 3 степени, менингеальных знаков нет. Зрачки точечные- менее 1 мм, равные. Наблюдается центральная форма нарушения внешнего дыхания.. Пульс 94 в 1 мин. АД – 130\85 мм.рт.ст. В правом локтевом сгибе след от свежей инъекции. Органы брюшной полости без патологии.

1.Ваш диагноз

2 Проведите необходимые мероприятия по выведению больного из комы

3.Госпитализация в какое отделение больного должна быть проведена

Зав. кафедрой

А.С. Попов

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
(теоретическая часть)
по специальности АИР

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Больной 50 лет, во время осмотра врачом на приеме потерял сознание. В анамнезе гипертоническая болезнь, кризовое течение. Перенесенный инфаркт миокарда.

Объективно: кома 3 ст. Лицо багрово-красного цвета, плавающие движения глазных яблок. рот полуоткрыт, симптом „паруса”. Пульс 58 .ритмичный. АД –170\120 мм.рт.ст.

1 Какой диагноз можно предположить

2.Нуждаемость в экстренной помощи

3. Какие дополнительные исследования можно провести в условиях поликлиники

Зав. кафедрой

А.С. Попов

² Протокол дополнений и изменений к ФОС «Промежуточная аттестация по дисциплинам» по специальности 31.08.04 «Скорая медицинская помощь» на 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи № 1 от 28.08.2023.

**3. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ II ЭТАПА ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.48 «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»:**

Вопросы 1-60³

1. Оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих проведения скорой и неотложной помощи.
2. Разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий при оказании скорой и неотложной помощи.
3. Оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных, находящихся в тяжелом состоянии.
4. Проводить терапию синдромов острой дыхательной недостаточности, малого сердечного выброса, коагулопатий, дисгидрий, экзо- и эндотоксикоза, белково-энергетической недостаточности.
5. Оформить медицинскую документацию.
6. Оценить состояние больного перед транспортировкой.
7. Организовать рабочее место в машине Скорой помощи с учетом мер профилактики взрывов и воспламенений, правил работы с баллонами со сжатыми газами, подготовки к работе и эксплуатации аппаратуры для искусственной вентиляции легких, мониторингового наблюдения за больным, необходимых инструментов, медикаментов.
8. Эксплуатировать аппараты для искусственной вентиляции легких; распознать основные неисправности.
9. Осуществлять принудительную вентиляцию легких маской, интубацию трахеи, искусственную вентиляцию легких вручную и с помощью респираторов.
10. Выполнить диагностику и оказать скорую медицинскую помощь при хирургических заболеваниях брюшной полости (аппендицит,

перитонит, кишечной непроходимости, ЖКК, внутривенных кровотечений, при остром холецистите и панкреатите и др.), экстренных урологических операциях.
11. Провести пособие и оказать неотложную помощь в акушерско-гинекологической практике, при родоразрешении, при родовспомогательных процедурах, при экстрагенитальной патологии.
12. Осуществить рациональную инфузионно-трансфузионную терапию на догоспитальном этапе с учетом особенностей состояния больного.
13. Осуществлять наблюдение за больными и проводить необходимое лечение в ходе транспортировки.
14. Провести местное обезболивание: аппликационную, инфильтрационную, футлярную анестезию.
15. Провести иммобилизацию конечностей при травмах.
16. Установить показания и проводить катетеризацию периферических и центральных (подключичной и внутренней яремной) вен, осуществить контроль производимых инфузий.
17. Провести неотложные мероприятия при синдромах острой сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, печеночной, почечной недостаточности, при критических состояниях эндокринного генеза.
18. Распознать на основании клинических и лабораторных данных нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, проводить коррекцию их нарушений.
19. Диагностировать и лечить гиповолемические состояния.
20. Диагностировать и лечить нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови.
21. Провести неотложные мероприятия при различных формах шока.
22. Провести неотложные мероприятия при осложненных формах инфаркта миокарда, нарушениях ритма сердечной деятельности, гипертоническом кризе.

23.Провести форсированный диурез.
24.Провести корригирующую инфузионно-трансфузионную терапию.
25.Диагностика и лечение возникших нарушений газообмена, кровообращения, гемокоагуляции, терморегуляции, аллергических и анафилактических реакций, кровопотери.
26.Применение различных видов искусственной вентиляции легких, продленной интубации и трахеотомии, адаптации к респиратору, седативной терапии, отключение от респиратора, ухода за больным с трахеостомой, контроля состояния газообмена, стерилизация и обеззараживания аппаратуры и инструментария для ИВЛ.
27.Проведение интенсивной терапии при септических состояниях, перитоните, диарее, истощающей рвоте с применением антибактериальных препаратов, зондового и парентерального питания.
28.Проведение интенсивной терапии при политравме, шоке, травме груди, радиационной электротравме, ожоговой, черепно-мозговой травме.
29.Проведение интенсивной терапии при остром инфаркте миокарда, нарушения ритма сердца с использованием электроимпульсной и электростимуляционной терапии.
30.Проведение интенсивной терапии тяжелой акушерской патологии эклампсических состояний, нефропатии, шоковых и шокopodobных состояний, акушерских кровотечений.
31.Проведение интенсивной терапии экзогенных отравлений этанолом, препаратами бытовой химии, медикаментами, токсическими продуктами промышленности с использованием по показаниям гемосорбции.
32.Проведение интенсивной терапии при диабетическом кетоацидозе, феохромоцитомном кризе, недостаточности надпочечников, тиреотоксическом кризе.
33.Проведение интенсивной терапии при гипертермическом и судорожном

синдроме у детей.
34.Проведение интенсивной терапии в восстановительном периоде после оживления.
35.Проведение реанимации при клинической смерти с применением закрытого и открытого массажа сердца, внутрисердечного и внутрисосудистого введения медикаментов, разных способов вентиляции легких.
36.Проведение мероприятий церебропротекции, специальных методов интенсивной терапии в восстановительном периоде после оживления - гипербарооксигенации, экстракорпоральной детоксикации, вспомогательного кровообращения.
37.ИВЛ: простейшими методами ("изо рта -в- рот", "изо рта -в- нос"), вручную через маску или интубационную трубку с помощью аппарата для наркоза, портативного респиратора, инъекционным методом, с помощью ларингеальной маски.
38.Прямой и непрямой массаж сердца.
39.Интубация трахеи методом прямой ларингоскопии, в слепую через рот и носовые ходы под наркозом и местной анестезией.
40.Общая анестезия на догоспитальном этапе в зависимости от состояния больного .
41.Использование аппаратуры для наркоза, ИВЛ, мониторингования жизненно важных функций с соблюдением правил ухода за ней, техники безопасности.
42.Опорожнение желудка зондом, прижатие пищевода в области шеи (прием Селлика) и другие методы.
43.Венепункция, венесекция, катетеризация периферических и центральных вен у взрослых и детей, длительная инфузионная терапия, использование аппаратуры для дозированных инфузий.
44.Артериопункция и артериосекция.

45. Взятие крови для анализа крови и КЩС.
46. Определение группы крови и Rh-принадлежности крови (индивидуальной совместимости).
47. Экспресс-диагностика нарушений свертывания крови.
48. Пункция и дренирование плевральной полости.
49. Внутрисердечное введение медикаментов.
50. Пункция трахеи.
51. Трахеостомия, коникотомия.
52. Бронхоскопия, очищение дыхательных путей от патологического содержимого.
53. Вибрационный массаж грудной клетки.
54. Запись и расшифровка ЭКГ и ЭЭГ.
55. Электростимуляция и электродефибриляция.
56. Измерение ЦВД.
57. Катетеризация мочевого пузыря, измерение диуреза.
58. Энтеральное зондовое и парентеральное питание.
59. Расчет дефицита воды, электролитов. нарушений белкового и углеводного обмена, КЩС, гемоглобина и гематокрита и коррекция этих нарушений.
60. Оформление медицинской документации.

³ Протокол дополнений и изменений к ФОС «Промежуточная аттестация по дисциплинам» по специальности 31.08.04 «Скорая медицинская помощь» на 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и скорой медицинской помощи № 1 от 28.08.2023.