

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения
высшего образования «Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Одобрено на заседании

Ученого совета ИАТЭ НИЯУ МИФИ

Протокол от 24.04.2023 № 4-4/2023

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Общие вопросы терапевтической патологии

Шифр, название дисциплины

для студентов специальности

**31.08.19 Педиатрия,
31.08.36 Кардиология,
31.08.42 Неврология,
31.08.49 Терапия**

Шифр, название специальности/направления подготовки

специализации/профиля

Шифр, название специализации/профиля

Форма обучения очная

г. Обнинск 2023 г.

Область применения

Фонд оценочных средств (ФОС) – является обязательным приложением к рабочей программе дисциплины и обеспечивает проверку освоения планируемых результатов обучения (компетенций и их индикаторов) посредством мероприятий текущей и промежуточной аттестации по дисциплине.

Цели и задачи фонда оценочных средств

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине решаются следующие задачи:

- контроль и управление процессом приобретения обучающимися знаний, умений, навыков, предусмотренных к освоению в рамках данной дисциплины;
- контроль и оценка степени освоения компетенций, предусмотренных в рамках данной дисциплины;
- обеспечение соответствия результатов обучения задачам будущей профессиональной деятельности через совершенствование традиционных и внедрение инновационных методов обучения в образовательный процесс в рамках данной дисциплины.

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате освоения ОП специалитета обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине:

Коды компетенций	Результаты освоения ООП Содержание компетенций*	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине**
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1 знать: знать о методах критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; УК-1 уметь: уметь критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; УК-1 владеть: владеть методами критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4 знать: знать, как проводить клиническую диагностику и обследование пациентов; ОПК-4 уметь: уметь проводить клиническую диагностику и обследование пациентов; ОПК-4 владеть: владеть методами клинической диагностики и обследования пациентов.
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5 знать: знать о методах лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля его эффективности и безопасности ОПК-5 уметь:

		уметь применять методы лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать их эффективность и безопасность ОПК-5 владеть: владеть методами лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля их эффективности и безопасности.
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7 знать: знать, как проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу; ОПК-7 уметь: уметь проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу; ОПК-7 владеть: владеть методами проведения в отношении пациентов медицинской экспертизы;
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10 знать: знать методы оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; ОПК-10 уметь: уметь оказывать неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; ОПК-10 владеть: владеть методами оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
ПК-1	ПК-1 – Проведение обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	ПК-1 знать: знать методы обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре; ПК-1 уметь: уметь применять методы обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза

		амбулаторно и в стационаре; ПК-1 владеть: владеть методами обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре
ПК-2	ПК-2 – Назначение лечения взрослым пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре	ПК-2 знать: знать методы лечения взрослых пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре; ПК-2 уметь: уметь применять методы лечения взрослых пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре; ПК-2 владеть: владеть методами лечения взрослых пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре.

1.2. Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОП специалитета

Компоненты компетенций, как правило, формируются при изучении нескольких дисциплин, а также в немалой степени в процессе прохождения практик, НИР и во время самостоятельной работы обучающегося. Выполнение и защита ВКР являются видом учебной деятельности, который завершает процесс формирования компетенций.

Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины:

- **начальный** этап – на этом этапе формируются информационные и инструментальные основы компетенции, осваиваются основные категории, формируются базовые умения. Студент воспроизводит термины, факты, методы, понятия, принципы и правила; решает учебные задачи по образцу;

- **основной** этап – знания, умения, навыки, обеспечивающие формирование компетенции, значительно возрастают, но еще не достигают итоговых значений. На этом этапе студент осваивает аналитические действия с предметными знаниями по дисциплине, способен самостоятельно решать учебные задачи, внося коррективы в алгоритм действий, осуществляя коррекцию в ходе работы, переносит знания и умения на новые условия;

- **завершающий** этап – на этом этапе студент достигает итоговых показателей по заявленной компетенции, то есть осваивает весь необходимый объем знаний, овладевает всеми умениями и навыками в сфере заявленной компетенции. Он способен использовать эти знания, умения, навыки при решении задач повышенной сложности и в нестандартных условиях.

Этапы формирования компетенций в ходе освоения дисциплины отражаются в тематическом плане (см. РПД).

1.3. Связь между формируемыми компетенциями и формами контроля их освоения
Блок Терапия:

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
Текущая аттестация I семестр			
1.	Заболевания органов системы кровообращения	УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ПК-1 – Проведение обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ПК-2 – Назначение лечения взрослым пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
2.	Заболевания органов системы дыхания	УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков

		ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ПК-1 – Проведение обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ПК-2 – Назначение лечения взрослым пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
3.	Заболевания органов системы пищеварения	УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков

		ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ПК-1 – Проведение обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ПК-2 – Назначение лечения взрослым пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
4.	Заболевания органов мочевыделительной системы	УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков

		ПК-1 – Проведение обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ПК-2 – Назначение лечения взрослым пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
Текущая аттестация I семестр			
Экзамен		УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
		ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
		ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
		ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
		ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
		ПК-1 – Проведение обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
		ПК-2 – Назначение лечения взрослым пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
Текущая аттестация I семестр			

6.	Системные заболевания соединительной ткани. Заболевания суставов	УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ПК-1 – Проведение обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
		ПК-2 – Назначение лечения взрослым пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, презентации, рефераты, оценка практических навыков
Промежуточная аттестация I семестр			
	Зачет с оценкой	УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
		ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере

	ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
	ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
	ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
	ПК-1 – Проведение обследования взрослых пациентов при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия" с целью постановки диагноза амбулаторно и в стационаре	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере
	ПК-2 – Назначение лечения взрослым пациентам при заболеваниях и(или) состояниях по профилю "терапия", контроль его эффективности и безопасности амбулаторно и в стационаре	Собеседование (устный опрос), тестирование на компьютере

Блок Неврология:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
Текущий контроль I семестр			
1.	Общие вопросы неврологии и нейрохирургии		
1.1.	Анатомия ЦНС. Строение головного мозга. Строение спинного мозга. Кровоснабжение ЦНС. Циркуляция цереброспинальной жидкости. Гематоэнцефалический барьер.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
1.2.	Чувствительность. Виды анализаторов. Строение проводников. Методика обследования. Патология чувствительности на разных уровнях поражения.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
1.3.	Пирамидный анализатор. Движения и их расстройства.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным

		профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	задачам, доклады, презентация
1.4.	Экстрапирамидная система. Мозжечок. Строение, основные синдромы. Методика обследования.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		(или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
1.5.	Черепные нервы (1-6 пары).	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
1.6.	Черепные нервы (7-12 пары). Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Альтернирующие синдромы.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях,	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
1.7.	Вегетативная нервная система.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
1.8.	Расстройства высших мозговых функций.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		(или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
1.9.	Дополнительные методы исследования в неврологии и нейрохирургии.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
1.10.	Методика неврологического обследования.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным

	Синдромологический анализ в неврологии, нейрохирургии.	применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	задачам, доклады, презентация
2.	Основы медицинской генетики		
2.1.	Клинико-генеалогический метод. Критерии наследования. Семиотика наследственных болезней.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или)	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
2.2.	Цитогенетические, молекулярно-генетические, биохимические, популяционно-статистический, близнецовый методы. Компьютерная диагностика наследственных болезней.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
2.3.	Моногенные болезни нервной системы.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
2.4.	Мультифакториальные заболевания. Хромосомные болезни.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
2.5.	Медико-генетическое консультирование. Профилактика наследственной и врожденной патологии. Этические вопросы медицинской генетики.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным

		клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	задачам, доклады, презентация
Промежуточная аттестация I семестр			
	Экзамен	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и	- собеседование (устный опрос) - тестирование

		(или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
3.	Вопросы частной неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики		
Текущая аттестация, I семестр			
3.1.	Функциональная нейрохирургия. Дегенеративные поражения позвоночника. Объемные заболевания ЦНС.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
3.2.	Травма нервной системы. Заболевания периферической нервной системы.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
3.3.	Сосудистые заболевания ЦНС	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
3.4.	Инфекционные, инфекционно-аллергические и паразитарные заболевания нервной системы.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
3.5.	Демиелинизирующие заболевания. Хронические прогрессирующие и пароксизмальные заболевания нервной системы.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

Промежуточная аттестация I семестр			
	Зачет с оценкой	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	- собеседование (устный опрос) - кейс-задача

Блок Кардиология:

1 год обучения

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
1.	Заболевания органов системы кровообращения	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
2.	Заболевания органов системы дыхания	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
3.	Заболевания органов системы пищеварения	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
4.	Заболевания органов мочевыделительной системы	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты

5.	Заболевания системы крови	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
6.	Заболевания суставов	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
7.	Системные заболевания соединительной ткани	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи
8.	Заболевания органов эндокринной системы	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи

2 год обучения

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
1.	Принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи
2.	Заболевания органов системы дыхания	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
3.	Заболевания органов сердечно-сосудистой системы	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
4.	Заболевания органов системы пищеварения	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
5.	Заболевания мочевыделительной системы	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
6.	Заболевания системы крови	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
7.	Ревматические заболевания	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи, рецепты
8.	Особенности работы участкового терапевта поликлиники с пациентами разных возрастных групп населения	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи
9.	Заболевания внутренних органов и беременность	УК – 1; ОПК – 4, 5, 7, 10; ПК – 1, 2	Тестирование, опрос, ситуационные задачи

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Конечными результатами освоения программы дисциплины являются сформированные когнитивные дескрипторы «знать», «уметь», «владеть», расписанные по отдельным компетенциям, которые приведены в п.1.1. Формирование этих дескрипторов происходит в процессе изучения дисциплины по этапам в рамках различного вида учебных занятий и самостоятельной работы.

Выделяются три уровня сформированности компетенций на каждом этапе: пороговый, продвинутый и высокий.

Уровни	Содержательное описание уровня	Основные признаки выделения уровня	БРС, % освоения	ECTS/Пятибалльная шкала для оценки экзамена/зачета
Высокий Все виды компетенций сформированы на высоком уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины	Творческая деятельность	Включает нижестоящий уровень. Студент демонстрирует свободное обладание компетенциями, способен применить их в нестандартных ситуациях: показывает умение самостоятельно принимать решение, решать проблему/задачу теоретического или прикладного характера на основе изученных методов, приемов, технологий	90-100	A/ Отлично/ Зачтено
Продвинутый Все виды компетенций сформированы на продвинутом уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины	Применение знаний и умений в более широких контекстах учебной и профессиональной деятельности, нежели по образцу, большей долей самостоятельности и инициативы	Включает нижестоящий уровень. Студент может доказать владение компетенциями: демонстрирует способность собирать, систематизировать, анализировать и грамотно использовать	85-89	B/ Очень хорошо/ Зачтено
			75-84	C/ Хорошо/ Зачтено

		информацию из самостоятельно найденных теоретических источников и иллюстрировать ими теоретические положения или обосновывать практику применения.		
Пороговый Все виды компетенций сформированы на пороговом уровне	Репродуктивная деятельность	Студент демонстрирует владение компетенциями в стандартных ситуациях: излагает в пределах задач курса теоретически и практически контролируемый материал.	65-74	D/Удовлетворительно/ Зачтено
			60-64	E/Посредственно/Зачтено
Ниже порогового	Отсутствие признаков порогового уровня: компетенции не сформированы. Студент не в состоянии продемонстрировать обладание компетенциями в стандартных ситуациях.		0-59	Неудовлетворительно/ Зачтено

Оценивание результатов обучения студентов по дисциплине осуществляется по регламенту текущего контроля и промежуточной аттестации.

Критерии оценивания компетенций на каждом этапе изучения дисциплины для каждого вида оценочного средства и приводятся в п. 4 ФОС. Итоговый уровень сформированности компетенции при изучении дисциплины определяется по таблице. При этом следует понимать, что граница между уровнями для конкретных результатов освоения образовательной программы может смещаться.

Уровень сформированности компетенции	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
высокий	высокий	высокий
	продвинутый	высокий
	высокий	продвинутый
продвинутый	пороговый	высокий
	высокий	пороговый
	продвинутый	продвинутый
	продвинутый	пороговый
	пороговый	продвинутый

пороговый	пороговый	пороговый
ниже порогового	пороговый	ниже порогового
	ниже порогового	-

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Рейтинговая оценка знаний является интегральным показателем качества теоретических и практических знаний и навыков студентов по дисциплине и складывается из оценок, полученных в ходе текущего контроля и промежуточной аттестации.

Текущий контроль в семестре проводится с целью обеспечения своевременной обратной связи, для коррекции обучения, активизации самостоятельной работы студентов.

Промежуточная аттестация предназначена для объективного подтверждения и оценивания достигнутых результатов обучения после завершения изучения дисциплины.

Текущий контроль осуществляется два раза в семестр: контрольная точка № 1 (КТ № 1) оценивается по итогам клинических практических заданий и контрольная точка № 2 (КТ № 2) по итогам самостоятельной работы и усвоения лекционного материала.

Результаты текущего контроля и промежуточной аттестации подводятся по шкале балльно-рейтинговой системы.

I, II, III семестр			
Вид контроля	Этап рейтинговой системы / Оценочное средство	Балл*	
		Минимум	Максимум
Текущий	Контрольная точка № 1 (КТ № 1)	0	30
	собеседование (устный опрос)	0	10
	тестирование на компьютере	0	5
	решение ситуационных задач (кейс-задача)	0	10
	контрольные работы	0	5
	Контрольная точка № 2 (КТ № 2)	0	30
	Написание академической истории болезни	0	15
	Доклад с мультимедиа презентацией	0	10
	Реферат	0	5
Промежуточный	Экзамен	0	40
Итоговый балл (при условии положительной аттестации освоения дисциплины)		60	100
IV семестр			

Вид контроля	Этап рейтинговой системы / Оценочное средство	Балл*	
		Минимум	Максимум
Текущий	Контрольная точка № 1 (КТ № 1)	0	30
	собеседование (устный опрос)	0	10
	тестирование на компьютере	0	5
	решение ситуационных задач (кейс-задача)	0	10
	контрольные работы	0	5
	Контрольная точка № 2 (КТ № 2)	0	30
	Доклад с мультимедиа презентацией	0	15
	Реферат	0	15
Промежуточный	Зачет с оценкой	0	40
Итоговый балл (при условии положительной аттестации освоения дисциплины)		60	100

*-примечание: абсолютная величина суммарного балла по результатам применения оценочного средства рассчитывается по формуле «балл» = средняя оценка примененного оценочного средства по 100-балльной шкале умноженное на максимальное значение в баллах для данного средства разделенное на 100, при условии округления результата до целочисленного.

Система и критерии оценки знаний обучающихся соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

Для контроля и оценивания качества знаний студентов применяются пятибалльная (русская), стобалльная и европейская (ECTS) системы оценки качества обучения студентов. Связь между указанными системами приведена в таблице.

Сумма баллов	Оценка по 4-х балльной шкале	Зачет	Оценка (ECTS)	Градация
90 - 100	5(отлично)	зачтено	A	отлично
85 - 89	4 (хорошо)		B	очень хорошо
75 - 84			C	хорошо
70 - 74			D	удовлетворительно
65 - 69	3(удовлетворительно)		E	посредственно
60 - 64				
Ниже 60	2(неудовлетворительно)	не зачтено	F	неудовлетворительно

В итоговую сумму баллов входят результаты аттестации разделов дисциплины и итоговой формы аттестации (зачет/экзамен). Максимальный итоговый балл всегда равен

100.

Максимальный балл за экзамен (зачет) устанавливается в интервале от 0 до 40. Разделы дисциплины оцениваются по многобалльной шкале оценок в соответствии с утвержденной структурой дисциплины.

Студент считается аттестованным по разделу, зачету или экзамену, если он набрал не менее 60% от максимального балла, предусмотренного рабочей программой.

4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков

4.1. Экзамен

а) типовые задания (вопросы):

Блок Терапия:

1. Анемии железодефицитные. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
2. Атеросклероз: теории патогенеза, факторы риска, классификация гиперлипидемий, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
3. Атипичные варианты инфаркта миокарда. Клиника, диагностика.
4. Атипичные пневмонии (микоплазменные, хламидийные, легионеллезные, вирусные). Клиника, диагностика, лечение.
5. Блокады проведения по сердцу: диагностика, лечение, профилактика.
6. Болезнь Крона: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
7. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
8. В12-дефицитные анемии. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
9. Вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии: классификация, клиника, диагностика, лечение.
10. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
11. Гипертонические кризы. Классификация, клиника, лечение.
12. Гипертрофическая кардиомиопатия: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
13. Деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
14. Дилатационная кардиомиопатия: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
15. ИБС. Инфаркт миокарда (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение).
16. ИБС. Нестабильная стенокардия (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение).
17. ИБС. Стабильная стенокардия (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение).
18. ИБС: эпидемиология, факторы риска, классификация.
19. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
20. Клинические и функциональные методы исследования почек.
21. Метаболический синдром: этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
22. Методы функционального исследования печени
23. Миокардиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
24. Нарушения сердечного ритма (тахикардии): диагностика, неотложная терапия, профилактика.
25. Нарушения сердечного ритма (брадикардии): диагностика, неотложная терапия, профилактика.
26. Недостаточность аортального клапана: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

27. Недостаточность митрального клапана: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
28. Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок. Клиника, диагностика, лечение.
29. Осложнения инфаркта миокарда. Отек легких. Клиника, диагностика, лечение.
30. Осложнения инфаркта миокарда. Сердечная астма. Клиника, диагностика, лечение.
31. Осложнения инфаркта миокарда: поздние (аневризма сердца). Клиника, диагностика, лечение.
32. Осложнения язвенной болезни желудка и 12 п.к.: клиника, диагностика, лечение.
33. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии Киселя-Джонса-Нестерова, лечение, первичная и вторичная профилактика.
34. Острый бронхит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
35. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение.
36. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение).
37. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение).
38. Перикардиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
39. Пневмонии. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение долевых (крупозных) и очаговых пневмоний.
40. Ревматоидный полиартрит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
41. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечебная тактика.
42. Системная красная волчанка: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
43. Стеноз аортального клапана: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
44. Стеноз митрального клапана: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
45. Сухие и экссудативные плевриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
46. Хроническая ревматическая болезнь сердца: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
47. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
48. Хронические гастриты. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
49. Хронические гепатиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
50. Хронические гломерулонефриты. Этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение.
51. Хронические панкреатиты: Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
52. Хронические пиелонефриты. Этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение.
53. Хронические холециститы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
54. Хронические энтериты: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
55. Хронический бронхит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение и профилактика.
56. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
57. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Осложнения.

Блок Неврология:

Тема 1.1. Анатомия ЦНС. Строение головного мозга. Строение спинного мозга. Кровоснабжение ЦНС. Циркуляция cerebrospinalной жидкости, основные показатели. Гематоэнцефалический барьер.

- Строение головного мозга. -
- Доли мозга, строение коры, ассоциативные волокна. -
- Экстрапирамидные структуры, лимбико-ретикулярный комплекс. -
- Строение спинного мозга. -
- Сосудистые бассейны сонной артерии, вертебро-базиллярной артерии. Виллизиев круг. -
- Венозная система ЦНС. -
- Формирование cerebrospinalной жидкости, основные показатели, пути оттока, цистерны. -
- Компоненты гематоэнцефалического барьера, роль в функционировании ЦНС.

Тема 1.2 Чувствительность. Строение проводников Методика обследования. Патология чувствительности при разных уровнях поражения.

- Определение понятия «чувствительность».
- Виды анализаторов.
- Строение проводников поверхностной и глубоких видов чувствительности.
- Методика обследования чувствительности.
- Патология чувствительности. Варианты распределения расстройств чувствительности.
- Расстройства чувствительности при поражении спинного мозга в зависимости от уровня поражения.

Тема 1.3 Пирамидный анализатор. Движения и их расстройства. Патологические рефлексы.

- Движения и их расстройства.
- Мышечный тонус, его изменения.
- Патологические рефлексы: сгибательные и разгибательные, клonusы, синкинезии.
- Строение пирамидного пути.
- Признаки центрального и периферического паралича.
- Признаки поражения пирамидного пути на различных участках, симптомы, синдромы.
- Примеры заболеваний с нарушением движения.

Тема 1.4 Экстрапирамидная система. Мозжечок. Строение, основные синдромы. Методика обследования. Симптомы его поражения.

- Строение экстрапирамидной системы.
- Виды гиперкинезов, проявления.
- Акинетико-ригидный синдром, проявления.
- Гиперкинетический синдром, проявления.
- Строение мозжечка.
- Мозжечковые пути (восходящие, нисходящие).
- Методика обследования мозжечка.
- Симптомы поражения мозжечка, примеры заболеваний.

Тема 1.5 Черепные нервы (1-6 пары).

- Обонятельный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Зрительный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Глазодвигательный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.

- Отводящий нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Блоковый нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Тройничный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.

Тема 1.6 Черепные нервы (7-12 пары). Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Альтернирующие синдромы.

- Лицевой нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Предверно-улитковый нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Языкоглоточный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Блуждающий нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Добавочный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Подъязычный нерв: строение, методика обследования, симптомы поражения и причины.
- Альтернирующие синдромы среднего мозга.
- Альтернирующие синдромы моста.
- Альтернирующие синдромы продолговатого мозга.
- Бульбарный и псевдобульбарный параличи, дифференциальная диагностика.

Тема 1.7 Вегетативная нервная система.

- Симпатическая система: строение.
- Симпатическая система: функция, методика обследования, пробы, тесты.
- Симпатическая система: синдромы поражения, причины, примеры заболеваний.
- Парасимпатическая система: строение.
- Парасимпатическая система: функция, методика обследования, пробы, тесты.
- Парасимпатическая система: синдромы поражения, причины, примеры заболеваний.

Тема 1.8 Расстройство высших мозговых функций. Речь, гнозис, праксис, память, мышление и их расстройства.

- Цитоархитектонические особенности строения различных участков коры больших полушарий.
- Речь и ее расстройства. Формы афазий, дизартрия, алалия, алексия, аграфия, мутизм.
- Гнозис и его расстройства. Виды агнозий.
- Праксис и его расстройства. Основные виды апраксий.
- Расстройства памяти, виды, причины.
- Расстройства мышления, виды, причины.
- Расстройства сознания, виды, причины.
- Дополнительные психологические методы исследования в неврологической практике.

Тема 1.9 Дополнительные методы исследования в неврологии и нейрохирургии.

- Методы нейровизуализации (МРТ, СКТ, ПЭТ): показания, противопоказания, информативность.
- Электроэнцефалография: показания, противопоказания, информативность.
- Электромиография, электронейромиография: показания, противопоказания, информативность.
- Метод вызванных потенциалов: показания, противопоказания, информативность.
- Допплерография сосудов головного мозга: показания, противопоказания, информативность.
- Ангиография: показания, противопоказания, информативность.
- Эхоэнцефалоскопия: показания, противопоказания, информативность.
- Реоэнцефалография: показания, противопоказания, информативность.
- Рентгенография: показания, противопоказания, информативность.

Тема 1.10 Методика неврологического обследования. Синдромологический анализ в неврологии, нейрохирургии.

- Этапы обследования неврологического статуса.
- Сознание, аффект, ориентировка: методика исследования, синдромы поражения.
- Высшие мозговые функции: методика исследования, синдромы поражения.
- Черепные нервы: методика исследования, синдромы поражения.
- Чувствительность: методика исследования, синдромы поражения.
- Двигательная сфера: методика исследования, синдромы поражения.
- Основные синдромы поражения центральной и периферической нервной систем в зависимости от уровня.
- Синдромологический диагноз в зависимости от отдела поражения нервной системы

Раздел 2. Основы медицинской генетики.

Тема 2.1 Клинико-генеалогический метод. Критерии наследования. Семиотика наследственных болезней.

- Показания для клинико-генеалогического обследования.
- Методика клинико-генеалогического обследования.
- Критерии моногенного наследования, примеры заболеваний.
- Критерии полигенного наследования, примеры заболеваний.
- Семиотика наследственной патологии, основные макро-, микроаномалии систем организма.
- Синдромологический анализ в медицинской генетике, методика.

Тема 2.2 Цитогенетические, молекулярно-генетические, биохимические, популяционно-статистический, близнецовый методы. Компьютерная диагностика наследственных болезней.

- Значимость высокоинформативных методов диагностики при наследственной, мультифакториальной и инфекционной патологии.
- Показания для ДНК-диагностики, виды, методики, информативность.
- Показания для цитогенетического исследования, виды, методики FISH-диагностики, информативность.
- Показания для специальных методов биохимической диагностики в медицинской генетике, виды, методики, информативность.

Тема 2.3 Моногенные болезни нервной системы.

- Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация наследственных моногенных заболеваний.
- Методы диагностики, подходы к терапии, профилактике моногенных болезней.
- Фенилкетонурия: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Нейрофиброматоз: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Спинальные амиотрофии: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Невральные амиотрофии: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Наследственные спастические параличи: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Мышечные дистрофии: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Хорея Гентингтона: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика,

терапия.

- Спинальные атаксии: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.

Тема 2.4 Мультифакториальные заболевания. Хромосомные болезни.

- Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация мультифакториальных болезней.
- Методы диагностики, подходы к терапии, профилактике мультифакториальных болезней.
- Генетические особенности распространенных болезней: нарушений мозгового кровообращения, гипертонической болезни, сахарного диабета, бронхиальной астмы.
- Хромосомные болезни: этиология, патогенез, общие признаки, подходы к диагностике, лечению, реабилитации и предупреждению.
- Синдром Дауна: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Синдром Шерешевского-Тернера: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Синдром Эдвардса: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Синдром Патау: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Синдром Клайнфельтера: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.

Тема 2.5 Медико-генетическое консультирование. Профилактика наследственной и врожденной патологии. Этические вопросы медицинской генетики.

- Уровни, задачи медико-генетической службы в РФ.
- Показания для медико-генетического консультирования.
- Структура региональных медико-генетических консультаций, лаборатории и специалисты.
- Организация массового и селективного генетического скрининга.
- Структура Медико-Генетического Научного Центра РАМН, лаборатории и специалисты.
- Методы пренатальной диагностики наследственной и врожденной патологии.
- Методы профилактики наследственных и мультифакториальных болезней.

Раздел 3. Вопросы частной неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Тема 3.1 Функциональная нейрохирургия. Вертеброгенные заболевания. Объемные заболевания ЦНС.

- Современные возможности и методы функциональной нейрохирургии при прогрессирующих вертеброгенных синдромах, эпилепсии, дегенеративных заболеваниях.
- Частота вертеброгенных расстройств в зависимости от возраста. Этиология, патогенез, стадии дегенеративных изменений позвоночника.
- Клинические синдромы в вертеброневрологии, диагностика, тактика терапии, профилактики.
- Эпидемиология, классификация, этиология, патогенез объемных заболеваний ЦНС.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения.
- Тактика диагностики, подходы комплексного лечения (нейрохирургия, лучевая, химиотерапия, перспективы генотерапии).

Тема 3.2 Травма нервной системы. Заболевания периферической нервной системы.

- Эпидемиология, классификация, этиология, патогенез травм нервной системы.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения при травмах нервной

системы.

- Тактика диагностики, подходы комплексного лечения при травмах нервной системы.
- Эпидемиология, классификация, этиология, патогенез заболеваний периферической нервной системы.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения периферической нервной системы.
- Тактика диагностики, подходы лечения заболеваний периферической нервной системы.

Тема 3.3 Сосудистые заболевания ЦНС.

- Эпидемиология, классификация сосудистых заболеваний головного мозга.
- Этиология, патогенез сосудистых заболеваний головного мозга.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения головного мозга, тактика диагностики, подходы комплексного лечения (нейрохирургия, терапия, мультидисциплинарная реабилитация).
- Эпидемиология, классификация сосудистых заболеваний спинного мозга.
- Этиология, патогенез сосудистых заболеваний спинного мозга.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения спинного мозга, тактика диагностики, подходы комплексного лечения (нейрохирургия, терапия, мультидисциплинарная реабилитация).

Тема 3.4 Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания нервной системы. Паразитарные заболевания нервной системы.

- Менингиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Энцефалиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Миелиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Полиомиелит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Нейросифилис: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Токсоплазмоз: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- НейроСПИД: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Паразитарные заболевания: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.

Тема 3.5 Демиелинизирующие заболевания. Хронические прогрессирующие и пароксизмальные заболевания нервной системы.

- Рассеянный склероз: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Паркинсонизм: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Торсионная дистония: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Боковой амиотрофический склероз: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Эпилепсия: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Миастения: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение,

профилактика, медицинская реабилитация. -

Мигрень: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка « **отлично** » выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия», излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
2. Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.
3. Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).
5. В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка « **хорошо** » – выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия», при этом полностью раскрывает содержание материала в объеме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
2. Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой неврологии, медицинской генетики, нейрохирургии.
3. Четко представляет взаимосвязи патогенеза болезни с клиникой.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
5. В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка « **удовлетворительно** » выставляется студенту, который:

1. Владеет материалом в объеме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
2. Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия».
3. Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты инструментального обследования больного.
4. Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка « **неудовлетворительно** » – выставляется студенту, который:

1. Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
2. Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия».
3. Плохо знает специальную терминологию.
4. Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Блок Кардиология:

1. Острый бронхит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
2. Хронический бронхит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение и профилактика.

3. Пневмонии. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение долевых (крупозных) и очаговых пневмоний.
4. Атипичные пневмонии (микоплазменные, хламидийные, легионеллезные, вирусные). Клиника, диагностика, лечение.
5. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
6. Астматический статус. Причины развития, клиника (по стадиям), диагностика, лечение.
7. Диагностика и поэтапное лечение анафилактического шока.
8. Сухие и экссудативные плевриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
9. Атеросклероз: теории патогенеза, факторы риска, классификация гиперлипидемий, клиника, диагностика, патогенетическая терапия. Новые лекарственные препараты для лечения атеросклероза.
10. Гипертоническая болезнь. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
11. Гипертонические кризы. Классификация, клиника, лечение.
12. Вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии: классификация, клиника, лечение.
13. ИБС: эпидемиология, факторы риска, классификация.
14. ИБС. Стабильная и нестабильная стенокардия: клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика.
15. Стенокардия: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, в т.ч. функциональные и лекарственные пробы (показания, противопоказания для их применения, диагностическое значение), лечение.
16. Методы функционального исследования сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, велоэргометрия, ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД).
17. Острый коронарный синдром, диагностика, лечение.
18. Инфаркт миокарда. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение (на догоспитальном этапе и в стационаре).
19. Атипичные варианты инфаркта миокарда. Клиника, диагностика.
20. Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок, отек легких, сердечная астма. Клиника, диагностика, лечение.
21. Осложнения инфаркта миокарда: поздние (аневризма сердца). Клиника, диагностика, лечение.
22. Дилатационная кардиомиопатия: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
23. Гипертрофическая кардиомиопатия: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
24. Миокардиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
25. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии Киселя-Джонса-Нестерова, лечение, первичная и вторичная профилактика.
26. Хроническая ревматическая болезнь сердца: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
27. Аортальные пороки сердца: этиология, патогенез, современная классификация, клиника, лечение.
28. Митральные пороки сердца: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика.
29. Показания для кардиохирургического лечения больных с пороками сердца. Осложнения.
30. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
31. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Нарушения ритма сердца. Клиника, диагностика, лечение.
33. Нарушения сердечного ритма (пароксизмальные тахикардии, внезапная смерть):

диагностика и неотложная терапия.

34. Этиология, классификация, дифференциальная диагностика и лечение перикардитов.
35. Ожирение: этиология, патогенез, клиника, лечение.
36. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
37. Осложнения язвенной болезни желудка и 12 п.к.: клиника, диагностика, лечение.
38. Хронические гастриты. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
39. Хронические холециститы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
40. Хронические энтериты: диагностика и лечебная тактика.
41. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечебная тактика.
42. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
43. Болезнь Крона: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
44. Хронические гепатиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
45. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
46. Методы функционального исследования печени
47. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение.
48. Хронические гломерулонефриты. Этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение.
49. Хронические пиелонефриты. Этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение.
50. Хроническая почечная недостаточность (уремия). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
51. Клинические методы исследования почек.
52. Функциональные методы исследования почек.
53. Применение глюкокортикостероидов в клинике внутренних болезней.
54. Анемии железодефицитные. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
55. В12-дефицитные анемии. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
56. Этиология, патогенез и диагностика при геморрагическом синдроме.
57. Системная красная волчанка: этиология, патогенез, клиника, лечение.
58. Ревматоидный полиартрит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
59. Деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
60. Системная склеродермия: этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
61. Дерматомиозит: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
62. Системные васкулиты (узелковый периартериит, геморрагический васкулит). Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
63. Профессиональная патология как клиническая дисциплина. Классификация профвредностей. Порядок установления профзаболевания. Медицинская документация, необходимая для установления профзаболевания. Понятие о трудовом больничном листе, процентах утраты трудоспособности.
64. Профилактика профзаболеваний. Значение предварительных и периодических медицинских осмотров в профилактике профзаболеваний.
65. Пневмокониозы: этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
66. Силикоз: этиология, ПДК для диоксида кремния, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
67. Пневмокониозы от воздействия слабофибризирующей пыли: этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
68. Хронический пылевой бронхит: патогенез, морфология, клиника, диагностика, осложнения, диф. диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.

69. Профессиональная бронхиальная астма: патогенез, морфология, клиника, диагностика, осложнения, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
70. Вибрационная болезнь: классификация, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
71. Профзаболевания от воздействия ультразвука и инфразвука: классификация, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
72. Профессиональные лучевые поражения: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
73. Профзаболевания, обусловленные воздействием неблагоприятного микроклимата: классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение, экспертиза трудоспособности.
74. Интоксикация ртутью и ее неорганическими соединениями: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
75. Интоксикация свинцом и его соединениями: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.
76. Интоксикация пестицидами, применяемыми в сельском хозяйстве: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, экспертиза трудоспособности.

Блок Педиатрия:

1. История отечественной педиатрии. Организация охраны материнства и детства в России.
2. Роль врача общей практики в оздоровлении детского населения, в предупреждении заболеваемости и снижении младенческой смертности.
3. Периоды детского возраста.
4. Физическое развитие детей. Возрастные особенности нарастания массы, длины и других параметров тела. Оценка физического развития.
5. Психомоторное развитие детей. Его оценка.
6. Естественное вскармливание. Преимущества грудного молока. Технология грудного кормления.
7. Искусственное вскармливание. Состав коровьего молока. Характеристика смесей.
8. Смешанное вскармливание. Гипогалактия, методы борьбы с ней.
9. Питание детей старше 1 года.
10. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей.
11. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки и лимфатических узлов. Методика ее исследования.
12. Анат.-физиол. особенности органов дыхания у детей. Методики их исследования.
13. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Методы оценки ее состояния.
14. Особенности кроветворения у детей. Нормативы периферической крови у детей различных возрастов.
15. Анатомо-физиологические особенности органов мочеобразования и мочевыделения. Методики их исследования.
16. Анат.-физиол. особенности органов пищеварения. Методики их исследования.
17. Проблемы неонатологии. Младенческая смертность и пути ее снижения. Программа планирования семьи.
18. Период новорожденности. «Пограничные» состояния. Вскармливание и уход за новорожденными детьми.
19. Недоношенный ребенок. Анатомо-физиологические особенности. Уход и вскармливание недоношенных детей.
20. Перинатальное повреждение ЦНС /головного и спинного мозга/ у новорожденных. Причины, клиника, лечение.
21. Гипоксия и асфиксия плода и новорожденных.

22. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология, клиника, лечение в современных условиях, профилактика.
23. Внутриутробное инфицирование. Гнойно-септические заболевания. Сепсис новорожденного.
24. Работа в поликлинике со здоровыми детьми. Кабинет здорового ребенка. Диспансеризация детей первого года жизни.
25. Детская поликлиника. Наблюдение за новорожденными детьми на дому. Оценка их состояния здоровья.
26. Структура детских поликлиник. Основная документация.
27. Профилактическая работа участкового педиатра. Календарь профилактических прививок.
28. Аномалии конституции. Атопический дерматит. Клиника, лечение, диспансерное наблюдение.
29. Хронические расстройства питания у детей. Классификация. Гипотрофия. Клиника, лечение.
30. Хронические расстройства питания у детей. Гипостатура. Паратрофия.
31. Рахит у детей. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
32. Дефицитные анемии. Клиника, лабораторная диагностика, лечение, профилактика.
33. Бронхиты у детей. Клиника, лечение.
34. Острая пневмония у детей раннего возраста. Этиология, клиника, лечение, диспансерное наблюдение.
35. Бронхиальная астма. Патогенез, клиника, лечение, диспансерное наблюдение.
36. Ревматизм у детей. Патогенез, варианты течения, диагностические критерии, клиника, принципы этапного лечения, профилактика.
37. Ювенильный ревматоидный артрит. Современные концепции этиологии и патогенеза. Клиника, принципы лечения.
38. Диффузные заболевания соединительной ткани. Особенности течения красной волчанки. Клиника, лечение.
39. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей. Системная склеродермия и дерматомиозит.
40. Лейкозы у детей. Клиника и диагностика острого лейкоза у детей. Принципы лечения.
41. Системные васкулиты у детей. Геморрагический васкулит. Диагностика, клиника, лечение.
42. Пиелонефрит у детей. Классификация, клиника, лабораторно-инструментальная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
43. Острый гломерулонефрит у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
44. Хронический гастрит у детей. Этиология, клиника, лабораторно-инструментальная диагностика, лечение.
45. Язвенная болезнь у детей. Современные методы диагностики, клиника, лечение.
46. Холециститы у детей. Этиология, лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
47. Сахарный диабет у детей. Клиника, диагностика, лечение.
48. Диабетическая и гипогликемическая комы. Неотложная помощь при них.
49. Диффузный токсический зоб у детей. Клиника, лечение.
50. Гипотериоз у детей. Диагностика, клиника, лечение.
51. Корь. Этиология, диагностика, клиника, лечение, профилактика.
52. Коклюш. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
53. Скарлатина. Этиология, клиника, ранние и поздние осложнения. Клиника и лечение.
54. Дифтерия. Этиология, патогенез. Клинические формы, осложнения, лечение и профилактика.
55. Краснуха. Этиология, клиника, диф.диагноз, лечение.
56. Ветряная оспа. Клиника, диф.диагноз, лечение.
57. Эпидемический паротит. Этиология, клиника, осложнения, лечение, профилактика.

58. Острый вирусный гепатит. Этиология, патогенез, клиника, диф.диагноз, лечение и профилактика.
59. Острые респираторные вирусные инфекции у детей. Этиология, клиника, лечение.
60. Менингококковые инфекции у детей. Менингококковый менингит. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
61. Менингококкцемия. Клиника, диагностика, лечение. Синдром Уотерхауса-Фридерихсена. Неотложная помощь при нем.
62. Дизентерия у детей. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
63. Сальмонеллез. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
64. Коли-инфекция у детей раннего возраста. Этиология, клиника, лечение.
65. Токсикозы в раннем детском возрасте. Этиология, клиника, лечение.
66. Полиомиелит. Клиника, диф.диагноз, лечение и профилактика.
67. Вакцинация. Значение ее в предупреждении инфекций. Календарь прививок. Поствакцинальные реакции и осложнения.
68. Гельминтозы у детей. Аскаридоз, энтеробиоз. Клиника, лечение.

б) критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, который: В полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал. Глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных. Обладает клиническим мышлением. Способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, который: Прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ. Понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который: Владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности. Показывает правильные, но нетвердые знания по внутренним болезням (многословие, неграмотное назначение лабораторно-инструментальных методов исследования, лечение малоэффективными или устаревшими препаратами, излагает материал при помощи наводящих вопросов), не допускает в процессе ответа грубых ошибок по излагаемому материалу.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не может изложить материал даже при помощи наводящих вопросов, не может назначить адекватную лекарственную терапию, допускает в ответе грубые ошибки.

в) описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.2. Тестирование (текущий контроль)

Блок Терапия:

а) типовые задания (вопросы) - образец:

1. Для острого гломерулонефрита справедливы утверждения:
 - 1) назначение индометацина обязательно
 - 2) в начальном периоде артериальная гипертензия развивается у всех больных
 - 3) все перечисленное верно
 - 4) все перечисленное неверно

5) наиболее частая форма ОГН - развернутая

2. Для нефротической формы хронического гломерулонефрита справедливы утверждения:

- 1) протеинурия не более 2 гр. в сутки
- 2) инфекционные осложнения редки
- 3) часто развивается ангиопатия глазного дна
- 4) снижение уровня липидов в крови
- 5) гипоальбуминемия

3. Для смешанной формы хронического гломерулонефрита характерно все, кроме одного:

- 1) отмечается наиболее благоприятным течением
 - 2) отмечается наиболее неблагоприятным течением
 - 3) быстро развивается почечная недостаточность
 - 4) развивается гипертрофия левого желудочка
 - 5) показано ограничение в пище поваренной соли
4. В каких единицах измеряется клубочковая фильтрация?

- 1) мл/ мин
- 2) МЕ
- 3) ммоль/л
- 4) мл/ч
- 5) мл/сек

1. Проба Нечипоренко позволяет определить

- 1) степень канальцевой реабсорбции
- 2) величину клубочковой фильтрации
- 3) уровень креатинина мочи
- 4) величину лейкоцит- и эритроцитурии
- 5) величину суточной протеинурии

2. Для крупозной пневмонии характерно все, кроме одного:

- 1) усиление бронхофонии и голосового дрожания
- 2) крепитация
- 3) бронхиальное дыхание
- 4) «ржавая» мокрота
- 5) резкое ослабление или отсутствие дыхания

3. Подберите препарат: назначается по 0,001 в табл. 2 раза в день, тормозит выделение медиаторов из тучных клеток:

- 1) Интал
- 2) Эуфиллин
- 3) Коринфар
- 4) Димедрол
- 5) Задитен

4. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками

- 1) не следует применять вообще
- 2) длительно
- 3) при появлении кровохарканья
- 4) в осенне-зимний период
- 5) при появлении гнойной мокроты

5. Болезнь Берже – это:

- 1) поражение почек при СКВ
- 2) поражение почек при системном васкулитах
- 3) разновидность лекарственного поражения почек
- 4) гломерулонефрит с отложением в клубочках иммуноглобулина А
- 5) вариант семейного амилоидоза

6. Для острого гломерулонефрита характерно:
- 1) сопутствующий суставной синдром
 - 2) гематурия
 - 3) резкие боли в пояснице
 - 4) высокая лихорадка
 - 5) частое мочеиспускание
11. Какая группа лекарственных средств обладает гиполипидемическим действием:
- а. Нитраты
 - б. Никотиновая кислотата
 - в. Ингибиторы ГМГ-КоА- редуктазы
 - г. Фибраты
12. Более низкие цифры АД на ногах, чем на руках характерно для:
- а. Аортальной недостаточности
 - б. Здоровых людей
 - в. Больных с недостаточностью кровообращения
 - г. Коарктация аорты
13. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:
- а. Ангиотензина II
 - б. Катехоламинов
 - в. Триглицеридов
 - г. Холестерина
14. Предрасполагающим фактором для развития инфекционного эндокардита являются:
- а. Эмболии
 - б. Все перечисленное
 - в. Порок сердца
 - г. Бактериемия
15. При вертикальном положении электрической оси сердца максимальный зубец R регистрируется в:
- а. В I отведении
 - б. В отведении aVF
 - в. В отведении aVL
 - г. В отведении aVR
 - д. В III отведении
16. Истинный кардиогенный шок при остром инфаркте миокарда развивается как правило:
- а. Развитие кардиогенного шока не связано с объемом поражения миокарда
 - б. При поражении 20% массы миокарда
 - в. При поражении около 50% массы миокарда
17. Гиперхолестеринемия как фактор риска атеросклероза:
- а. Имеет такое же значение, как избыточная масса тела
 - б. Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела
 - в. Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела
18. Основным признаком левожелудочковой недостаточности являются:
- а. Слабость
 - б. Все перечисленное
 - в. Венозный застой в большом круге кровообращения
 - г. Приступы сердечной астмы
 - д. Отеки ног
19. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:
- а. Возможны все перечисленные варианты
 - б. Может не быть изменений ЭКГ

- в. Может отмечаться депрессия сегмента ST
 - г. Может отмечаться инверсия зубца T,
 - д. Может отмечаться подъем сегмента ST
20. Самые большие размеры сердце («бычье сердце») отмечается у больных с:
- а. Митральной недостаточностью
 - б. Митральным стенозом
 - в. Аортальным стенозом
 - г. Аортальной недостаточностью.

Блок Неврология:

Тема 1.1. Анатомия ЦНС. Строение головного мозга. Строение спинного мозга. Кровоснабжение ЦНС. Циркуляция цереброспинальной жидкости, основные показатели. Гематоэнцефалический барьер.

I. Как называется проводящий путь поверхностной чувствительности?

- 1. Корково-спинномозговой.
- 2. Спинно-церебеллярный.
- 3. Корково-ядерный.
- 4. Спинно-таламический.

II. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов. 1. C1-C4. 2. C2-C5. 3. C3-C6. 4. C4-C7.

III. Медиатором тормозного действия является:

- 1. Ацетилхолин. 2. ГАМК. 2. Норадреналин. 3. Адреналин.

IV. Локализация двигательной зоны в коре головного мозга:

- 1. Затылочная доля. 2. Мозжечок. 3. Лобная доля. 4. Теменная доля. 5. Височная

V. Укажите, из какой полости мозга спинномозговая жидкость оттекает в подпаутинное пространство. 1. Из четвертого желудочка. 2. Из третьего желудочка. 3. Из боковых желудочков. 4. Из водопровода мозга

VI. Укажите особенности, характеризующие строение твёрдой мозговой оболочки головного мозга. 1. Тесное сращение с костями основания черепа. 2. Наличие венозных синусов. 3. Наличие выростов (отростков). 4. Наличие зубчатых связок. 5. Наличие эпидурального пространства.

VII. Какие синусы и вены впадают в прямой синус? 1) Верхний сагиттальный синус. 2) Нижний сагиттальный синус. 3) Малая мозговая вена. 4) Большая мозговая вена. 5) Пещеристый синус

IX. По выполняемой функции периферическая нервная система подразделяется на:

- а) соматическую и вегетативную; б) симпатическую и парасимпатическую; в) центральную и симпатическую; г) периферическую и соматическую.

X. Рецепторы: а) несут возбуждение к ЦНС; б) воспринимают раздражения; в) передают возбуждение с чувствительных на двигательные нейроны; г) передают возбуждение с чувствительных на вставочные.

XI. Периферическая нервная система образована:

- а) спинной и головной мозг; б) нервы; в) головной мозг и нервы; г) нервы, нервные узлы, 2-е моторные нейроны и нервные окончания; д) спинной мозг и нервы.

XII. Возбуждение от ЦНС к рабочему органу передается

по:

- а) рецептору; б) чувствительным нейронам; в) двигательным; г) вставочным.

XIII. Головной мозг, спинной мозг, синапс – это система органов:

- а) нервная; б) кровеносная; в) пищеварительная; г) эндокринная;

XIV. Нервная система выполняет следующую функцию:

- а) транспорт питательных веществ; б) гуморальная регуляция; в) связь организма с внешней средой; г) удаление вредных продуктов.

XV. Безусловный рефлекс: а) приобретается в процессе жизни; б) вырабатывается на

определенные сигналы; в) передается по наследству; г) подкрепляется условными раздражителями.

XVI. Рецепторы, воспринимающие тепловые раздражители: а) болевые рецепторы; б) механорецепторы; в) терморецепторы; г) хеморецепторы.

XVII. Дыхательный центр расположен: а) в продолговатом мозге; б) в мозжечке; в) в коре больших полушарий; г) в гипофизе.

XVIII. Сколько пар черепно-мозговых нервов отходит от головного мозга?
а) 20; б) 10; в) 12; г) 15.

XIX. Где находится зрительная зона коры?

а) затылочная доля; б) теменная доля; в) лобная; г) мозжечок.

XX. Нервная регуляция осуществляется с помощью:

а) нервных импульсов; б) витаминов; в) гормонов; г) ферментов.

Тема 1.2 Чувствительность. Строение проводников Методика обследования. Патология чувствительности при разных уровнях поражения.

I. Условия, необходимые для определения проприоцептивной чувствительности:

1. Вертикальное положение. 2. Закрытые глаза. 3. Открытые глаза. 4. Ходьба.
5. Горизонтальное положение.

II. Сенситивная атаксия возникает при поражении: 1. Коры лобной доли. 2. Коры височной доли. 3. Задних столбов спинного мозга. 4. Ствола головного мозга. 5. Боковых столбов спинного мозга

III. Симптом, указывающий на нарушение глубокой чувствительности:

1. Сенситивная атаксия. 2. Промахивание при пальце-носовой пробе. 3. Интенционный тремор. 4. Мимопадание. 5. Нистагм

IV. Когда возникает сегментарно-диссоциированный тип нарушения чувствительности? 1. При поражении переднего рога спинного мозга. 2. При поражении переднего корешка. 3. При поражении межпозвонкового спинального ганглия. 4. При поражении заднего рога спинного мозга. 5. При поражении задней центральной извилины

V. При полиневротическом типе расстройства чувствительности наступает.

1. Контралатеральная гемианестезия. 2. Анестезия всех видов чувствительности с уровня пораженного сегмента. 3. Гомолатеральная гемианестезия. 4. Анестезия всех видов чувствительности по типу «перчаток» или «носков». 5. Контралатеральная моноанестезия.

VI. Назовите начало второго нейрона пути поверхностной чувствительности.

1. Межпозвонковый спинальный ганглий. 2. Ядра Голля и Бурдаха в продолговатом мозге. 3. Вентролатеральные ядра таламуса. 4. Клетки задних рогов спинного мозга. 5. Вентральные ядра зрительного бугра.

VII. Поражение верхнего отдела задней центральной извилины дает следующее:

1. Контралатеральную анестезию стопы. 2. Контралатеральную гемианестезию. 3. Контралатеральный вялый парез стопы. 4. Контралатеральную джексоновскую эпилепсию в руке. 5. Проводниковые нарушения чувствительности

VIII. Начало второго нейрона глубокой чувствительности.

1. Передние рога спинного мозга. 2. Задние рога спинного мозга. 3. Ядра Голля и Бурдаха в продолговатом мозге. 4. Ядра зрительного бугра. 5. Задняя центральная извилина

IX. Какой симптом возникает при раздражении верхнего отдела задней центральной извилины?

1. Контралатеральная анестезия стопы. 2. Гомолатеральная анестезия стопы. 3. Нижняя параанестезия. 4. Контралатеральные сенсорные джексоновские приступы. 5. Гомолатеральные моторные джексоновские приступы.

X. Наиболее характерный признак поражения передней спайки спинного мозга:

1. Нижняя вялая параплегия. 2. Нижняя спастическая параплегия. 3. Гемиплегия по центральному типу справа. 3. Выраженный болевой синдром в данном сегменте. 4. Сегментарно-диссоциированное расстройство чувствительности в зоне поражённого

сегмента симметрично с двух сторон

XI. Определите наиболее характерный признак поражения пути мышечно-суставной чувствительности:

1. Анестезия всех видов чувствительности по гемитипу.
2. Гемипарез гомонимная.
3. Вялая гемиплегия.
4. Сенситивная атаксия.
5. Астереогнозия.

XII. Наиболее характерный признак поражения заднего корешка спинного мозга это:

1. Вялый парез в зоне корешка.
2. Герпетические высыпания в зоне пораженного корешка.
3. Корешковые боли.
4. Зона гипестезии в зоне корешка.
5. Броун-Секаровский синдром

XIII. Начало третьего нейрона пути поверхностной чувствительности.

1. Задние рога спинного мозга.
2. Передние рога спинного мозга.
3. Межпозвоночный спинальный ганглий.
4. Вентро-латеральные ядра зрительного бугра.
5. Ядра Голля и Бурдаха,

XIV. Перекрест аксонов второго нейрона пути поверхностной чувствительности происходит.

1. В среднем мозге.
2. В варолиевом мосту.
3. В продолговатом мозге.
4. В передней спайке спинного мозга.
5. В лучистом венце

XV. Тип нарушения чувствительности при поперечном поражении спинного мозга.

1. Корешковый.
2. Сегментарный.
3. Диссоциированный.
4. Проводниковый.
5. Полиневритический

XVI. Сенситивная атаксия возникает при поражении:

1. Переднего корешка.
2. Заднего рога.
3. Передней серой спайки.
4. Переднего рога.
5. Задних столбов спинного мозга

XVII. Проводниковый тип нарушения чувствительности возникает при поражении:

1. Заднего корешка.
2. Заднего рога спинного мозга.
3. Бокового канатика спинного мозга.
4. Задней центральной извилины.
5. Половины спинного мозга.

XVIII. Как нарушается чувствительность при поперечном поражении спинного мозга?

1. Моноанестезия.
2. Двустороннее поражение всех видов чувствительности по проводниковому типу.
3. Расстройства глубокой чувствительности по сегментарному типу.
4. Гемипарез.
5. Парестезии

XIX. В следующем анатомическом образовании расположен первый нейрон спино-таламического пути:

1. Задние рога спинного мозга.
2. Спинальный ганглий.
3. Кожа.
4. Таламус.
5. Постцентральная извилина

XX. Месторасположение чувствительного анализатора общих видов чувствительности в головном мозге:

1. Затылочная доля.
2. Височная доля.
3. Теменная доля.
4. Лобная доля.
5. Центр Брока

Тема 1.3 Пирамидный анализатор. Движения и их расстройства. Патологические рефлексy.

I. Характерный признак поражения центрального двигательного нейрона.

1. Гиперкинезы.
2. Повышение мышечного тонуса по типу «зубчатого колеса»
3. Повышение мышечного тонуса по типу «складного ножа»
4. Атетоз
5. Периферический парез

II. Основной признак поражения периферического двигательного нейрона.

1. Защитные рефлексy
2. Патологические рефлексy
3. Синкинезии
4. Клонусы
5. Гипотония

III. Признаки, характерные для раздражения коры передней центральной извилины.

1. Сенсорная афазия

2. Простые зрительные галлюцинации

3. Гемианопсия

4. Моторные джексоновские (локальные, парциальные) припадки

5. Гемигипестезия

IV. Признаки, характерные для поражения двигательной зоны коры головного мозга:

1. Атрофия сосков зрительных нервов

2. Аносмия .

3. Монопарез (спастический)

4. Семантическая афазия

5. Хорея

V. На каком уровне происходит частичный перекрест в корково-спинальном пучке пирамидного пути?

1. Внутренняя капсула

2. Надъядерный

3. Нижний уровень продолговатого мозга

4. Средний мозг

5. Сегмент спинного мозга

VI. Перечислите признаки, характерные для одностороннего поражения пирамидного пути в стволе мозга:

1. Амавроз

2. Параплегия

3. Афазия

4. Наличие альтернирующего синдрома

5. Аутотопогнозия

VII. Признаки, характерные для повреждения переднего рога спинного мозга:

1. Спастический гемипарез

2. Вялая нижняя параплегия

3. Гемигипестезия

4. Нарушение функций органов малого таза

5. Сегментарные вялые парезы

VIII. Перечислите признаки, характерные для поражения переднего корешка спинного мозга:

1. Корешковые боли

2. Парестезии

3. Вялая гемиплегия

4. Фасцикулярные подёргивания в поражённых мышцах

5. Джексоновская эпилепсия

IX. Признаки поражения пирамидного пути во внутренней капсуле:

1. Верхний вялый парепарез

2. Фибриллярные подергивания

3. Контрлатеральная гемиплегия

4. Джексоновские моторные припадки

5. Бульбарный паралич

X. Полное поражение спинного мозга на уровне D10 вызывает:

1. Правостороннюю гемиплегию

2. Левостороннюю гемиплегию.

3. Правосторонний нижний монопарез

4. Нижнюю спастическую параплегию

5. Верхний вялый парепарез

XI. Наиболее характерный признак поражения переднего корешка спинного мозга

1. Гомонимный вялый парез в зоне пораженного сегмента
2. Гетеронимный вялый парез в зоне пораженного сегмента
3. Броун-Секаровский синдром
4. Сегментарно-диссоциированное расстройство чувствительности
5. Болевой синдром в зоне пораженного корешка

XII. Для поражения переднего рога спинного мозга характерно наличие:

1. Мишечной гипертонии
2. Трофических нарушений
3. Гиперрефлексии
4. Патологических рефлексов
5. Вялых сегментарных парезов

XIII. При поражении конского хвоста возникает:

1. Спастическая парезия стоп
2. Гемипарез
3. Спастическая тетрапарезия
4. Верхний вялый парапарез
5. Вялая нижняя парапарезия

XIV. При поражении конуса возникает:

1. Гемипарез
2. Выпадение ахилловых рефлексов
3. Патологические стопные знаки
4. Тетрапарез
5. Корешковые боли

XV. Центральная парез возникает при поражении:

1. Постцентральной извилины
2. Внутренней капсулы
3. Заднего канатика спинного мозга
4. Передней центральной извилины
5. Верхневисочной извилины

XVI. При полном поражении спинного мозга на грудном уровне возникает:

1. Гемиплегия
2. Монопарез
3. Спастический тетрапарез
4. Нижняя спастическая парапарезия
5. Верхний вялый парапарез

XVII. При поражении конуса возникает:

1. Гемипарез
2. Выпадение ахилловых рефлексов
3. Патологические стопные знаки
4. Тетрапарез
5. Корешковые боли

XVIII. Центральная парез возникает при поражении:

1. Постцентральной извилины
2. Внутренней капсулы
3. Заднего канатика спинного мозга
4. Передней центральной извилины
5. Верхневисочной извилины

XIX. При полном поражении спинного мозга на грудном уровне возникает:

1. Гемиплегия
2. Монопарез
3. Спастический тетрапарез
4. Нижняя спастическая парапарезия

5. Верхний вялый парепарез

XX. При поражении поясничного утолщения возникает:

1. Спастический монопарез
2. Верхний вялый парепарез
3. Гемиплегия
4. Нижний вялый парепарез
5. Тетраплегия

Тема 1.4 Экстрапирамидная система. Мозжечок. Строение, основные синдромы.

Методика обследования. Симптомы его поражения.

I. Характер речи, не соответствующий поражению палидарной части стриопалидарной системы:

1. Тихая
2. Монотонная
3. Глухая
4. Затухающая
5. Скандированная

II. Укажите пробу, определяющую интенционное дрожание:

1. Пальце-носовая
2. Диадохокинез
3. Проба Ромберга
4. Мимопопадание
5. Противоудара

III. Признак, который не относится к поражению червя мозжечка:

1. Интенционное дрожание
2. Гипорефлексия
3. Атактическая походка
4. Фибриллярные подёргивания
5. Скандированная речь

IV. Мозжечковая проба, с помощью которой выявляют статическую атаксию:

1. Проба Ромберга
2. Пальце-носовая
3. Коленно-пяточная
4. Противоудара
5. Мимопопадание

V. Двигательные расстройства, возникающие при поражении мозжечка:

1. Парез
2. Плегия
3. Атаксия
4. Гиперкинез
5. Тремор покоя

VI, Асинергия по Бабинскому — это проба, которая выявляет:

1. Туловищную атаксию
2. Интенционный тремор
3. Парез
4. Гиперкинез
5. Головокружение

VII. Где расположен очаг поражения, если мозжечковые симптомы выявлены в правых конечностях:

1. Теменная доля мозга
2. Червь мозжечка
3. Левое полушарие мозжечка

4. Правое полушарие мозжечка

5. Ядра мозжечка

VIII. Поражение какого отдела головного мозга вызывает замедленную, мелкими шагами походку с затруднением в начале движения и окончании движения?

1. Паллидарного

2. Стриарного

3. Кору головного мозга

4. Мозжечка

5. Ствола мозга

IX. Какой из перечисленных синдромов характерен для поражения паллидарного отдела экстрапирамидной системы?

1. Гемисиндром

2. Амиостатический синдром

3. Бурденко-Крамра

4. Броун-Секара

5. Акинетико-ригидный

X. Экстрапирамидные гиперкинезы возникают при поражении:

1. Стриарного отдела

2. Паллидарного отдела

3. Ствола мозга

4. Мозолистого тела

5. Червя мозжечка

XI. Какой мышечный тонус наблюдается при поражении паллидарного отдела?

1. Гипотонический

2. Атонический

3. Спастический

4. Пластический

5. Нормотонический

XII. Односторонние, размашистые, подбрасывающие движения проксимальных отделов конечностей характерны для:

1. Торсионного спазма

2. Хореического гиперкинеза

3. Гемибаллизма

4. Паркинсонизма

5. Атетоза

XIII. Наиболее стойкими симптомами хореи являются:

1. Гиперкинезы

2. Расстройство координации

3. Астено-невротический синдром

4. Дизартрия

5. Мышечная гипертония

XIV. При поражении одного полушария мозжечка больной при ходьбе отклоняется:

1. В сторону очага

2. В противоположную сторону

3. Равномерно в обе стороны

Тема 1.5 Черепные нервы (1-6 пары).

I. Укажите правильные ответы. Ствол головного мозга включает:

а) продолговатый мозг,

б) варолиев мост,

в) средний мозг,

г) промежуточный мозг,

д) верхние отделы спинного мозга.

II. Ядра черепных нервов располагаются в стволе:

- а) в крыше,
- б) в покрышке,
- в) в основании,
- г) вариант 1 и 2,
- д) вариант 1, 2 и 3.

III. Где располагаются тела 1-х нейронов обонятельного нерва?

- а) в слизистой оболочке верхнего и частично среднего носового хода,
- б) в слизистой оболочке нижнего и частично среднего носового хода,
- в) обонятельной луковице,
- г) обонятельном треугольнике,
- д) парагиппокампальной извилине.

IV. В chiasma nervorum opticus перекресту подвергаются только:

- а) волокна от височных половин сетчатки,
- б) волокна от носовых половин сетчатки,
- в) перекрещиваются волокна от верхних половин сетчатки,
- г) волокна от нижних половин сетчатки,
- д) перекреста нет.

V. Зрительные тракты заканчиваются в:

- а) верхних холмиках среднего мозга,
- б) нижних холмиках среднего мозга,
- в) латеральных коленчатых телах,
- г) медиальных коленчатых телах,
- д) верно 1 и 3.

VI. У больного установлена верхнеквадратная гемианопсия. При поражении на каком уровне возможно такое расстройство?

- а) поражение зрительного нерва,
- б) поражение перекрещивающихся волокон на уровне зрительного перекреста,
- в) поражение перекрещивающихся волокон на уровне зрительного перекреста,
- г) поражение зрительного тракта,
- д) поражение язычной извилины.

VII. Ядро Якубовича-Эдингера-Вестфalia обеспечивает:

- а) конвергенцию глазных яблок,
- б) движение глазных яблок вверх, вниз и кнутри,
- в) «поднимает» верхнее веко,
- г) реакцию зрачка на свет,
- д) все ответы верны.

VIII. Как называется дефект поля зрения, не сливающийся с его периферическими границами (в виде пятна)?

- а) амавроз,
- б) амблиопия,
- в) гемианопсия,
- г) скотома,
- д) фотопсия.

IX. При исследовании глазного дна у больного выявлено выбухание диска зрительного нерва в полость глазницы, размытость границ, изгиб сосудов, «сползающих» с поднявшегося над сетчаткой диска. Что это?

- а) отек диска зрительного нерва (застойный диск),
- б) атрофия зрительного нерва,
- в) неврит зрительного нерва,
- г) травма зрительного нерва,

д) не знаю.

X. При каких заболеваниях встречается «застойный диск зрительного нерва»?

- а) нейроинфекции,
- б) опухоль головного мозга,
- в) травма глаза,
- г) острое нарушение мозгового кровообращения,
- д) вегетативная дисфункция.

XI. У больного широкий левый зрачок, отсутствует реакция зрачка на свет, глазное яблоко отклонено кнаружи, глубокий парез в правых конечностях. В какой синдром можно объединить имеющуюся неврологическую симптоматику?

- а) синдром Вебера,
- б) синдром Мияр-Гублера,
- в) синдром Джексона,
- г) синдром Фовиля,
- д) синдром внутренней капсулы.

XII. Где расположен стволочный центр взора?

- а) ядра Кахаля и Даркшевича,
- б) ядра Перлиа и Якубовича-Вестфалья-Эдингера,
- в) двигательное ядро глазодвигательного нерва,
- г) вестибулярные ядра,
- д) двигательное ядро лицевого нерва.

XIII. У больного выявлено выпадение поверхностной и сохранение глубокой чувствительности на лице, захватывающие наружные отделы. О чем свидетельствует выявленная патология?

- а) поражение III ветви тройничного нерва,
- б) поражение корешка С3,
- в) поражение оральных отделов ядра спинномозгового пути тройничного нерва,
- г) поражение каудальных отделов ядра спинномозговой пути тройничного нерва,
- д) поражение мостового ядра тройничного нерва.

XIV. У больного при внешнем осмотре выявлена асимметрия лица: сглаженность носогубной складки, опущение угла рта, расширение глазной щели. При зажмуривании глазная щель не смыкается. Беспокоит слезотечение. Имеется нарушение вкуса на передней две трети языка. На каком уровне пострадал лицевой нерв?

- а) после отхождения всех ветвей,
- б) в лицевом канале выше отхождения барабанной струны,
- в) выше отхождения стремянного нерва,
- г) выше отхождения большого каменистого нерва,
- д) в области внутреннего слухового прохода.

XV. Коровое представительство обонятельного анализатора:

1. Лобная доля
2. Теменная доля
3. Височная доля (гиппокампова извилина)
4. Затылочная доля
5. Зрительный бугор

XVI. Корешки каких нервов выходят в области мосто-мозжечкового угла?

1. I
2. III
3. V
4. VII
5. VIII

XVII. Характерный симптом поражения VI нерва по центральному типу:

1. Диплопия

2. Контрлатеральная асимметрия носогубной складки
3. Девияция языка в сторону очага
4. Лагофthalm
5. Дисфагия

XVIII. Поражение какого нерва вызывает амблиопию или амвроз?

1. V
2. VII
3. II
4. IX
5. VI

XIX. Что такое анизокория?

1. Снижение зрения
2. Разность диаметра зрачков
3. Слепота
4. Сужение зрачков
5. Расширение зрачков

XX. Какой черепной нерв иннервирует жевательную мускулатуру лица?

1. XI
2. IX
3. III
4. V
5. VII

Тема 1.6 Черепные нервы (7-12 пары). Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Альтернирующие синдромы.

I. Укажите локализацию ядер IX-XII пар черепных нервов:

- а) продолговатый мозг,
- б) ножки мозга,
- в) мост,
- г) рассеяны по всему стволу,
- д) не знаю.

II. Назовите нервы мостомозжечкового угла:

- а) I и II,
- б) III, IV и VI,
- в) IV и V,
- г) V, VI, VII и VIII,
- д) IX, X и XII.

III. У больного при проведении пробы Ринне костная проводимость продолжительней воздушной. О чем это может свидетельствовать?

- а) о патологии среднего уха,
- б) о заболевании внутреннего уха,
- в) о наличии центрального слухового нарушения,
- г) о патологии вестибулярного аппарата,
- д) о нарушении вибрационного чувства.

IV. Чем отличается псевдобульбарный паралич от бульбарного?

- а) наличием дизартрии,
- б) отсутствием глоточного рефлекса,
- в) появлением рефлексов орального автоматизма,
- г) сохранностью глоточного рефлекса,
- д) атрофией половины языка.

V. Укажите локализацию ядер IX-XII пар черепных нервов:

- а) продолговатый мозг,

- б) ножки мозга,
- в) мост,
- г) рассеяны по всему стволу,
- д) не знаю.

VI. Когда возникает альтернирующий паралич?

- а) при половинном поражении сегмента спинного мозга
- б) при поперечном поражении сегмента спинного мозга
- в) при поражении внутренней капсулы
- г) при половинном поражении ствола мозга
- д) при поражении корешков конского хвоста

VII. Синдром, развивающийся при половинном поражении среднего мозга, это:

- 1. Джексона
- 2. Авелиса
- 3. Шмидта
- 4. Вебера
- 5. Фовиля

VIII. Синдром, развивающийся при половинном поражении моста, это:

- 1. Джексона
- 2. Авелиса
- 3. Шмидта
- 4. Бенедикта
- 5. Мийяра-Гублера

IX. Какой черепной нерв страдает при синдроме Мийяра-Гублера?

- 1. V нерв
- 2. X пара
- 3. VII пара
- 4. XII пара
- 5. III пара

X. Признак, характерный для бульбарного паралича — это:

- 1. Асимметрия лица
- 2. Болевой синдром в области лица
- 3. Дисфагия
- 4. Слабость жевательных мышц
- 5. Отсутствие нижнечелюстного рефлекса

XI. Признак, характерный для псевдобульбарного паралича:

- 1 Патологические стопные рефлексы
- 2. Рефлексы орального автоматизма
- 3. Рефлекс Маринеско-Родовичи
- 4. Периферический паралич лицевого нерва
- 5. Односторонняя атрофия языка

XII. Синдром, характерный для половинного поражения спинного мозга:

- 1. Вебера
- 2. Броун-Секара
- 3. Джексона
- 3. Мийяра — Гублера
- 4. Валленберга-Захарченко

XIII. Какой нерв иннервирует мимическую мускулатуру лица?

- 1. III
- 2. V
- 3. VII
- 4. VIII
- 5. IX

XIV. При поражении какого черепного нерва необходима консультация сурдолога и ЛОР-врача?

1. IX
2. XII
3. VII
4. VIII
5. V

XV. Где расположены ядра бульбарной группы черепных нервов?

1. Ножки мозга
2. Зрительный бугор
3. Продолговатый мозг
4. Мост
5. Передняя центральная извилина

XVI. Какой черепной нерв страдает при синдроме Фовиля?

1. VII
2. III
3. VII и VI
4. VIII
5. XII

XVII. Где расположены ядра VII пары черепного нерва?

1. Переход продолговатого мозга в спинной мозг
2. Мост
3. Ножки мозга
4. Продолговатый мозг
5. Зрительный бугор

XVIII. Сколько ядер имеет VII нерв?

1. Одно
2. Два
3. Три
4. Четыре
5. Пять

XIX. На поражение какого нерва указывает синдром Бела?

1. III
2. IX
3. X
4. VII
5. V

XX. При поражении какого нерва отмечается лагофтальм?

1. V
2. VII
3. III
4. IV
5. VI

Тема 1.7 Вегетативная нервная система.

I. Истинное недержание мочи возникает при поражении:

1. Грудного отдела спинного мозга
2. Внутренней капсулы
3. Конуса спинного мозга
4. Шейного утолщения
5. Затылочной доли головного мозга

II. Цилиоспинальный центр (синдром Бернара-Горнера) расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне:

1. C6-C7
2. C7-C8
3. C8-D1
4. D1-D2
5. D2-D3

III. При поражении бокового рога спинного мозга возникает:

1. Монопарез
2. Гемипарез
3. Трофические нарушения
4. Нарушения функции органов малого таза
5. Недержание мочи

IV. Гипоталамус представляет собой:

- а) железу внутренней секреции; б) железу внешней секреции;
в) отдел промежуточного мозга; г) гормон, выделяемый гипофизом.

V. Клинический признак энуреза:

1. Тики
2. Головная боль
3. Ночное недержание мочи
4. Недержание кала
5. Ложные параличи

VI. Для симпато-адреналового криза характерно:

1. Понижение артериального давления
2. Головокружение
3. Повышение артериального давления
4. Головная боль
5. Нарушение сна

VII. Наиболее частая причина вегетативной дистонии:

1. Сосудистые заболевания головного мозга
2. Болезнь Паркинсона
3. Рассеянный склероз
4. Невротические расстройства
5. Боковой амиотрофический склероз

VIII. Наиболее характерно для ваго-инсулярного криза:

1. Покраснение кожных покровов лица
2. Снижение артериального давления
3. Повышение температуры тела
4. Повышение артериального давления
5. Понижение температуры тела

IX. Характерные признаки вегетативной дистонии:

1. Спастический парез конечности
2. Проводниковый тип нарушения чувствительности
3. Сердцебиение
4. Чувство нехватки воздуха
5. Учащенное и обильное мочеиспускание

X. Следующее анатомическое образование представляет надсегментарный аппарат вегетативной нервной системы:

1. черепно-мозговые нервы
2. спинномозговые корешки
3. гипоталамо-лимбико-ретикулярный комплекс
4. нейроны боковых рогов спинного мозга
5. нейроны передних рогов спинного мозга

XI. Следующее анатомическое образование представляет сегментарный отдел

вегетативной нервной системы:

1. гипоталамус
2. спинномозговые корешки
3. корково-лимбико-ретикулярный комплекс
4. нейроны боковых рогов спинного мозга и ствола головного мозга
5. нейроны передних рогов спинного мозга

XII. Следующий симптом характерен для поражения гипоталамической области:

1. нарушение произвольных движений
2. гемианестезия
3. сенситивная атаксия
4. нейроэндокринные расстройства
5. синдром Аргайла-Робертсона

XIII. Следующий симптом характерен для поражения надсегментарного отдела вегетативной нервной системы:

1. Джексоновская эпилепсия
2. паническая атака
3. приступ тригеминальной невралгии
4. приступ парциальной парестезии
5. абсанс

XIV. Основной функцией вегетативной нервной системы является:

1. способность воспринимать чувствительные раздражители
2. произвольная двигательная активность
3. поддержание гомеостаза
4. рефлекторно-автоматическая двигательная активность
5. поддержание мышечного тонуса

XV. Следующие анатомические образования осуществляют вегетативную иннервацию глаза:

1. глазодвигательный нерв
2. ресничный узел
3. звездчатый узел симпатического ствола
4. боковые рога спинного мозга на уровне C2-C4
5. боковые рога спинного мозга на уровне C8-T1

XVI. Поражение следующих анатомических образований может вызывать симптом Горнера:

1. спинного мозга на уровне C8-T1
2. стенки внутренней сонной артерии
3. верхушки легкого
4. глазодвигательного нерва
5. передних корешков C5-6

XVII. Поражение следующих анатомических образований характеризуется развитием нейрогенного мочевого пузыря:

1. конского хвоста
2. конуса спинного мозга
3. седалищного нерва
4. поперечника спинного мозга
5. мозжечка

XVIII. Проба Даниньи-Ашнера проводится путем:

1. помещения кисти в холодную воду на 1 минуту
2. надавливании на верхнюю часть живота на 20-30 сек
3. надавливании на глазные яблоки
4. механического раздражения кожи живота рукояткой неврологического молоточка
5. подкожного введения 1 мл 0,1% р-ра адреналина

XIX. При поражении периферических отделов ВНС возникают проявления по типу:

1. панических атак
2. с-ма Бернара-Горнера
3. нарушения ритма «сон-бодрствование»
4. симпаталгий
5. каузалгий

XX. Возвышающийся красный дермографизм свидетельствует о:

1. повышении тонуса симпатической нервной системы
2. снижении тонуса парасимпатической нервной системы
3. повышении тонуса парасимпатической нервной системы
4. снижении тонуса симпатической нервной системы

Тема 1.8 Расстройство высших мозговых функций. Речь, гнозис, праксис, память, мышление и их расстройства.

I. При поражении правого полушария головного мозга у правшей возникают корковые речевые расстройства в форме:

- а) афазии
- б) алексии
- в) не возникают
- г) аграфии
- д) дизартрии.

II. У больных с сенсорной афазией нарушено:

- а) понимание речи
- б) слух
- в) воспроизведение речи
- г) чтение
- д) все выше изложенное.

III. У больного с амнестической афазией нарушена способность:

- а) описать свойства и назначение предмета
- б) дать название предмета
- в) определить предмет при ощупывании
- г) памяти на текущие события
- д) произношения отдельных звуков.

IV. У больного с апраксией нарушены целенаправленные действия по причине:

- а) пареза
- б) нарушения последовательности и схемы действия
- в) нарушения скорости и плавности действия
- г) потери двигательных навыков
- д) все выше изложенное.

V. При поражении левой лобной доли возникает афазия:

- а) моторная
- б) сенсорная
- в) амнестическая
- г) семантическая
- д) все выше изложенное.

VI. При поражении левой угловой извилины возникает:

- а) апраксия
- б) алексия
- в) моторная афазия
- г) сенсорная афазия
- д) аграфия.

VII. При поражении левой надкраевой извилины возникает:

- а) апраксия

- б) алексия
- в) моторная афазия
- г) сенсорная афазия
- д) аграфия.

VIII. Зрительная агнозия наблюдается при поражении:

- а) зрительного нерва
- б) затылочной доли
- в) зрительной лучистости
- г) внутренней капсулы
- д) зрительного тракта.

IX. Слуховая агнозия наблюдается при поражении:

- а) слухового нерва
- б) височной доли
- в) корковой зоны Вернике
- г) затылочной доли
- д) теменной доли.

X. При поражении левой височной доли возникает:

- а) моторная афазия
- б) сенсорная афазия
- в) амнестическая афазия
- г) обонятельная агнозия
- д) алексия.

XI. При поражении теменной коры правого полушария мозга возникает:

- а) анозогнозия
- б) псевдомелия
- в) афазия
- г) алексия
- д) аутоагнозия.

XII. При поражении теменной коры левого полушария мозга возникает:

- а) моторная афазия
- б) акалькулия
- в) апраксия
- г) алексия
- д) слуховая агнозия.

XIII. При поражении левой лобной доли нарушается:

- а) письмо
- б) чтение
- в) экспрессивная речь
- г) понимание речи
- д) все выше изложенное.

XIV. Для какого вида афазии характерно литеральные парафазии, словесный эмбол или полное отсутствие речи?

- а) сенсорная
- б) моторная
- в) семантическая
- г) амнестическая
- д) все выше перечисленное.

XV. Для какого вида афазии характерны «словесный салат» и вербальные парафазии?

- а) сенсорная
- б) моторная
- в) семантическая

XVI. Характерный признак поражения базальных отделов лобной доли:

1. Поворот головы и глаз в противоположную сторону
2. Моторная афазия
3. Большие судорожные припадки
4. Акалькулия
5. Аносмия

XVII. Моторная афазия развивается при поражении:

1. Затылочной доли
2. Верхней височной извилины
3. Прецентральной извилины
4. Постцентральной извилины
5. Верхней теменной доли

XVIII. Больной с моторной афазией:

1. Не понимает обращенной к нему речи
2. Не может говорить
3. Забывает названия предметов
4. Не понимает сложных смысловых перестроений
5. Не выговаривает слова (дизартрия)

XIX. Сенсорная афазия развивается при поражении:

1. Прецентральной извилины
2. Верхней височной извилины
3. Нижней лобной извилины
4. Постцентральной извилины
5. Теменной доли

XX. Больной с сенсорной афазией:

1. Понимает обращенную речь, но не может говорить
2. Не понимает обращенную речь и не может говорить
3. Может говорить, но не понимает обращенную речь
4. Может говорить, но забывает названия предметов
5. Может говорить, но речь скандированная

Тема 1.9 Дополнительные методы исследования в неврологии и нейрохирургии.

I. Наиболее информативным методом диагностики тонуса сосудов головного мозга является:

1. ЭЭГ
2. УЗДГ
3. Ангиография
4. КТ
5. МРА

II. Определяющими методами в диагностике гидроцефального синдрома являются:

1. Краниография
2. Ангиография
3. УЗДГ
4. КТ
5. МРТ

III. Люмбальная пункция противопоказана при:

Лицевом гемиспазме
Назальной ликворее
Синдроме дислокации головного мозга
Посттравмотическом менингите .

Сотрясении головного мозга

IV. Решающим в диагностике менингита является:

Краниография
Анализ мочи

Анализ крови

Ликворологическое исследование

Неврологические данные

V. КТ головного мозга выявляет САК:

В первые сутки

На 3-й день

На 7-й день

На 14-й день

На 21-й день

VI. В диагностике извитости артерий экстракраниального и каротидного отделов решающую роль играет:

УЗДГ

ЭЭГ

Краниография

Ангиография

МРА

VII. Среднее количество цереброспинальной жидкости у человека:

30-50 мл

60-100 мл

120-150мл

160-200 мл

220-300 мл

VIII. Следующие симптомы свидетельствуют о раздражении мозговых оболочек:

симптом Кернига

симптом Брудзинского

симптом Броун-Секара

ригидность по типу «зубчатого колеса»

ригидность шейных мышц

IX. Наиболее информативными методами обследования для выявления объемного образования головного мозга являются:

ЭЭГ

КТ головного мозга

Rg черепа

МРТ головного мозга

транскраниальная УЗДГ

X. Наиболее информативными методами обследования для выявления нарушений мозгового кровообращения являются:

ЭХО-ЭГ

МРТ, КТ

ЭЭГ

дуплексное сканирование

ангиография

XI. Наиболее информативными методами обследования для выявления причины эпилептического приступа являются:

МРТ

ЭЭГ

Rtg черепа

КТ

ЭНМГ

XII. При поражении следующих анатомических образований электронейромиография является информативным исследованием:

спинального корешка

периферического нерва
головного мозга
мышцы

передних рогов спинного мозга

XIII. Наиболее информативный метод исследования при геморрагических инсультах:

- а) анализ ликвора
- б) КТ головного мозга
- в) ЭЭГ
- г) УЗДГ

XIV. К методам нейровизуализации головного и спинного мозга не относится:
СКТ, МРТ, ПЭТ, ЭЭГ.

XV. Измерение скорости кровотока в сосудах с использованием эффекта Доплера называется:

ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, УЗДГ, ЭКГ, ЭХО-КГ

XVI. Метод обследования функций головного мозга, основанный на исследовании биоэлектрической активности называется:

ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, УЗДГ, ЭКГ, ЭХО-КГ.

XVII. Увеличение количества клеток в составе спинно-мозговой жидкости называется:
лейкоцитоз, эритроцитоз, тромбоцитоз, плеоцитоз, агранулоцитоз

XVIII. Электрофизиологический метод исследования проведения нервного импульса по периферическим нервам называется:

ЭМГ, УЗДГ, МРТ, ЭНМГ, ЭХО-КГ, ЭМГ

XIX. Наиболее опасный синдром на глазном дне:

атрофия ДЗН, ангиопатия сетчатки, отслоение сетчатки, застойный диск ДЗН

XX. Метод исследования, позволяющий получить информацию о метаболических процессах в головном мозге, называется:

КТ в режиме ангиографии, МРТ спектроскопия, УЗДГ, ЭХО-Эг,

Тема 1.10 Методика неврологического обследования. Синдромологический анализ в неврологии, нейрохирургии.

I. У больного наблюдается гемипарез, гемигипостезия и гемианопсия справа. Где очаг поражения?

- а) средний мозг слева
- б) варольев мост справа
- в) внутренняя капсула справа
- г) продолговатый мозг слева
- д) внутренняя капсула слева.

II. У больного наблюдается прозопарез справа, центральный парез конечностей слева. Где очаг поражения?

- а) средний мозг слева
- б) варолиев мост справа
- в) внутренняя капсула справа
- г) продолговатый мозг слева
- д) внутренняя капсула слева.

III. У больного наблюдается дисфагия, дисфония, дизартрия, выпадение глоточного рефлекса слева и центральный парез конечностей. Где очаг поражения?

- а) средний мозг слева
- б) варольев мост справа
- в) внутренняя капсула справа
- г) продолговатый мозг слева
- д) внутренняя капсула слева.

IV. У больного наблюдается расходящееся косоглазие, нарушение движения глазного

яблока вверх и вниз слева и центральный парез конечностей справа. Где очаг поражения?

- а) средний мозг слева
- б) варольев мост справа
- в) внутренняя капсула справа
- г) продолговатый мозг слева
- д) внутренняя капсула слева.

V. У больного наблюдается нарушение координации в правых конечностях (динамическая атаксия). Где очаг поражения?

- а) левое полушарие мозжечка
- б) червь мозжечка
- в) правое полушарие мозжечка
- г) задние канатики спинного мозга
- д) верхняя лобная извилина.

VI. У больного наблюдается покачивание в позе Ромберга, атаксическая походка. Где очаг поражения?

- а) левое полушарие мозжечка
- б) червь мозжечка
- в) правое полушарие мозжечка
- г) задние канатики спинного мозга
- д) верхняя лобная извилина.

VII. Нарушена координация движения нижних конечностей, резко ухудшается при закрытых глазах, кроме того выявляется нарушение мышечно-суставного чувства. Где очаг поражения?

- а) левое полушарие мозжечка
- б) червь мозжечка
- в) правое полушарие мозжечка
- г) задние канатики спинного мозга
- д) верхняя лобная извилина.

VIII. Больной не может стоять и ходить (астазия – абазия). Где очаг поражения?

- а) левое полушарие мозжечка
- б) червь мозжечка
- в) правое полушарие мозжечка
- г) задние канатики спинного мозга
- д) верхняя лобная извилина.

IX. У больного выявляется нарушение поверхностной чувствительности справа по проводниковому типу, глубокой чувствительности также по проводниковому типу – слева. Кроме того слева выявляется центральный парез ноги. Где очаг поражения?

- а) поперечное поражение спинного мозга ниже шейного утолщения
- б) половинное (справа) поражение спинного мозга
- в) половинное (слева) поражение спинного мозга
- г) конский хвост
- д) конус спинного мозга.

X. У больного выявляется нижний спастический парепарез, острая задержка мочи, расстройство чувствительности по проводниковому типу. Где очаг поражения?

- а) поперечное поражение спинного мозга ниже шейного утолщения
- б) половинное (справа) поражение спинного мозга
- в) половинное (слева) поражение спинного мозга
- г) конский хвост
- д) конус спинного мозга.

XI. У больного выявляется периферический парез стоп, императивные позывы к мочеиспусканию, расстройство чувствительности в области промежности и медиальной поверхности бедер. Где очаг поражения?

- а) поперечное поражение спинного мозга ниже шейного утолщения
- б) половинное (справа) поражение спинного мозга
- в) половинное (слева) поражение спинного мозга
- г) конский хвост
- д) конус спинного мозга.

ХII. Наличие триады Шарко свидетельствует о поражении:

- а) правой лобной доли
- б) промежуточного мозга
- в) лимбико-ретикулярного комплекса
- г) мозжечка
- д) продолговатого мозга

ХIII. У больного наблюдаются сенсорная афазия в сочетании со слуховыми галлюцинациями. Где очаг поражения?

- а) правая лобная доля
- б) промежуточный мозг
- в) лимбико-ретикулярный комплекс
- г) левая височная доля
- д) левая лобная доля

ХIV. У больного наблюдаются апраксия в сочетании с астереогнозом. Где очаг поражения?

- а) правая лобная доля
- б) промежуточный мозг
- в) лимбико-ретикулярный комплекс
- г) правая теменная доля
- д) левая лобная доля

ХV. Боль в пояснично-крестцовой зоне, иррадиирующая в голень, онемение в области 5-го пальца стопы, выпадение ахиллова рефлекса могут указывать на поражение в области:

- а) поясничного утолщения
- б) конского хвоста
- в) сегмента L3-L4,
- г) сегмента L5-S1
- д) сегмента Th10-11

Раздел 2. Основы медицинской генетики.

Тема 2.1 Клинико-генеалогический метод. Критерии наследования. Семиотика наследственных болезней.

I. Пробанд — это:

Больной, обратившейся к врачу

Здоровый человек, обратившейся за медико-генетической консультацией

Человек, впервые попавший под наблюдение врача-генетика

Индивидуум, с которого начинается сбор родословной

Родственник больного с наследственной патологией

II. Частота наследственных моногенных болезней человека составляет:

- 0,5%, 2%, 5%, 10%, 25%, 50%

III. Частота хромосомных болезней человека составляет:

- 0,5%, 2%, 5%, 10%, 25%, 50%

В международной базе наследственных моногенных болезней человека зарегистрировано около:

1 тыс. форм 5 тыс. форм, около 10 тыс форм, около 20 тыс форм, около 50 тыс. форм, около 100тыс форм

В международной базе хромосомных болезней человека зарегистрировано около:

1 тыс. форм , 5 тыс. форм, около 10 тыс форм, около 20 тыс форм, около 50 тыс. форм,

VI. В ядерном геноме человека содержится структурных генов около:

тыс., 40, 1000, 10 тыс., 20 тыс, 40 тыс., 100 тыс.

VII. В митохондриальном геноме человека содержится структурных генов около: 40, 5 тыс., 10 тыс., 20 тыс, 40 тыс., 100 тыс.

VII. К макроаномалиям развития относят: гидроцефалия, эпикант, изодактилия, клинодактилия, гетерохромия, полителия

VIII. К микроаномалиям относят: фокомелия, гибус, апус, дистихиаз, эктродактилия, хейлоскизис

IX. Для X-сцепленного доминантного наследования не характерно: вертикальная передача признака, 50% повторный риск, преобладание пораженных девочек, передача признака от отца сыну, передача признака от матери дочери, 75% повторный риск

X. Для аутосомно-доминантного наследования характерно: 100% повторный риск при передаче от матерей, преобладание пораженных девочек, передача признака от отца сыну, 25% повторный риск, горизонтальная сегрегация признака

XI. Для аутосомно-рецессивного наследования характерно: 100% повторный риск при передаче от матерей, преобладание пораженных девочек, передача признака от отца сыну, 25% повторный риск, вертикальная передача признака при одном пораженном родителе

XII. Для голандрического наследования типично: 100% повторный риск при передаче от матерей, равное соотношение пораженных девочек и мальчиков, передача признака от отца сыну, 25% повторный риск, горизонтальная передача признака при одном пораженном родителе

XIII. Для материнского наследования типично: 100% повторный риск при передаче от отцов, преобладание пораженных мальчиков, передача признака от отца сыну, 25% повторный риск, вертикальная передача признака от пораженных матерей

XIV. Для X-сцепленного рецессивного наследования характерно: 100% повторный риск при передаче от матерей, преобладание пораженных девочек, здоровое потомство у пораженного отца, 50% повторный риск при передаче от отца, горизонтальная сегрегация признака

XV. К показаниям для клинико-генеалогического исследования относят наличие выявленных микроаномалий в количестве:

1-й, 2-х, 3-х, 4-х, 5

Тема 2.2 Цитогенетические, молекулярно-генетические, биохимические, популяционно-статистический, близнецовый методы. Компьютерная диагностика наследственных болезней.

I. Диагноз нейрофиброматоза ставится на основании:

Биохимического анализа

Клинической картины

Исследования гормонального фона, биохимического анализа

Молекулярно-генетического исследования

Цитогенетического исследования

II. Метод точной диагностики хромосомных болезней:

Клинический

Дерматоглифический

Цитогенетический

Клинико-генеалогический

Специфической биохимической диагностики

III. Какие типы наследственной патологии диагностируются с применением цитогенетических методов?

Наследственные дефекты обмена веществ

Мультифакториальные болезни

Болезни, обусловленные изменением числа и структуры хромосом

Болезни, впервые выявленные у одного из представителей в родословной

Моногенные болезни

IV. Для проведения цитогенетического анализа используются:

Клетки костного мозга

Клетки печени

Лимфоциты периферической крови

Биоптат семенника

Дерма

V. Что такое массовый биохимический скрининг новорожденных?

Обследование для уточнения диагноза

Диспансеризация

Целенаправленное массовое обследование с целью выявления больных конкретным заболеванием

Обследование с целью ранней диагностики группы моногенных заболеваний и лечения больных.

5. Целенаправленное дообследование больного с целью уточнения заболевания

Кариотип при с-ме Шерешевского-Тернера содержит число хромосом: 23, 46, 48, 45, 92, 115

Кариотип при с-ме Клайнфельтера :

47,XYY, 47,XU, 21+, 48, XXXX, 47,XU, 13+, 45, XO, 47,XXU, 47,XX,18+

Для с-ма Эдвардса характерен кариотип: 47,XYY,

47,XX,18+, 47, XX,21+, 45, XO, 47,XXU, 48, XXXX, 47,XU, 13+

К показаниям для FISH диагностики относят подозрение на: моногенное заболевание обмена, артериальную гипертензию, сахарный диабет, микроцитогенетический синдром, носительство моногенного синдрома

Масс-спектрометрия применяется для диагностики: анеуплоидий, микроцитогенетических синдромов, моногенных энзимопатий, полиплоидий, сахарного диабета

Массовый биохимический скрининг беременных проводится с целью выделения группы риска по: фенилкетонурии, миопатии Дюшенна, с-ма Патау и заболеваний из этой группы, врожденного гипотиреоза, мукополисахаридозов

Массовый биохимический скрининг новорожденных проводится с целью выявления: адреногенитального синдрома, миопатии Дюшенна, с-ма Патау и заболеваний из этой группы, спинальной мышечной атрофии, мукополисахаридоза.

ДНК диагностика проводится с целью постановки диагноза: с-ма Клайнфельтера, сахарного диабета 2 типа, шизофрении, адреногенитального синдрома, с-ма Патау, псориаза, рассеянного склероза

К показаниям для проведения ПЦР не относят диагностику заболеваний: вирусных, бактериальных, шизофрении, адреногенитального с-ма, гетерозиготного носительства, спинальной амиотрофии, моногенного синдрома

Метод секвенирования относят к специальным методам генетики: биохимическим, популяционно-статистическим, молекулярно-цитогенетическим, молекулярно-генетическим, цитогенетическим

Тема 2.3 Моногенные болезни нервной системы.

I. Диагноз нейрофиброматоза ставится на основании:

Биохимического анализа

Клинической картины

Исследования гормонального фона, биохимического анализа

Молекулярно-генетического исследования

Цитогенетического исследования

II. Мышечная дистрофия связана с недостаточностью белка дистрофина, который находится в:

Нервных клетках
Клетках передних рогов спинного мозга
Клетках задних рогов спинного мозга
Мембране мышечных клеток
Лейкоцитах крови

III. Анатомическая область, которая более всего поражается при спинальной амиотрофии Верднига-Гоффмана:

Центральный мотонейрон
Мотонейрон переднего рога
Периферический нерв
Нервно-мышечный синапс
Мышца

IV. Основные диагностические критерии болезни Коновалова-Вильсона:

Дефект железа в крови
Увеличение печени
Спастические парезы (параличи)
Повышение уровня меди в моче
Кольцо Кайзера-Флейшера

Этиологией наследственных моногенных заболеваний могут являться: нонсенс-мутации в соматических клетках, мутации по типу экспансии тринуклеотидных повторов в гаметах, средовые факторы, геномные мутации и средовые факторы, анеуплоидии
К показаниям для FISH диагностики относят подозрение на:

моногенное заболевание обмена, артериальную гипертензию, сахарный диабет, микроцитогенетический синдром, носительство моногенного синдрома

Масс-спектрометрия применяется для диагностики: анеуплоидий, микроцитогенетических синдромов, моногенных энзимопатий, полиплоидий, сахарного диабета

Массовый биохимический скрининг беременных проводится с целью выделения группы риска по рождению детей с: фенилкетонурией, миопатией Дюшенна, с-мом Патау и заболеваний из этой группы, врожденным гипотиреозом, мукополисахаридозом

Массовый биохимический скрининг новорожденных в РФ проводится с целью выявления: адреногенитального синдрома, миопатии Дюшенна, с-ма Патау и заболеваний из этой группы, спинальной мышечной атрофии, мукополисахаридоза,

К типичным проявлениям хромосомных заболеваний относят: начало после «светлого промежутка», горизонтальная передача признака, 50% повторный риск, макроаномалии, высокий интеллект, повышение риска в зависимости от возраста отца, необычный цвет и запах мочи

К типичным проявлениям моногенных заболеваний обмена относят:

начало после «светлого промежутка», 75% повторный риск, макроаномалии, высокий интеллект, повышение риска в зависимости от возраста матери, непрогрессирующую олигофрению

Синдром вялого дистального тетрапареза характерен для: Б. Штрюмпеля, хорей Гентингтона, б. Шарко-Мари-Тута, с-ма Шерешевского- Тернера, болезни Кугельберга-Веландер, болезни Дюшенна

Высокорослость, с-м иридодонеза, долихостеномелия, арахнодактилия, расширение дуги аорты характерны для: с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли

Булимия на 2-м году жизни, ожирение, вальгусная установка коленных суставов, легкая умственная отсталость характерны для: с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли, б. Штрюмпеля «Птичье лицо», гиперэластическая кожа, сколиоз, грыжи белой линии живота, варикоз характерны для: с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли, б. Штрюмпеля

Клонусы стоп, с-м Бабинского, спастическая походка, пирамидный гипертонус характерны для: с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, б.

Штрюмпеля, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли

Наличие гиперкинезов в крупных суставах, лицевой мускулатуре, атетоз, снижение интеллекта, дизартрия характерны для: с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, б. Гентингтона, с-ма Прадера-Вилли, б. Штрюмпеля

Для синдрома Шерешевского Тернера характерно: глиома зрительного нерва, кофейные пятна, миопатический синдром, птериgium, макроглоссия, телекант, эктродактилия, шалевидная мошонка

Для синдрома Клайнфельтера характерно: глиома зрительного нерва, кофейные пятна, миопатический синдром, шалевидная мошонка, птериgium, макроглоссия, эктродактилия

Для спинальной мышечной атрофии характерно: нижний спастический парализ, полиневропатия, гиперкинезы, фибрилляции, пролежни, псевдогипертрофии икроножных мышц

Тема 2.4 Мультифакториальные заболевания. Хромосомные болезни.

I. Какое заболевание не относится к болезням с наследственной предрасположенностью:

сахарный

диабет, злокачественные опухоли, ишемическая болезнь сердца, дизентерия, язвенная болезнь желудка

Этиологией мультифакториальных заболеваний являются:

геномные мутации, анеуплоидии, полиплоидии, средовые факторы, генные мутации и средовые факторы

Этиологией хромосомных заболеваний являются:

нонсенс-мутации в соматических клетках, мутации по типу экспансии тринуклеотидных повторов, средовые факторы, генные мутации и средовые факторы, геномные мутации в гаметах

Для синдрома Шерешевского Тернера характерно:

глиома зрительного нерва, кофейные пятна, миопатический синдром, птериgium, макроглоссия, телекант, эктродактилия

Для синдрома Клайнфельтера характерно:

глиома зрительного нерва, кофейные пятна, миопатический синдром, птериgium, макроглоссия, телекант, эктродактилия, шалевидная мошонка

Булимия на 2-м году жизни, ожирение, вальгусная установка коленных суставов, легкая умственная отсталость характерны для:

с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли

К типичным проявлениям хромосомных заболеваний относят:

начало после «светлого промежутка», горизонтальная передача признака, 50% повторный риск, макроаномалии, высокий интеллект, повышение риска в зависимости от возраста отца, необычный цвет и запах мочи

К макроаномалиям развития относят:

гидроцефалия, эпикант, изодактилия, клинодактилия, гетерохромия, полителия

К микроаномалиям относят:

фокомелия, гибус, апус, дистихиаз, эктродактилия, хейлоскизис

Кариотип при с-ме Шерешевского-Тернера содержит число хромосом:

23, 46, 48, 45, 92

Кариотип при с-ме Клайнфельтера : 47XY, 47,XY, 21+,48, XXXX, 47,XY, 13+, 45, XO, 47,XXY, 47,XX,18+

Для с-ма Эдвардса характерен кариотип: 47 XY, +, 47,XX,18+, 47, XX,21+, 45, XO, 47,XXY, 48, XXXX, 47,XY, 13+

Риск наследования сахарного диабета при одном пораженном родителе составляет: 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

Повторный риск рождения ребенка с классическим вариантом с. Дауна составляет: 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

Риск наследования шизофрении при двух пораженных родителях составляет: 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

Тема 2.5 Медико-генетическое консультирование. Профилактика наследственной и врожденной патологии. Этические вопросы медицинской генетики.

I. Метод точной диагностики хромосомных болезней:

Клинический

Дерматоглифический

Цитогенетический

Клинико-генеалогический

Специфической биохимической диагностики

II. Предимплантационная диагностика проводится: в эмбриональный период, на 3-6 неделе, плодный период, на 8-9-й неделе, на стадии бластоцисты

III. Хориоцентез проводится на сроке: 3-6 недель, 6-9 недель, 15-17 недель, 20-22 недель

IV. Плацентобиопсия проводится на сроке: 3-6 недель, 6-9 недель, 15-17 недель, 20-22 недель

V. Кордоцентез проводится на сроке: 3-6 недель, 6-9 недель, 15-17 недель, 20-22 недель

VI. Метод терапевтического клонирования основан на применении: стволовых эмбриональных клеток, введении нуклеиновых кислот, приеме фоллиевой к-ты,

VII. Exon-skipping является одним из методов: терапевтического клонирования, полимеразной цепной реакции, тандемной масс-спектрометрии, селективного скрининга на болезни обмена, генотерапии

VIII. Экзон – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

IX. Интрон – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

X. Промотор – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

XI. Энхансер – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

XII. Сайленсер – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

XIII. Периконцепционная защита высокоэффективна для профилактики: хромосомных заболеваний, моногенных болезней обмена, митохондриальных заболеваний, мультифакториальных макроаномалий, социально значимых мультифакториальных болезней

XIV. Риск наследования сахарного диабета при одном пораженном родителе составляет: 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

XV. Повторный риск рождения ребенка с классическим вариантом с. Дауна составляет: 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

XVI. Риск наследования шизофрении при двух пораженных родителях составляет: 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

Раздел 3. Вопросы частной неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Тема 3.1 Функциональная нейрохирургия. Вертеброгенные заболевания. Объемные заболевания ЦНС.

I. Если коматозному состоянию предшествовал эпилептический приступ то вероятной

причиной комы может быть:

Ангиография

Эпилепсия

Дисциркуляторная энцефалопатия

Опухоль мозга

Инсульт

Дисциркуляторная энцефалопатия

Все вышеуказанное верно

II. Одним из наиболее характерных проявлений синдрома периферической вегетативной недостаточности является:

Боль

Гипервентиляция

Трофические изменения

Ортостатическая гипотензия

Гипергидроз

III. Методом выбора дополнительного исследования при опухолях спинного мозга является:

Ангиография

Пневмомиеелография

Спондилография

МРТ

Дискография

IV. Наиболее информативный метод диагностики опухолей головного мозга:

Краниография

МРТ

РЭГ

УЗИ

Ангиография

V. Методы, позволяющие выявить уровень блокады субарахноидальных пространств спинного мозга:

МРТ

Ангиография

КТ

Нисходящая миелография

VI. Наиболее информативный метод диагностики спондилогенной миелопатии:

Спондилография

УЗДГ

КТ

Ангиография

МРТ

VII. Поясничный прострел — это:

Люмбалгия

Люмбаишиалгия

Люмбаго

Невралгия

Симпаталгия

VIII. Лечебная тактика при остро выпавшей грыжи диска с компрессией корешков конского хвоста:

Амбулаторное лечение

Мануальная терапия

Физиотерапия

Назначение анальгетиков

Экстренное удаление грыжи диска

IX. Болевой синдром при остеохондрозе позвоночника обусловлен поражением:

Передних рогов спинного мозга

Задних рогов спинного мозга

Боковых столбов спинного мозга

Задних корешков спинного мозга

Передних корешков спинного мозга

X. О какой локализации опухоли говорит моторная афазия?

Лобная доля доминантного полушария

Теменная доля

Височная доля

Затылочная доля

Зрительный бугор

XI. По гистологическому строению к каким опухолям относится менингеома?

Глиальным

Сосудистым

Менинго-сосудистым

Дермоидам

Метастатическим

XII. Моторные джексоновские припадки указывают на локализацию опухоли в области:

Базальных отделов лобной доли

Передней центральной извилины

Вернетеменной дольки

Нижнетеменной дольки

Затылочной доли

XIII. Грубые психические нарушения указывают на локализацию опухоли в?

Теменной доле

Мозолистом теле

Конвекситальных отделах лобной доли

Височной доле

Затылочной доле

XIV. Синдром Фостера-Кеннеди указывает на расположение опухоли в:

Затылочной доле

Стволе мозга

Мозжечке

Базальных отделах лобной доли

Височной доле

XV. Синдром Бурденко-Крамера (тенториальный) указывает на локализацию опухоли в:

Базальных отделах лобной доли

Базальных отделах затылочной доли

Стволе мозга

Височной доле

Теменной доле

XVI. Сенсорные джексоновские припадки указывают на расположение доброкачественной опухоли в области:

Верней теменной дольке

Нижней теменной дольке

Постцентральной извилине

Конвекситальной области лобной доли

Височной доле

XVII. Простые зрительные галлюцинации возникают при локализации опухоли в:

Лобной доле

Стволе мозга

Мозжечке

Затылочной доле

Теменной доле

XVIII. Сенсорная афазия развивается при локализации опухоли в:

Премоторной зоне

Верхней теменной дольке

Задних отделах верхневисочной извилины

Стволе мозга

Мозжечке

XIX. Для опухолевого поражения лобной доли характерны:

Астериогнозия

Двигательные нарушения

Нарушения чувствительности

Аутотопогнозия

Нарушения психики

XX. Симптомы, характерные для опухолей теменной доли:

Монопарез

Моторная афазия

Астереогнозия

Апраксия

Фотопсии

Тема 3.2 Травма нервной системы. Заболевания периферической нервной системы.

I. При какой патологии актуальной остается обзорная краниография?

Менингит

ЧМТ

Опухоли головного мозга

Сосудистые заболевания головного мозга

Демиелинизирующие заболевания

II. При какой патологии необходимой является обзорная спондилография?

Боковой амиотрофический склероз

Сирингомиелия

Опухоли конского хвоста

Травма позвоночника

Полиомиелит

III. Травматические вдавленные переломы черепа диагностируются с помощью:

Ангиография

КТ (костный режим)

МРТ

ЭЭГ

Обзорная краниография

IV. Для диагностики внутричерепной травматической гематомы наиболее информативными являются:

Краниография

МРТ

Ангиография

ЭЭГ

КТ

V. Проявления алкогольной полиневропатии:

Периферический парез стоп

Спастический гемипарез

Боли и парестезии в ногах

Нарушение болевой чувствительности по типу «носков»

Вегето-трофические нарушения в ногах

VII. Какой тип расстройства чувствительности характерен для полиневропатии?

Сегментарный

Корешковый

Диссоциированный

Полиневритический («носки», «гольфы», «перчатки»)

Проводниковый

VIII. Наиболее характерный симптом полиневропатии Гийена-Барре

Восходящий тип двигательных нарушений

Джексоновские припадки

Нарушение психики

Гипертермия

Тазовые нарушения

IX. Какой тип расстройства чувствительности характерен для полиневропатии?

Корешковый

Сегментарный

Проводниковый

Полиневритический

Диссоциированный

X. Наиболее характерные симптомы радикулопатии L5 корешка.

Отсутствие коленного рефлекса

Отсутствие ахиллова рефлекса

Слабость разгибателя 1 пальца стопы

Симптом Бабинского

Невозможность стоять на пальцах стопы

XI. Наиболее характерный симптом радикулопатии S1 корешка:

Отсутствие коленного рефлекса

Отсутствие ахиллова рефлекса

Слабость разгибателя 1 пальца стопы

Симптом Оппенгейма

Невозможность стоять на пятках

XII. Клиническая картина невралгии V нерва характеризуется:

Нарушением болевой чувствительности на лице

Наличием курковых зон на лице

Парезом мимических мышц

Пароксизмами сильнейших болей в области II и III ветвей

Лагофталмом

XIV. Нейропатия лицевого нерва проявляется:

Болевым синдромом на лице

Парезом жевательных мышц

Синдромом Бела

Невозможностью наморщить лоб

Опущением угла рта

XV. Наиболее эффективным препаратом в купировании болей при невралгии V нерва является:

Анальгин

Карбамазепин

Циннаризин

Винпоцетин

Лирика (прегабалин)

XVI. К легкой черепно-мозговой травме относятся:

Сотрясение головного мозга

Ушиб головного мозга средней степени

Сдавление головного мозга

Диффузное аксональное поражение

Ушиб головного мозга легкой степени

XVII. Для сотрясения головного мозга типично:

Кратковременное нарушение сознания

Стойкая очаговая симптоматика

Субарахноидальное кровоизлияние

Ретроградная амнезия

Перелом костей черепа

XVIII. В ликворе при сотрясении головного мозга отмечается:

Повышенный плеоцитоз

Понижение сахара

Повышение белка

Нормальное содержание белка

Белково-клеточная диссоциация

XX. Для сотрясения головного мозга характерны следующие симптомы:

Гемипарез

Тетрапарез

Общемозговые симптомы

Застойные диски зрительных нервов

Оболочечные симптомы

Тема 3.3 Сосудистые заболевания ЦНС.

I. Основными методами выявления аневризм сосудов головного мозга являются:

1. Пневмомиеелография

2. Ангиография

3. МРТ

4. КТ

5. МРА

II. Наиболее частая причина мозгового инфаркта:

1. Атеросклероз

2. Язвенная болезнь желудка 5. Пневмония

3. Парапроктит

4. Черепно-мозговая травма

5. Пневмония

III. Наиболее частая причина геморрагического инсульта:

1. Цирроз печени

2. Пневмония

3. Гипертоническая болезнь

4. Язвенная болезнь желудка

5. Парапроктит

IV. Причиной преходящих нарушений мозгового кровообращения является:

1. Сосудистая дисциркуляция

2. Спазм мозговых артерий

3. Тромбоз мозговых артерий

4. Эмболия сосудов головного мозга

5. Нарушение проницаемости сосудистой стенки

V. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма является:

1. Повышение вязкости крови

2. Повышение активности свертывающей системы крови

3. Ухудшение реологических свойств крови

4. Снижение системного перфузионного давления

5. Повышение агрегации форменных элементов крови

VI. К развитию тромбоза мозговых артерий приводит:

1. Снижение артериального давления и замедление кровотока

2. Повышение артериального давления

3. Повышение фибринолитической активности крови

4. Снижение фибринолитической активности крови

5. Снижение уровня кальция

VII. К развитию нетромботического ишемического инсульта приводит:

1. Спазм артерий

2. Кадиальная эмболия

3. Мерцательная аритмия

4. Повышение артериального давления

5. Артерио-артериальные микроэмболии

VIII. Длительность неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке:

1. До 24 часов

2. До 2 суток

3. До 3 суток

4. До недели

5. До 3 недель

IX. Для ТИА характерны:

1. Гемипарез

2. Афазия

3. Парциальный эпилептический приступ

4. Гемигипестезия

5. Кома

X. Какой симптом не характерен для тромбоза основной артерии?

1. Кортикальная слепота

2. Альтернирующий синдром

3. Бульбарный паралич

4. Глазодвигательные нарушения

5. Псевдобульбарный паралич

XI. Головокружение при дисциркуляторной энцефалопатии сочетается с:

1. Неустойчивостью при ходьбе

2. Синдром Бернара-Горнера

3. Гемипарезом

4. Зрительными нарушениями

5. Мигренозными головными болями

XII. Для САК обязательным является:

1. Гемипарез

2. Смещение М-эхо

3. Бульбарный синдром

4. Нарушение зрения

5. Менингеальный синдром

XIII. При кровоизлиянии в мозжечок наблюдается:

1. Нарушение чувствительности

2. Моторная афазия

3. Альтернирующие синдромы

4. Грубые координаторные нарушения

5. Нарушение зрения

XIV. Для диагноза ТИА в вертебро-базиллярном бассейне характерно наличие:

1. Джексоновских моторных припадков
 2. Моторной афазии
 3. Сенсорная афазия
 4. Координаторных нарушений
 5. Простых зрительных галлюцинаций
- XV. Характерным признаком тромбоза экстракраниальной части сонной артерии является:
1. Альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко
 2. Альтернирующий оптико-пирамидный синдром
 3. Тотальная афазия
 4. Тетраплегия
 5. Битемпоральная гемианопсия
- XVI. Наиболее информативным методом в диагностике ишемического инсульта является:
1. Эхоэнцефалоскопия
 2. ЭЭГ
 3. Дуплексное сканирование
 4. КТ головного мозга
 5. Обзорная краниография
- XVII. Ишемический инсульт проявляется:
1. Менингеальными симптомами
 2. Гемипарезом
 3. Предшествующими ТИА
 4. Выраженной головной болью в дебюте заболевания
 5. Повышенной температурой тела
- XVIII. Кровь в ликворе характерна для:
1. Внутримозгового кровоизлияния
 2. Геморрагического инфаркта мозга
 3. Субарахноидального кровоизлияния
 4. Лакунарного инсульта
 5. Атеротромботического инсульта
- XIX. Основными методами диагностики САК являются:
1. Люмбальная пункция
 2. УЗДГ
 3. Ангиография
 4. КТ
 5. МРТ
- XX. КТ головного мозга выявляет САК:
1. В первые сутки
 2. На 3-й день
 3. На 7-й день
 4. На 14-й день
 5. На 21-й день
- Тема 3.4 Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания нервной системы.
Паразитарные заболевания нервной системы.
- I. При менингovasкулярном сифилисе наблюдается:
1. Когнитивные нарушения
 2. Острые нарушения мозгового кровообращения
 3. Утрата глубокой чувствительности
 4. Все в/у верно
 5. Все в/у неверно
- II. Дифференциальный диагноз эпидурального абсцесса проводят с:
1. Первичной опухолью
 2. Острым рассеянным склерозом

3. Метастазами

4. Всё вышеуказанное верно

5. Всё вышеуказанное неверно

III. Туберкулезный менингит:

1. Чаще поражает конвекситальные отделы мозга

2. Обязательно сочетается с активным ТБС процессом в других органах

3. Сопровождается снижением уровня сахара в ликворе

4. Все в/у верно

5. Все в/у неверно

VI. Решающим в диагностике менингита является:

1. Краниография

2. Анализ мочи

3. Анализ крови

4. Ликворологическое исследование

5. Неврологические данные

V. Люмбальная пункция противопоказана при:

1. Лицевом гемиспазме

2. Назальной ликворее

3. Синдроме дислокации головного мозга

4. Посттравмотическом менингите .

5. Сотрясении головного мозга

VI. Наиболее частотой клинической формой острой стадии эпидемического энцефалита является:

1. Окуло-летаргическая

2. Менингеальная

3. Полиомиелитическая

4. Энцефалитическая

5. Кожевниковской эпилепсии

VII. Выберите клиническую форму хронической стадии эпидемического энцефалита:

1. Полиомиелитическая

2. Гиперкинетическая

3. Вестибулярная

4. Эндокринная

5. Психосенсорная

VIII. Наиболее характерная клиническая форма острой стадии клещевого энцефалита:

1. Гиперкинетическая

2. Полиомиелитическая

3. Эндокринная

4. Психосенсорная

5. Вестибулярная

IX. Выберите клиническую форму, характерную для хронической стадии клещевого энцефалита:

1. Вестибулярная

2. Эндокринная

3. Менингеальная

4. Кожевниковской эпилепсии

5. Смешанная

X. Какой отдел мозга больше всего страдает при клещевом энцефалите?

1. Средний мозг

2. Мост

3. Передние рога спинного мозга

4. Зрительный бугор

5. Задние рога спинного мозга

XI. Возбудителем клещевого энцефалита является:

1. Иксодовый клещ
2. Пневмококк
3. Стафилококк
4. Нейротропный вирус
5. Палочка Коха

XII. Для первичного гнойного менингита характерно наличие:

1. Высокой температуры
2. Гемипареза
3. Парапареза
4. Менингеальных симптомов
5. Психомоторного возбуждения

XIII. Какие клетки преобладают в ликворе у больных с серозным менингитом?

1. Нейтрофилы
2. Лимфоциты
3. Эозинофилы
4. Моноциты
5. Базофилы

XIV. Какие клетки преобладают в ликворе у больных с гнойным менингитом?

1. Лимфоциты
2. Моноциты
3. Базофилы
4. Нейтрофилы
5. Эозинофилы

XV. Какой из перечисленных менингитов относится к серозному?

1. Отогенный
2. Менингококковый
3. Пневмококковый
4. Туберкулезный
5. Риногенный

XVI. Какое из перечисленных менингитов относится к гнойным?

1. Туберкулезный менингит
2. Отогенный менингит
3. Менингит, вызванный вирусами Коксаки и ЕСНО
4. Конвексительный арахноидит
5. Базальный арахноидит

XVII. Наиболее информативный метод диагностики менингита:

1. Ангиография
2. Краниография
3. Люмбальная пункция
4. КТ
5. МРТ

XVIII. Возбудителями серозных менингитов являются:

1. Микробы
2. Грибки
3. Вирусы
4. Вирусы Коксаки и ЭСНО
5. Палочка Коха

XIX. Какой из перечисленных симптомов характерен для конвексительного арахноидита?

1. Кожевниковская эпилепсия
2. Парк инсонизм

3. Гипертонически-гипокинетический синдром

4. Джексоновская эпилепсия

5. Когнитивные нарушения

XX. Какой из черепных нервов страдает при арахноидите мосто-мозжечкового угла?

1. III

2. X

3. XII

4. VIII

5. II

Тема 3.5 Демиелинизирующие заболевания. Хронические прогрессирующие и пароксизмальные заболевания нервной системы.

I. Где располагается эпилептический очаг при простых парциальных чувствительных с маршем (джексоновских) эпилептических припадках?

а) верхняя теменная доля

б) интерпаристальная борозда

в) нижняя теменная доля

г) задняя центральная извилина

д) зрительный бугор.

II. Где располагается эпилептический очаг при простых парциальных моторных с маршем (джексоновских) эпилептических припадках?

а) верхняя теменная доля

б) передняя центральная извилина

в) нижняя теменная доля

г) задняя центральная извилина

д) зрительный бугор.

III. При раздражении каких участков головного мозга возникают простые парциальные адверсивные эпилептические припадки?

а) кора лобной доли

б) кора височной доли

в) кора теменной доли

г) кора затылочной доли

д) зрительный бугор

IV. Эпилептиформную активность позволяет верифицировать:

а) эхоэнцефалоскопия

б) электромиография

в) электроэнцефалография

г) магнитно-резонансная томография

д) позитронно-эмиссионная томография.

VI. Медиатором тормозного действия является:

а) ацетилхолин

б) ГАМК

в) норадреналин

г) адреналин

д) глутамат

VII. Определите максимальную длительность потери сознания у больных с тонико-клоническим припадком:

а) 1 час

б) 30 мин.

в) 3 мин.

г) 10 мин.

д) 20 мин.

VIII. Кожевниковская эпилепсия в большинстве случаев представляет собой одну из

хронических форм:

- а) менингококкового менингита
- б) клещевого энцефалита
- в) нейротоксоплазмоза
- г) энцефалита Экономо
- д) рассеянного склероза.

IX. Прекратить лечение противоэpileптическими средствами можно в случае, если припадков не было по меньшей мере:

- а) 6 месяцев
- б) 10 лет
- в) 1,5 года
- г) 3 года
- д) 6 лет.

X. Сложные парциальные эpileптические припадки отличаются от простых:

- а) сочетанием моторной и сенсорной симптоматики
- б) сочетанием вегетативной и сенсорной симптоматики
- в) сочетанием вегетативной и моторной симптоматики
- г) нарушением сознания происходящего
- д) наличием когнитивных нарушений.

XI. Электроэнцефалографическим признаком эpileптиформной активности является наличие пароксизмальных:

- а) ритмических феноменов в альфа- и бета-диапазонах
- б) ритмических феноменов в дельта-диапазоне
- в) ритмических феноменов в тета-диапазоне
- г) комплекса пик-волна
- д) сочетание ритмических феноменов в бета- и тета-диапазонах.

XII. Решающим диагностическим признаком типичного простого абсанса является:

- а) возникновение множественных миоклоний
- б) развитие фокальной или генерализованной атонии мышц
- в) кратковременная утрата сознания
- г) симметричный тонический спазм мускулатуры конечностей
- д) асимметричный тонический спазм мускулатуры конечностей.

XIII. Какие из перечисленных эpileптических приступов не относятся к генерализованным:

- а) абсансы
- б) миоклонические
- в) тонические
- г) височные псевдоабсансы
- д) клонические.

XIV. Средством первой очереди в фармакотерапии эpileптического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение в вену:

- а) маннитола
- б) диазепама
- в) тиопентала натрия
- г) гексенала
- д) строфантина

XV. При каких из перечисленных признаков эpileптический припадок нельзя отнести к генерализованному:

- а) клонические судороги во всех конечностях
- б) тонические судороги во всех конечностях
- в) кратковременная утрата сознания

- г) конические судороги в правых конечностях
- д) генерализованные сенсорные эквиваленты.

XVI. Где локализуется эпилептический очаг при простых парциальных слуховых эпилептических припадках:

- а) верхняя теменная доля
- б) верхняя височная извилина
- в) передняя центральная извилина
- г) задняя центральная извилина
- д) затылочная доля.

XVII. Какой из нижеперечисленных препаратов не относится к антиэпилептическим:

- а) карбамазепин
- б) гексамидин
- в) гентамицин
- г) вальпроевая кислота
- д) фенобарбитал.

XVIII. При генерализованных тонико-клонических эпилептических припадках эффективны все нижеперечисленные препараты, за исключением:

- а) фенобарбитала
- б) карбамазепина
- в) этосуксимида
- г) гексамидина
- д) вальпроата натрия.

XIX. Где локализуется эпилептический очаг при простых парциальных вегетативно-висцеральных эпилептических припадках:

- а) верхняя височная извилина
- б) средняя височная извилина
- в) амигдало-гиппокампальная область
- г) передняя центральная извилина
- д) задняя центральная извилина.

XX. При развитии парциальных эпилептических припадков в диагностический комплекс, наряду с электроэнцефалографией, обязательно проведение следующего исследования:

- а) электромиография
- б) рентгенографии черепа
- в) магнитно-резонансной (компьютерной) томографии
- г) соматосенсорных вызванных потенциалов
- д) реоэнцефалографии.

Блок Кардиология:

Раздел 1. Кардиология

#КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ?

- + систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - равно или ниже 90 мм рт. ст.
- систолическое давление ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое ниже 90 мм рт. ст.
- систолическое давление ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.

#ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

- избыточная масса тела
- потребление алкогольных напитков
- избыточное потребление белка
- + уровень ежегодного потребления поваренной соли.

#ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ ЭКГ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ

БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ:

- остроконечный зубец Р в отведениях II, III
- + гипертрофия левого желудочка
- блокада правой ножки пучка Гиса
- уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II.

#КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ?

- + снижение удельного веса
- лейкоцитурия
- микрогематурия
- повышение удельного веса.

#КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?

- сужение вен
- извитость сосудов
- расширение артерий сетчатки
- кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии
- + правильные ответы 2 и 4.

#КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ КЛАССОВ ЛИПОПРОТЕИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ АТЕРОГЕННЫМИ?

- ЛПВП;
- + ЛПОНП;
- ХМ.

#ПРИ КАКОМ ТИПЕ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА, ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЛПНП И ЛПОНП?

- I;
- IIa;
- + IIb;
- III;
- IV.

#КАКОЙ ТИП ГИПЕРПРОТЕИДЕМИИ ОБУСЛОВЛЕН НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ФЕРМЕНТА ЛИПОПРОТЕИДЛИПАЗЫ:

- + I;
- IIa;
- IIb;
- III;
- IV.

#ПОТРЕБЛЕНИЕ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ ПРИВОДИТ К ПОВЫШЕНИЮ СОДЕРЖАНИЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В КРОВИ?

- мяса;
- + кондитерских изделий;
- икры лосося;
- куриных яиц.

#К КАКОЙ ФОРМЕ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТСЯ БОЛИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ЛЮДЕЙ ПРИ УМСТВЕННОЙ РАБОТЕ ИЛИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СИДЯЧЕМ ПОЛОЖЕНИИ?

- + напряжения;
- покоя;
- вариантной;
- напряжения и покоя.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ ГИПОКСИИ МИОКАРДА ИМЕЮТ МЕСТО ПРИ ИБС?

- артериальная гипоксемия;
- + недостаточное поступление кислорода;
- снижение утилизации кислорода.

#КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ?

- патологический зубец Q;
- + депрессии сегмента ST;
- появление отрицательного зубца T;
- преходящая блокада ножек пучка Гиса.

#КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДАЕТ КЛИНИКУ СТЕНОКАРДИИ?

- заболевания пищевода;
- + диафрагмальная грыжа;
- язвенная болезнь желудка;
- хронический колит;
- острый панкреатит.

#КАКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ЛЕВОСТОРОННЮЮ МЕЖРЕБЕРНУЮ НЕВРАЛГИЮ?

- + резкая боль при надавливании в межреберных промежутках;
- ослабление болей на вдохе;
- положительный эффект после приема нитроглицерина.

#КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ?

- увеличение диастолического объема желудочков сердца;
- + улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда;
- увеличение внешней работы сердца.

#ПРИ КАКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ГИПОКСИЯ МИОКАРДА ОБУСЛОВЛЕНА НАРУШЕНИЕМ БИОХИМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ?

- гипонатриемия;
- + гипокалиемия;
- гипокальциемия.

#ДЛЯ АНГИОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНО:

- + подъем ST в период болей;
- появление отрицательного зубца T в период боли.

#КАКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ДАЮТ ОСНОВАНИЯ ЗАПОДОЗРИТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА?

- длительность боли более 15 мин;
- появление страха смерти;
- падение АД;
- боль сильнее таковой во время предыдущих приступов;
- + все перечисленное.

#КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ?

- уменьшение венозного возврата;
- увеличение сердечного выброса;
- + снижение воздействия эндогенных катехоламинов.

#НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ СТЕНОКАРДИИ:

- + нитраты;
- антагонисты кальция;
- антикоагулянты;
- антиоксиданты.

#ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЕЗАГРЕГАНТОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ:

- гипокоагуляция;
- + повышение агрегации тромбоцитов;
- снижение агрегации тромбоцитов.

#НАЗОВИТЕ КРИТЕРИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ:

- одышка;
- усталость;
- + подъем сегмента ST на 2 мм.

#ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СТЕНОКАРДИИ:

- 1-ПФК;
- прогрессирующая стенокардия;
- + отсутствие эффекта от антиангинальной терапии.

#ПРИЗНАКАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- + изменение длительности и интенсивности болевых приступов;
- нарушение ритма и проводимости;
- снижение АД без гипотензивной терапии;
- появление патологического зубца Q на ЭКГ.

#ПРИЗНАКАМИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ВЫСОКОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ЯВЛЯЮТСЯ:

- изменение фракции выброса;
- ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке;
- повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме;
- + снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50 Вт;
- снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле ниже 120 Вт.

#ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ СТЕНОКАРДИИ И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- удлинение интервала QT;
- удлинение интервала PQ;
- зубец Q с амплитудой больше трети R и длительностью более 0,03 с;

- + изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца Т;
- застывший подъем сегмента ST выше 2 мм от изолинии.

#НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНА В ПЛАНЕ:

- + развития инфаркта миокарда;
- тромбоэмболии мозговых сосудов;
- развития фатальных нарушений ритма сердца;
- развития легочной гипертензии;
- развития венозной недостаточности.

#КАКИЕ ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ?

- + катехоламиновый спазм коронарных артерий;
- гиперагрегация тромбоцитов;
- повышение внутрисердечного давления в левом желудочке;
- пароксизмы тахикардии;
- правильно все.

#ПРИЧИНАМИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ (ТИПА ПРИНЦМЕТАЛА) ЯВЛЯЮТСЯ:

- поражение мелких сосудов коронарных артерий;
- + спазм крупной коронарной артерии;
- спазм мелких сосудов коронарной артерии;
- тромбоз коронарной артерии.

#ПРОБА С в-АДРЕНОСТИМУЛЯТОРОМ ИЗАДРИНОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЦЕЛЯМИ:

- для диагностики скрытых нарушений атриовентрикулярной проводимости;
- для оценки класса коронарной недостаточности;
- для выявления нарушений реологических свойств крови;
- + для выявления скрытой коронарной недостаточности;
- для диагностики синдрома слабости синусового узла.

#НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ

СТЕНОКАРДИИ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ СО СЛЕДУЮЩИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ:

- + стенозом основного ствола левой коронарной артерии;
- проксимальным поражением задней коронарной артерии;
- дистальным поражением огибающей артерии;
- проксимальным поражением огибающей артерии;
- при сочетании проксимального сужения левой и огибающей артерий.

#ПОРОГОВОЙ ЧАСТОТОЙ ПУЛЬСА ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ДЛЯ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 50-59 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 170 в мин;
- 175 в мин;
- 180 в мин;
- + 140 в мин;
- менее 120 в мин.

#ПРЕДЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ АД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- повышение АД до 160 мм рт.ст.;
- повышение АД до 170 мм рт.ст.;
- повышение АД до 180 мм рт.ст.;
- повышение АД до 200 мм рт.ст.;
- + повышение АД до 220 мм рт.ст.

#СИНДРОМ «ОБКРАДЫВАНИЯ» У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ГРУПП ПРЕПАРАТОВ:

- тринитраты;
- моонитраты;
- динитраты;
- в-адреноблокаторы;
- + вазодилататоры.

#ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАНГИНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ТРИНИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ СНИЖАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТАКИХ ПРИЧИН, КАК:

- + снижение числа рецепторов к нитратам в миоцитах;
- интенсификация образования свободных

радикалов;
- повышение агрегации тромбоцитов;
- снижение уровня эндотелий-релаксирующего фактора.

#ИЗ в-БЛОКАТОРОВ НАИБОЛЬШЕЙ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ ТАКИЕ ПРЕПАРАТЫ, КАК:
- пиндолол (вискен);
- пропранолол;
- транзикор (окспренолол);
- целипролол;
+ надолол (коргард).

#АНТИАНГИНАЛЬНЫМ И ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЛАДАЮТ ТАКИЕ ПРЕПАРАТЫ, КАК:
- дипиридамола;
+ обзидан;
- корватон;
- изосорбид-динитрат.

#АНТИАНГИНАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ЗА СЧЕТ ТОРМОЖЕНИЯ АГРЕГАЦИИ ИЛИ ДЕЗАГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ВЫЗЫВАЮТ:
+ дипиридамола;
- гепарин;
- фенилин;
- стрептодеказа;
- корватон.

#ПРИ ЛОКАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ КРУПНОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- консервативная терапия коронаролитическими препаратами;
+ транслюминальная ангиопластика коронарных артерий;
- разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном;
- операция аорто-коронарного шунтирования;
- пересадка сердца.

#КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА?
+ патологический зубец Q;

- конкордантный подъем сегмента ST;
- низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях.

#ПОВЫШЕНИЕ КАКИХ СЫВОРОТОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРВЫЕ 6-12 ЧАСОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА?
+ креатинфосфокиназа;
- лактатдегидрогеназа;
- аминотрансферазы;
- щелочная фосфатаза.

#КАКИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА?
- диффузный гиперкинез;
- диффузный гипокинез;
+ локальный гипокинез;
- локальный гиперкинез.

#КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА?
+ тромболитическая терапия;
- дигитализация;
- терапия антагонистами кальция.

#КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОЗМОЖНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА?
- гипотензия;
- анафилактический шок;
- геморрагический шок;
- гематурия;
+ все перечисленное.

#КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА?
- артериальная гипотензия;
- пульсовое давление более 30мм рт.ст.;
- брадикардия;
- олигурия;
+ правильно 1 и 4.

#КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА?
- мезатон;
- допамин;

- преднизолон;
- бикарбонат натрия;
- + правильно 2, 3, 4.

#ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ?

- частота желудочковых комплексов более 120 в мин;
- + отсутствие зубцов Р;
- наличие преждевременных комплексов QRS;
- укорочение интервалов PQ;
- наличие дельта-волны.

#КАКИЕ ЭКГ-КРИТЕРИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ?

- преждевременный комплекс QRS;
- экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован;
- наличие полной компенсаторной паузы;
- измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом;
- + правильно 1, 2, 3.

#КАКИЕ ЭКГ-КРИТЕРИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ?

- преждевременный комплекс QRS;
- экстрасистолический комплекс похож на основной;
- наличие неполной компенсаторной паузы;
- наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим комплексом;
- + правильно все.

#ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ?

- гипертрофическая кардиомиопатия;
- митральный стеноз;
- тиреотоксикоз;
- миокардит;
- + правильно 2 и 3.

#ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-ЭДАМСА-СТОКСА?

- желудочковая экстрасистолия;
- фибрилляция желудочков;
- мерцательная аритмия;
- + атриовентрикулярная блокада.

#КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ?

- ритмилен;
- финоптин;
- гилуритмал;
- кордарон;
- + все перечисленное.

#КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ?

- ритмилен;
- дигоксин;
- финоптин;
- + гилуритмал.

#КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ?

- + тромбоэмболический синдром;
- инфаркт миокарда;
- гипертонический криз.

#НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА:

- мерцательная аритмия;
- ранняя желудочковая экстрасистолия;
- + групповые желудочковые экстрасистолы;
- политопные желудочковые экстрасистолы;
- наджелудочковые экстрасистолы.

#КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА?

- желудочковые экстрасистолы;
- + синоаурикулярная (синоатриальная) блокада;
- атриовентрикулярная блокада.

#ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФ-ПАРКИНСОНА-ВАЙТА НАИЛУЧШИМ СРЕДСТВОМ СЧИТАЕТСЯ:

- дигоксин;
- анаприлин;
- новокаиномид;
- + кордарон.

#КАКОЕ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧАСТЫМ, САМЫМ РАННИМ И САМЫМ ОПАСНЫМ?

- кардиогенный шок;
- отек легких;
- + фибрилляция желудочков;
- разрыв сердца;
- асистолия.

#КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ВОЗРАСТОМ?

- существенно не изменяется;
- увеличивается;
- + уменьшается.

#КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ?

- значительно усиливается;
- незначительно усиливается;
- не изменяется;
- + исчезает;
- уменьшается.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА?

- систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе;
- акцент и раздвоение II тона над аортой;
- систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе;
- + дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от II тона на 0,07-0,12 сек.

#ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- отклонение пищевода по дуге большого радиуса;
- + отклонение пищевода по дуге малого радиуса;
- увеличение левого желудочка;
- расширение восходящей аорты.

#БОЛЬНЫЕ С МИТРАЛЬНЫМ

СТЕНОЗОМ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА:

- головокружения и обмороки;
- сжимающие боли за грудиной при ходьбе;
- + кровохарканье.

#ПРИЧИНОЙ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА МОЖЕТ БЫТЬ:

- + ревматизм;
- инфекционный эндокардит;
- ревматоидный артрит;
- муковисцидоз.

#ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПОКАЗАНО:

- + асимптоматическим больным при трансаортальном максимальном систолическом градиенте давления более 50 мм рт. ст и площади аортального отверстия менее 0,75 см²;
- больным в возрасте не старше 60 лет.

#ПРИЧИНОЙ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:

- ревматизм;
- инфекционный эндокардит;
- аномалия Эбштейна;
- травма;
- + все перечисленное.

#КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- асцит;
- гепатомегалия;
- отеки;
- пансистолический шум над мечевидным отростком;
- + все перечисленное.

#ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- плевральный выпот;
- высокое стояние диафрагмы;
- дилатация правых отделов сердца;
- + все перечисленное.

#АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ

ПРИЗНАКАМИ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- усиление I тона на верхушке сердца;
- тон открытия митрального клапана;
- апикальный систолический шум, связанный с I тоном;
- мезодиастолический шум;
- + все перечисленное.

#АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СОЧЕТАННОГО АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- ослабление I и II тонов сердца;
- четвертый тон;
- аортальный тон изгнания;
- систолический и протодиастолический шум;
- + все перечисленное.

#КЛАПАННАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ:

- расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках;
- + неполного смыкания створок митрального клапана вследствие их органического изменения;
- дисфункции папиллярных мышц;
- разрыва хорды;
- кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте.

#КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА?

- систолический шум у основания сердца;
- хлопающий I тон;
- мезодиастолический шум;
- + систолический шум на верхушке.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ПОЗВОЛЯЮТ ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА СОПУТСТВУЮЩУЮ ЕМУ

МИТРАЛЬНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ?

- + высокочастотный систолический шум, непосредственно примыкающий к I тону;
- тон открытия митрального клапана;
- громкий тон.

#КАКОЙ СИМПТОМ ОБЪЕДИНЯЕТ ТАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК АНЕМИЯ, ТИРЕОТОКСИКОЗ, ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, РАЗРЫВ ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ, РЕВМАТИЧЕСКИЙ МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК?

- диастолический шум на верхушке;
- систоло-диастолический шум;
- шум Флинта;
- + систолический шум на верхушке;
- шум Грехема-Стилла.

#КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- пульсация печени;
- астеническая конституция;
- + увеличение сердца влево;
- систолическое дрожание во II межреберье справа;
- дрожание у левого края грудины.

#КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ?

- диффузный цианоз кожных покровов;
- акроцианоз;
- + бледность кожных покровов;
- симптом «Мюссе»;
- «пляска каротид».

#ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА?

- недостаточность аортального клапана;
- + стеноз устья аорты;
- недостаточность митрального клапана;
- стеноз митрального клапана;
- недостаточность трикуспидального клапана.

#КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ?

- не изменяется;

- увеличивается;
- + уменьшается.

#КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРИВЕСТИ К НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА?

- ревматизм;
- инфекционный эндокардит;
- сифилис;
- атеросклероз аорты;
- + все перечисленное.

#КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ ТИПИЧЕН ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА?

- лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатинемия;
- + лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатинемия;
- лихорадка, анемия, спленомегалия, желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз;
- лихорадка, панцитопения, гепатоспленомегалия, асцит, желтуха, носовые кровотечения;
- лихорадка, потливость, кожный зуд, увеличение лимфоузлов, гепатоспленомегалия.

#ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:

- ультразвуковое исследование часто позволяет выявить вегетации;
- вегетации обнаруживаются даже в тех случаях, когда лечение было успешным;
- эхокардиография и доплеровское исследование позволяют выявить изменения гемодинамики;
- + все верно.

#КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ПОСЕВА КРОВИ?

- пенициллин;
- + пенициллин+аминогликозиды;
- цефалоспорины;
- цефалоспорины+аминогликозиды;
- хирургическое лечение.

Раздел 2. Ревматология.

#РЕВМАТИЗМ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

- стафилококком;
- В-гемолитическим стрептококком группы С;
- пневмококком;
- + В-гемолитическим стрептококком группы А;
- возбудитель неизвестен.

#В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТИЗМА

УЧАСТВУЮТ МЕХАНИЗМЫ: а) СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ; б) ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ; в) ТОКСИКО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ; г) ИММУННЫЕ; д) АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ, ПОЗВОЛЯЕТ: а) УТОЧНИТЬ ХАРАКТЕР ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ; б) ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ РЕВМАТИЗМА; в) ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ; г) ОБНАРУЖИТЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ; д) ОПРЕДЕЛИТЬ НАРУШЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- + в, г, д.

#ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЗМ ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ:

- 1-2 года;
- + 2-3 недели;
- 4 дня;
- 5 месяцев;
- 6 недель.

#К РАННИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТИЗМА ОТНОСЯТСЯ: а) МАЛАЯ

ХОРЕЯ б) ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД АОРТОЙ; в) АРТРИТ; г) КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА; д) УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#К ПОЗДНИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТИЗМА ОТНОСИТСЯ:

- полиартрит;
- вальвулит;
- + хорея;
- кардит;
- узловатая эритема.

#ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО: а) СТОЙКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВОВ; б) НЕСТОЙКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВОВ; в) ПОРАЖЕНИЕ КРУПНЫХ И СРЕДНИХ СУСТАВОВ; г) ЛЕТУЧЕСТЬ БОЛЕЙ; д) ИЗЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ПРИЕМА НПВП. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- + в, г, д.

#ДЛЯ МАЛОЙ ХОРЕИ ХАРАКТЕРНО: а) РАЗВИТИЕ СИМПТОМОВ ЧЕРЕЗ 7-10 ДНЕЙ ПОСЛЕ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ; б) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ; в) ГИПОТОНИЯ МЫШЦ; г) СУДОРОЖНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ; д) ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО РЕВМОКАРДИТА

ХАРАКТЕРНО: а) ЭКСТРАСИСТОЛИЯ; СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ; в) НАРУШЕНИЕ ПЕРДСЕРДЦ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ; г) ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ Н ВЕРХУШКЕ; д) МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- + б, в;
- а, б, в;
- в, г, д.

#РЕВМАТИЧЕСКОМУ ЭНДОКАРДИТУ СООТВЕТСТВУЕТ: а) ВАЛЬВУЛИТ; б) ФОРМИРОВАНИЕ ПОРОКОВ; в) НАРУШЕНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ; г) ДЕФОРМАЦИЯ В СУСТАВАХ; д) ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Т НА ЭКГ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#РЕВМАТИЧЕСКОМУ МИОКАРДИТУ СООТВЕТСТВУЕТ: а) НАРУШЕНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ; б) РАСШИРЕНИЕ ПОЛОСТЕЙ СЕРДЦА; в) ДОБАВОЧНЫЙ ТРЕТИЙ ТОН; г) ФОРМИРОВАНИЕ ПОРОКОВ; д) ВАЛЬВУЛИТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- + а, б, в;
- в, г, д.

#ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ: а) СЕРОМУКОИД; б) ФИБРИНОГЕН в) СРВ; г) ЦЕРУЛОПЛАЗМИН; д) ДФА-ПРОБЫ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ

КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- + а, б, в;
- в, г, д.

#ПОРАЖЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ
ПРОЯВЛЯЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ
ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ: а) РФ;
б) ДФА-ПРОБЫ; в) ЦЕРУЛОПЛАЗМИН; г)
УСКОРЕНИЕ СОЭ; д)
ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ СДВИГ ВЛЕВО
ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- + б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ
ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ ЗАТЯЖНОМ
ТЕЧЕНИИ РЕВМАТИЗМА? а)
КОРТИКОСТЕРОИДЫ; б)
ЦИТОСТАТИКИ; в) НЕСТЕРОИДНЫЕ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
СРЕДСТВА; г) АМИНОХИНОЛОНОВЫЕ
ПРОИЗВОДНЫЕ; д) АНТИБИОТИКИ.
ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#К КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ
СУСТАВОВ ОТНОСИТСЯ
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ?

- + воспалительным;
- дегенеративным;
- метаболическим;
- реактивным;
- сочетающимся со спондилоартритом.

#КАКИЕ СУСТАВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО
ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ
АРТРИТЕ?

- дистальные межфаланговые суставы;
- + проксимальные межфаланговые суставы;

- первый пястно-фаланговый сустав;
- суставы шейного отдела позвоночника;
- суставы поясничного отдела позвоночника.

#КАКИЕ СИМПТОМЫ ИМЕЮТ
ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАННЕЙ
ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО
АРТРИТА? а) ЛАТЕРАЛЬНАЯ
ДЕВИАЦИЯ СУСТАВОВ КИСТЕЙ; б)
БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ
АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ; в)
УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ; г)
ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ; д) ОТЕК
ПРОКСИМАЛЬНЫХ
МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ.
ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- + в, г, д.

#ОБ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО
АРТРИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ: а)
УСКОРЕНИЕ СОЭ; б) УТРЕННЯЯ
СКОВАННОСТЬ БОЛЬШЕ 1 ЧАСА; в)
ПОВЫШЕНИЕ АЛТ; г) УЗЕЛКИ
ГЕБЕРДЕНА; д) ВЫСОКИЙ ТИТР АСЛ-0.
ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
ОБНАРУЖИВАЮТСЯ: а)
ПОКРАСНЕНИЕ В ОБЛАСТИ
СУСТАВОВ; б) УЗЕЛКИ БУШАРА; в)
ПАЛЫЦЫ В ВИДЕ «ШЕИ ЛЕБЕДЯ»; г)
УЛЬНАРНАЯ ДЕВИАЦИЯ ПАЛЬЦЕВ
КИСТИ; д) ХРУСТ В СУСТАВАХ.
ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- + в, г;
- а, б, в;

- в, г, д.

#ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО: а) УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТИ
б) СИММЕТРИЧНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ; в) ПОРАЖЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ; г) ВЫРАЖЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ В ОБЛАСТИ СУСТАВОВ; д) БОЛИ В СУСТАВАХ В ПЕРВУЮ ПОЛОВИНУ НОЧИ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ОТМЕТИТЬ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: а) КРОВОХАРКАНИЕ; б) ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ (БОЛЕЕ 20 МГ%); в) ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ; г) ВЫПОТНОЙ ПЛЕВРИТ; д) ОЧАГОВЫЕ ТЕНИ В ЛЕГКИХ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- + в, г, д.

#ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ: а) НАЛИЧИЕ СРБ; б) УСКОРЕНИЕ СОЭ; в) ПОВЫШЕНИЕ ЛДГ г) ЛЕЙКОЦИТОЗ; д) ТИТР АСЛ-0. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#ПРИ КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА АНАЛИЗ

МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ ТЕСТОМ?

- синдром Хаммена-Рича;
- перикардит;
- + амилоидоз;
- дигитальный ангиит.

#КАКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА. ЯВЛЯЮТСЯ ВЕРНЫМИ? а) ОТНОСИТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА; б) ВЫСОКИЕ ТИТРЫ АССОЦИИРУЮТСЯ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА; в) ИМЕЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО ВАСКУЛИТА; г) МОЖЕТ ПОЯВЛЯТЬСЯ ДО РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА; д) ОТСУТСТВИЕ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ДИАГНОЗ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- б, в;
- в, г;
- + а, б, в;
- в, г, д.

#РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ: а) ОСТЕОПОРОЗ; б) ЭРОЗИИ; в) ОСТЕОФИТОЗ; г) МЕЖПОЗВОНОЧНЫЕ ОССИФИКАТЫ; д) ОДНОСТОРОННИЙ САКРОИЛЕИТ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

#СРЕДСТВАМИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) ТАУРЕДОН (КРИЗАНОЛ); б) МЕТОТРЕКСАТ; в) АСПИРИН; г) ПРЕДНИЗОЛОН; д) ИБУПРОФЕН.

**ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- + а, б;
- б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

**#КАКОЕ СИСТЕМНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К
ГКС-ТЕРАПИИ?**

- интерстициальный нефрит;
- плеврит;
- + амилоидоз;
- интерстициальный фиброз легких;
- васкулит.

**#КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАКИ
РЕАКТИВНОГО АРТРИТА: а)
СИММЕТРИЧНЫЙ АРТРИТ МЕЛКИХ
СУСТАВОВ КИСТЕЙ; б)
АСИММЕТРИЧНЫЙ АРТРИТ
СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ;
в) ЭНТЕЗОПАТИИ; г) ДВУСТОРОННИЙ
САКРОИЛЕИТ д) СИММЕТРИЧНЫЙ
АРТРИТ СУСТАВОВ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ. ВЫБРАТЬ
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ
ОТВЕТОВ:**

- а, б;
- + б, в;
- в, г;
- а, б, в;
- в, г, д.

**#ПОРАЖЕНИЕ КАКИХ СУСТАВОВ
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
РЕАКТИВНОГО АРТРИТА а) ПЯСТНО-
ФАЛАНГОВЫЕ; б) ГОЛЕНОСТОПНЫЙ;
в) ПЛЮСНЕ-ФАЛАНГОВЫЕ; г)
ЛОКТЕВЫЕ; д) ТАЗОБЕДРЕННЫЕ.
ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- а, б;
- + б, в;

Раздел 3 Гастроэнтерология.

**#НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ
СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА
РАКОВОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ЭЗОФАГИТЕ:**

- + дисфагия;
- боль при глотании;
- икота;
- изжога;
- слюнотечение.

**#К ПРЕПАРАТАМ, СНИЖАЮЩИМ
ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ
РЕФЛЮКС, НЕ ОТНОСИТСЯ:**

- атропин;
- метацин;
- нитроглицерин;
- + координакс;
- папаверин.

**#ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ
ПИЩЕВОДА ПРОТИВОПОКАЗАН:**

- нитроглицерин;
- + мотилиум;
- нош-па;
- седативные средства;
- коринфар.

**#РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕННОЕ
ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ В
ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА
ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МОТОРИКЕ В
ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

- ахалазии пищевода;
- + склеродермии;
- диффузного спазма пищевода;
- эзофагита;
- пищевода Баррета.

**#НАЛИЧИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ
МЕТАПЛАЗИИ НИЖНЕГО
ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

- эзофагита;
- склеродермии;
- ахалазии пищевода;
- скользящей грыжи пищеводного отдела диафрагмы;
- + пищевода Баррета.

**#ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ
ПРИМЕНЯЮТ: а) НИТРОГЛИЦЕРИН; б)
МОТИЛИУМ; в) НО-ШПУ; г) ДЕНОЛ; д)
МААЛОКС; е) РАНИТИДИН. ВЫБЕРИТЕ
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ:**

- а, б, в;

- б, в, г;
- в, г, д;
- а, д, е;
- + б, д, е.

#К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- анализ желудочного сока;
- рентгенография желудка;
- гастроскопия;
- морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;
- + дуоденальное зондирование.

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

- + синдром Золлингера-Эллисона;
- язвенную болезнь с локализацией в желудке;
- язвенный колит;
- язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе;
- хронический панкреатит.

#О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА:

- лимфоцитами;
- плазматическими клетками;
- + лейкоцитами;
- эозинофилами;
- макрофагами.

#ДЛЯ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО:

- субфебрильная температура;
- умеренный лейкоцитоз;
- + диспепсический синдром;
- диарея;
- спастический стул.

#НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- острого гастрита;
- аутоиммунного гастрита;

- гранулематозного гастрита;
- болезни Менетрие;
- + хеликобактерной инфекции.

#ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ОТДЕЛЯЮЩЕГОСЯ У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОБЫЧНОМ ПИЩЕВОМ РЕЖИМЕ:

- 0,5-1,0 л;
- 1,0-1,5 л;
- + 1,5-2,0 л;
- 2,0-2,5 л;
- 2,5-3,0 л.

#КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖКТ?

- индометацин;
- вольтарен;
- реопирин;
- + мелоксикам;
- диклофенак.

#КАКОЙ ТЕСТ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА?

- базальная кислотопродукция;
- максимальная кислотопродукция;
- + уровень гастрина в крови;
- данные ЭГДС;
- биопсия слизистой оболочки желудка.

#ЧТО МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ПЕНЕТРАЦИЮ ЯЗВЫ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ? ВЕРНО ВСЕ, КРОМЕ ОДНОГО:

- усиление болевого синдрома;
- изменение характерного ритма возникновения болей;
- уменьшение ответной реакции на антациды;
- + мелена;
- появление ночных болей.

#ДЛЯ БОЛЕЗНИ УИПЛА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- диарея;
- лихорадка;
- полифекалия;

- полисерозиты;
- + нефропатия.

#ДЛЯ ЦЕЛИАКИИ СПРУ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- метеоризма;
- + лихорадки;
- поносов;
- полифекалии;
- истощения.

#УСИЛИВАЮТ ДИАРЕЮ ПРИ ЦЕЛИАКИИ СПРУ:

- мясо
- сырые овощи и фрукты;
- + белые сухари;
- рис;
- кукуруза.

#УПОТРЕБЛЕНИЕ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗЛАКОВ ИЛИ ПРОДУКТОВ ИЗ НЕГО НЕ ВЫЗЫВАЕТ УХУДШЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ЦЕЛИАКИИ СПРУ?

- пшеница;
- рожь;
- + кукуруза;
- овес;
- ячмень.

#ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ГИПЕРТОНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА?

- склеродермия;
- + ахалазия;
- хронический рефлюкс-эзофагит;
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- пищевод Баррета.

#ГАСТРИН СЕКРЕТИРУЕТСЯ:

- + антральным отделом желудка;
- фундальным отделом желудка;
- слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки;
- поджелудочной железой;
- слизистой оболочкой тощей кишки.

#ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СТИМУЛИРУЕТ:

- + гастрин;
- секретин;

- холецистокинин;
- соматостатин;
- серотонин.

#ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- гиперсекреция соляной кислоты;
- дуоденит;
- + заболевания желчного пузыря;
- хеликобактериоз;
- курение.

#ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО:

- копрологическое исследование;
- ректороманоскопия;
- + биохимическое исследование крови;
- рентгенологические данные;
- исследование желудочной секреции.

#СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЕЙ, КОТОРАЯ РАНЬШЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ НЕТРОПИЧЕСКОЙ СПРУ, ЯВЛЯЮТСЯ:

- лимфатические сосуды;
- кровеносные сосуды;
- аргентофильные клетки;
- бруннеровы железы;
- + эпителиоциты.

#С КАКИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТРУДНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ НЕТРОПИЧЕСКУЮ СПРУ?

- регионарный илеит;
- хронический панкреатит;
- + лимфосаркома;
- амилоидоз;
- экссудативная гипопропротеинемическая энтеропатия.

#ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕТРОПИЧЕСКОЙ СПРУ ЯВЛЯЕТСЯ:

- рентгенологическое исследование;
- гематологическая картина;
- абсорбционный тест;
- + гистологические изменения в кишке;
- копрологическое исследование.

#КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ МЕТОДОВ ПОМОГАЕТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ТОНКОЙ КИШКИ И НЕТРОПИЧЕСКОЙ СПРУ?

- рентгенологическое исследование;
- абсорбционные тесты;
- биопсия тонкого кишечника;
- + ответная реакция на аглютеновую диету;
- копрологическое исследование.

#ТЕСТ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К D-КСИЛОЗЕ ЗАВИСИТ ОТ:

- функции поджелудочной железы;
- функции печени;
- + всасывающей функции тонкой кишки;
- функции почек;
- желудочной секреции.

#ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- + недостаточность поджелудочной железы;
- образование конкрементов в желчном пузыре;
- потеря желчных кислот со стулом;
- диарея;
- повреждение слизистой оболочки толстой кишки.

#В ЖКТ ЖЕЛЧЬ ПОДВЕРГАЕТСЯ РЕАБСОРБЦИИ. ГДЕ ЭТО ПРОИСХОДИТ?

- в двенадцатиперстной кишке;
- в проксимальном отделе тощей кишки;
- в тощей кишке (в терминальном отделе);
- + в подвздошной кишке (в дистальном отделе);
- в толстой кишке.

#ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ОТВАР:

- + ольховых шишек;
- ромашки;
- мяты;
- цветов бессмертника;
- толокнянки.

#ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЕТСЯ:

- желудок;
- двенадцатиперстная кишка;
- проксимальный отдел тощей кишки;
- подвздошная кишка, проксимальный отдел;
- # подвздошная кишка, дистальный отдел.

#ПРИ НАЛИЧИИ ДИАРЕИ И ОТСУТСТВИИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О:

- + синдроме раздраженной кишки;
- ахлоргидрии;
- истерии;
- гранулематозном колите;
- глютенной энтеропатии.

#КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- + хронического панкреатита;
- болезни Крона;
- ишемического колита;
- синдрома раздраженной кишки;
- дискинезии желчного пузыря.

#В ЖКТ ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ ПОДВЕРГАЮТСЯ РЕАБСОРБЦИИ. ГДЕ ЭТО ПРОИСХОДИТ?

- в двенадцатиперстной кишке;
- в тощей кишке;
- в проксимальном отделе подвздошной кишки;
- + в дистальном отделе подвздошной кишки;
- в толстой кишке.

#ГАСТРИН КРОВИ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИЕМЕ:

- пищи;
- + соляной кислоты;
- антигистаминных препаратов;
- антихолинергических средств;
- желчегонных препаратов.

#ЛУЧШИЙ МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТ АХАЛАЗИИ:

- биопсия пищевода;
- эзофагоскопия;
- + рентгеноскопия;
- атропиновый тест;
- цитологические исследования.

#ЗАБОЛЕВАНИЯ,

СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ИЗЖОГОЙ, НЕ ВКЛЮЧАЮТ:

- язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки;
- высокую язву малой кривизны желудка;
- скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
- гастрит;
- + дискинезию желчного пузыря.

#ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- лихорадка;
- рвота;
- изжога;
- + ригидность передней брюшной стенки;
- гиперперистальтика.

#У ВЗРОСЛЫХ САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- рак желудка;
- + язвенная болезнь;
- гипертрофия мышц привратника;
- пролапс слизистой оболочки через пилорический канал;
- доброкачественный полип желудка.

#ПРИ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ПРИ ДРОБНОМ ПИТАНИИ ПРИВЕДЕТ:

- + к снижению агрессивности желудочного содержимого;
- к повышению агрессивности желудочного содержимого;
- агрессивность не изменится;
- к понижению сЛизисто-бикарбонатного барьера;
- к диарее.

#ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СНИЖАЕТ:

- + фамотидин;
- солкосерил;
- сайтотек;
- вентер;
- нош-па.

#МЕХАНИЗМ БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ

КИШКИ НЕ ЗАВИСИТ ОТ:

- кислотно-пептического фактора;
- спазмов в пилородуоденальной зоне;
- повышения давления в желудке и двенадцатиперстной кишке;
- глубины язвы;
- + наличия хеликобактерной инфекции.

#ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- рвота желчью;
- урчание в животе;
- + рвота съеденной накануне пищи;
- вздутие живота;
- диарея.

#ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- боли в эпигастральной области, возникающие через 2-3 часа после еды;
- диспепсические расстройства;
- + астено-вегетативные нарушения;
- иррадиация боли в правое и/или левое подреберье;
- сезонные обострения.

#ЗАНТАК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ:

- адrenoблокаторы;
- М-холиноблокаторы;
- симпатомиметики;
- блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов;
- + блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов.

Раздел 4. Пульмонология.

#Из перечисленных клинических признаков характерны для больных с синдромом бронхиальной обструкции? а) нарушение вдоха; б) нарушение выдоха; в) одышка; г) акроцианоз; д) диффузный цианоз. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) б, в, г
- 2) б, в, г, д
- 3) а, б
- 4) б, в, д
- 5) б, д

#Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции?

- 1) экспираторная
- 2) инспираторная
- 3) смешанная

#Какие из перечисленных препаратов относятся к антихолинергическим средствам? а) эуфиллин; б) платифиллин; в) адреналин; г) атропин; д) ипратропиум бромид. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, г, д
- 2) б, г, д
- 3) а, б
- 4) а, б, г
- 5) г, д

#Назовите β_2 -агонисты, которые обладают пролонгированным действием?

- 1) сальбутамол
- 2) беротек
- 3) сальметерол

#Беродуал – это:

- 1) адреномиметик
- 2) холинолитик
- 3) комбинация адреномиметика и холинолитика

#В терапии каких из перечисленных заболеваний может использоваться α_1 -антитрипсин?

- 1) сердечная астма
- 2) синдром бронхиальной обструкции токсического генеза
- 3) эмфизема легких
- 4) лимфогранулематоз
- 5) эхинококкоз легких

#Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это:

- 1) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
- 2) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
- 3) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе

#Какое изменение индекса Тиффно характерно для обструктивных заболеваний легких?

- 1) снижение

- 2) увеличение

#Какое изменение индекса Тиффно характерно для рестриктивных заболеваний легких?

- 1) снижение
- 2) увеличение

#Какой механизм действия ингаляционных глюкокортикостероидов?

- 1) дилатация бронхов
- 2) противовоспалительное действие на слизистую оболочку бронхов
- 3) адреномиметическое действие
- 4) антихолинергическое действие

#Какие побочные явления развиваются при использовании ингаляционными глюкокортикоидами в обычных дозах?

а) кандидоз ротоглотки; б) язвы желудочно-кишечного тракта; в) дисфония; г) стероидный диабет; д) частые инфекции носоглотки. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в
- 2) а, б, г, д
- 3) все ответы правильные
- 4) а, д
- 5) а, б, д

#Какой аускультативный признак характерен для бронхиальной астмы?

- 1) влажные хрипы
- 2) сухие хрипы на вдохе
- 3) сухие хрипы на выдохе

#Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеют:

- 1) острые заболевания дыхательной системы
- 2) хронические болезни бронхолегочного аппарата
- 3) функциональное перенапряжение аппарата дыхания
- 4) возрастная инволюция эластической ткани легких
- 5) дефицит α_1 -антитрипсина

#Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеют:

- 1) дефицит α_1 -антитрипсина

- 2) острые болезни аппарата дыхания
- 3) хронические болезни бронхолегочного аппарата
- 4) функциональное перенапряжение аппарата дыхания
- 5) деградация эластической ткани легкого

#Какие заболевания могут приводить к формированию легочного сердца?

- 1) хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма
- 2) силикоз, фиброзирующий альвеолит
- 3) ожирение, первичная эмфизема легких
- 4) правильно 1 и 3
- 5) все ответы правильные

#У больного с хроническим легочным сердцем могут наблюдаться все признаки, кроме:

- 1) одышка
- 2) тахипноэ
- 3) цианоз
- 4) ритм перепела
- 5) акцент 2 тона над легочной артерией

#Эхокардиографически при легочном сердце обнаруживают:

- 1) гипертрофию и дилатацию правых отделов сердца
- 2) гипертрофию и дилатацию левых отделов сердца
- 3) дилатацию всех камер сердца
- 4) гипертрофию левого желудочка
- 5) дилатацию левого желудочка

#Женщину 35 лет, принимающую оральные контрацептивы более года, в течение 3-х дней беспокоит одышка, субфебрильная температура тела, мокрота при кашле с прожилками крови, боль в левой половине грудной клетки. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) острый коронарный синдром
- 2) спонтанный пневмоторакс
- 3) тромбоэмболия легочной артерии
- 4) пневмония
- 5) бронхоэктатическая болезнь

#При каких состояниях может появиться плевральный выпот? а) деструктивный панкреатит; б) цирроз печени с портальной гипертензией; в) поддиафрагмальный

абсцесс; г) дивертикулёз тонкого кишечника; д) опухоль яичников. Выберите правильную комбинацию:

- 1) а, б, в, д
- 2) в, д
- 3) а, в, д
- 4) все ответы правильные
- 5) г, д

#При каких заболеваниях чаще всего обнаруживают геморрагический плеврит?

а) туберкулез; б) опухоль; в) травма грудной клетки; г) тромбоэмболия легочной артерии. Выберите правильную комбинацию:

- 1) а, б, в, г
- 2) а, б
- 3) а, б, г
- 4) а, г
- 5) б, в, г

#Для какого заболевания наиболее характерны лимфоцитарный состав и незначительное количество мезотелиальных клеток в экссудате?

- 1) туберкулез
- 2) опухоль
- 3) ревматоидный артрит
- 4) лимфолейкоз
- 5) пневмония

#К критериям экссудата относятся:

- 1) удельный вес более 1015
- 2) удельный вес менее 1015
- 3) положительная проба Ривальта
- 4) правильно 1 и 3
- 5) правильно 2 и 3

Раздел 5. Нефрология.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- гиперальбуминемия;
- дислипидемия;
- + гиперкреатининемия;
- уробилинурия;
- гипербилирубинемия.

#ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ УРЕМИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА: а) ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА; б)

БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА; в) ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА; г) ТАХИКАРДИЯ; д) НАКОПЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- все ответы правильные;
- в, д;
- б, в, г, д;
- а, в, д;
- + в, г.

#ПРИЧИНЫ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: а) ГЕМОЛИЗ; б) ДЕФИЦИТ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ; в) ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА; г) НЕДОСТАТОК ЭРИТРОПОЭТИНА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, г;
- + а, б, в, г;
- а, б, г;
- а, в, г;
- б, в, г.

#ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ? а) ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ; б) ТРОМБОЦИТОПАТИЯ; в) СНИЖЕНИЕ ПРОТРОМБИНА; г) СНИЖЕНИЕ 4 ФАКТОРА, ТРОМБОЦИТОВ; д) ГИПЕРКАЛИЕМИЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- в, д;
- в, г, д;
- а, в, д;
- а, в, г, д;
- + а, б, г.

#ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОГО АППАРАТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: а) ГИПЕРОСТОЗ; б) ОСТЕОМАЛЯЦИЯ; в) ОСТЕОПОРОЗ; г) ОСТЕОСКЛЕРОЗ; д) ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- б, в, д;

- в, д;
- а, д;
- + б, в, д;
- а, г.

#УРОВЕНЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- 40 мл/мин;
- 30 мл/мин;
- 20 мл/мин;
- 15 мл/мин;
- + 5 мл/мин.

#ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- от повышения прямого билирубина;
- от повышения непрямого билирубина;
- + от нарушения выделения урохромов;
- от нарушения конъюгированного билирубина;
- от нарушения секреции билирубина.

#ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: а) ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА; б) АНТИБИОТИКИ; в) СТЕРОИДНЫЕ ГОРМОНЫ; г) КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИЕ МОЧЕГОННЫЕ; д) АНАБОЛИЧЕСКИЕ ГОРМОНЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- все ответы правильные;
- в, д;
- а, в, д;
- б, в, д;
- + а, б, в, д.

#КАКИЕ АНТИБИОТИКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ? а) ТЕТРАЦИКЛИН; б) ПЕНИЦИЛЛИН; в) ОКСАЦИЛЛИН; г) ГЕНТАМИЦИН; д) СТРЕПТОМИЦИН. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- г, д;
- а, б;
- + б, в;
- в, г, д;
- а, г.

#КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ? а) ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ СРЕДСТВА; б) НИТРОФУРАНЫ; в) ГЕНТАМИЦИН; г) ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ; д) ЦЕФАЛОСПОРИНЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б, в;
- г, д;
- а, в;
- б, д;
- а, б, д.

#КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ КАЛОРИЙНОСТЬ СУТОЧНОГО РАЦИОНА, НАЗНАЧАЕМОГО БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЧТОБЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ РАСПАД СОБСТВЕННОГО БЕЛКА?

- 1200-1800 ккал;
- 1800-2200 ккал;
- 2200-2500 ккал;
- + 2500-3000 ккал;
- 3000-3500 ккал.

#КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ГЕМОДИАЛИЗЕ? а) ПЕРИКАРДИТ; б) НЕВРИТЫ; в) АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ; г) ОСТЕОДИСТРОФИИ; д) ИНФЕКЦИИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- г, д;
- + а, б, г, д;
- а, г, д;
- а, в, д;
- б, г.

#КАКАЯ ГРУППА АНТИБИОТИКОВ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ ОСТРУЮ

ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ?

- пенициллины;
- цефалоспорины;
- + аминогликозиды;
- макролиды;
- тетрациклин.

#ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ: а) ПОТЕРЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО Са; б) ПРЕПЯТСТВИЕ СИНТЕЗУ ПРОСТАГЛАНДИНОВ; в) МАССИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ; г) НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ; д) СНИЖЕНИЕ ПОЧЕЧНОГО КРОВотоКА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- а, б, д;
- а, б, в, д;
- г, д;
- + б, д.

#ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ: а) ОТЕК ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ; б) ОБТУРАЦИЯ КАНАЛЬЦЕВ БЕЛКОВЫМИ МАССАМИ; в) МАССИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ; г) НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ; д) ПОВЫШЕНИЕ ВЯЗКОСТИ КРОВИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б;
- все ответы правильные;
- г, д;
- б, г;
- б, г, д.

#ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНЬЮ: а) ПРОРАСТАНИЕ МОЧЕТОЧНИКОВ ОПУХОЛЕВЫМИ МАССАМИ; б) ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ; в) БЛОКАДА КАНАЛЬЦЕВ БЕЛКОВЫМИ ЦИЛИНДРАМИ; г) БЛОКАДА КАНАЛЬЦЕВ УРАТАМИ. ВЫБЕРИТЕ

ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ
ОТВЕТОВ:

- а, б;
- а, б, в;
- а, б, в, г;
- б, в, г;
- + б, в.

#ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА
ПОЧЕЧНЫХ ВЕН: а) ПОВЫШЕНИЕ
ТЕМПЕРАТУРЫ; б) БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ;
в) ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА; г) ПОЧКА
УМЕНЬШЕНА В РАЗМЕРАХ; д) ПОЧКА
УВЕЛИЧЕНА В РАЗМЕРАХ. ВЫБЕРИТЕ
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ
ОТВЕТОВ:

- а, б, д;
- а, б, г;
- а, б;
- б, в;
- + а, б, в, д.

#ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ
ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОПН: а)
АНОРЕКСИЯ; б) ВЗДУТИЕ
КИШЕЧНИКА; в) ГИПЕРКАЛИЕМИЯ; г)
ГИПОКАЛИЕМИЯ; д) АЗОТЕМИЯ.
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- в, д
- а, в, д;
- б, в, д;
- г, д;
- + а, б, в, д.

#ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ,
УКАЗЫВАЮЩИЕ НА ЯВЛЕНИЯ
ГИПЕРГИДРАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ
ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- повышение ионов натрия в плазме крови;
- + снижение ионов натрия в плазме крови;
- повышение ионов калия в плазме крови;
- снижение ионов калия в плазме крови;
- снижение ионов кальция в плазме крови.

#УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ, ПРИ КОТОРОМ
ПРОВОДЯТ ГЕМОДИАЛИЗ:

- 10 ммоль/л;
- 15 ммоль/л;
- 18 ммоль/л;
- 21 ммоль/л;

+ 24 ммоль/л.

Раздел 6. Профессиональные болезни.
УКАЖИТЕ ПАТОГЕНЕЗ АНЕМИИ ПРИ
СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ:

- недостаток железа в организме;
- угнетение функции кроветворения;
- кровопотери;
- + нарушение синтеза порфиринов;
- дефицит витамина В1 ;

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ
ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ
ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ
ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ? а)
ГИПОХРОМИЯ ЭРИТРОЦИТОВ; б)
ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ
КРОВИ; в) ТРОМБОЦИТОПЕНИИ г)
РЕТИКУЛОЦИТОЗ; д) УВЕЛИЧЕНИЕ
КОЛИЧЕСТВА БАЗОФИЛЬНО-
ЗЕРНИСТЫХ ЭРИТРОЦИТОВ.
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ: - а, б;

- б, г;
- + а, б, г, д;
- б, г, д;
- а, б, д.

#КАКИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
БЕНЗОЛОМ? а) АСТЕНИЧЕСКИЙ; б)
ПОЛИНЕВРИТ; в) ДИЭНЦЕФАЛЬНЫЙ; г)
ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ; д)
ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ. ВЫБЕРИТЕ
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ
ОТВЕТОВ: - а, д;

- + а, б, д;
- б, г, д;
- в, д;
- а, б, г.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ
СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ
ИНТОКСИКАЦИИ МАРГАНЦЕМ? а)
ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ; б)
СУХОСТЬ ВО РТУ; в) СЛАБОСТЬ; г)
СОНЛИВОСТЬ; д)
РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ. ВЫБЕРИТЕ
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ
ОТВЕТОВ:

- а, г;
- б, г;
- б, в, д;
- + а, в, г;
- б, д.

#КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАРГАНЦЕВОГО ПАРКИНСОНИЗМА? а) НАРУШЕНИЕ ПОХОДКИ; б) ПОВЫШЕНИЕ ПЛАСТИЧЕСКОГО ТОНУСА МЫШЦ; в) ЭКСТРАПИРАМИДНЫЙ ГИПЕРКИНЕЗ; г) СНИЖЕНИЕ КОРНЕАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА; д) АГРЕССИВНОСТЬ В ПОВЕДЕНИИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б, в;
- б, г;
- а, в;
- а, б, г, д;
- а, в, д.

#ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОГО С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (АТОПИЧЕСКОЙ):

- + нуждается в трудоустройстве, переводе на "свежую" струю, вне контакта с производственным фактором;
- трудоспособен в своей профессии при динамическом наблюдении профпатолога;
- нуждается в определении группы инвалидности.

#К МЕСТАМ ВОЗМОЖНОГО ДЕПОНИРОВАНИЯ БЕРИЛЛИЯ ОТНОСЯТСЯ: а) ЛЕГКИЕ; б) ПЕЧЕНЬ; в) КОСТИ; г) ВОЛОСЫ; д) НЕРВНАЯ ТКАНЬ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в;
- б, г, д;
- + а, б, в;
- г, д;
- д.

#НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ: а) АНАЛИЗ МОКРОТЫ; б)

БРОНХОСКОПИЯ; в) КОЖНЫЕ ПРОБЫ; г) ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ; д) РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЛЕГКИХ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в;
- + б, г;
- б, д;
- а, в, д;
- б, г, д.

#КАКИЕ ЖАЛОБЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ СИЛИКОЗОМ? а) ОДЫШКА; б) ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА; в) КАШЕЛЬ; г) БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ; д) БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, б;
- в, г;
- д;
- + а, в, г;
- а, б, д.

#КАКИЕ ОСНОВНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИЛИКОЗА? а) ДВУСТОРОННЕЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ОЧАГОВ; б) ОДНОСТОРОННЕЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ОЧАГОВ; в) СИММЕТРИЧНОСТЬ; г) ПОЛИМОРФНОСТЬ; д) МОНОМОРФНОСТЬ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в;
- б, г;
- б, г, д;
- в, г, д;
- + а, в, д.

#КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РТУТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ? а) ПАРКИНСОНИЗМ; б) "ЭРЕТИЗМ"; в) СНИЖЕНИЕ КРИТИКИ К СВОЕМУ БОЛЕЗНЕННОМУ СОСТОЯНИЮ; г) АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ; д) ВЕГЕТОСОСУДИСТАЯ ДИСФУНКЦИЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ

ОТВЕТОВ:

- а, в;
- + б, д;
- а, в, г;
- б, в, г;
- в, г, д.

#В КАКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ ВСТРЕЧАЮТСЯ БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ РТУТНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ? а) ПРОИЗВОДСТВО ТЕРМОМЕТРОВ, АРЕОМЕТРОВ, МАНОМЕТРОВ; б) ПРОИЗВОДСТВО ЛАКОВ И КРАСОК; в) ИЗГОТОВЛЕНИЕ РАДИОВАКУУМНЫХ АППАРАТОВ, РЕНТГЕНОВСКИХ ТРУБОК; г) ИЗГОТОВЛЕНИЕ ЛИГИРОВАННОЙ СТАЛИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, г;
- б, г;
- + а, в;
- б, в, г;
- а, в, г.

#УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ: а) АНГИОДИСТОНИЧЕСКИЙ; б) АНГИОСПАСТИЧЕСКИЙ; в) ВЕГЕТОСЕНСОРНАЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ; г) ВЕГЕТОМИОФАСЦИТ; д) ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, д;
- а, б, в;
- а, г, д;
- б, г, д;
- + все ответы правильные.

#КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИСПОЛЗУЮТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ? а) ПАЛЛЕСТЕЗИОМЕТРИЯ; б) АЛГЕЗИМЕТРИЯ; в) ЭХОКАРДИОГРАФИЯ; г) РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЛЕГКИХ; д) КАПИЛЛЯРОСКОПИЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ

- а, б;
- + а, б, д;
- а, в, д;
- а, в, г;
- б, г, д.

#КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛИГАМЕНТИТА ТЫЛЬНОЙ СВЯЗКИ ЗАПЯСТЬЯ ПО ХОДУ I ПАЛЬЦА (БОЛЕЗНЬ ДЕ КЕРВЕНА)? а) СЛАБОСТЬ В РУКЕ; б) ГИПЕРТЕНЗИЯ; в) СИМПТОМ ЭЛЬКИНА; г) ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ; д) СИМПТОМ ФИНКЕЛЬСТАЙНА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, в, д;
- б, д;
- а, г, д;
- а, в, г;
- б, г, д.

#ОСНОВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ, НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ: а) НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФПАТОЛОГА (РУКОВОДИТЕЛЯ МСЧ, ПОЛИКЛИНИКИ) С УКАЗАНИЕМ ЦЕЛИ КОНСУЛЬТАЦИИ; б) КОПИЯ ТРУДОВОЙ КНИЖКИ; в) САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА; г) ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА; д) ПОДРОБНАЯ ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО С РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ВЫПИСКИ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ, ЕСЛИ БОЛЬНОЙ НАХОДИЛСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- а, б, д;
- а, г, д;
- а, в, г;

+ а, б, в, д.

#САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ УСЛОВИЙ ТРУДА СОСТАВЛЯЕТ:

- администрация предприятия;
- представитель профкома предприятия;
- инспектор по технике безопасности;
- + санитарный врач по гигиене труда центра госсанэпиднадзора;
- цеховой врач.

#К КАТЕГОРИИ СОБСТВЕННО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ а) АНТРАКОЗ; б) ЭКЗЕМА; в) ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ; г) ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ; д) ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- а, б, д;
- а, г, д;
- + а, г;
- б, г, д.

#ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ГИПОПЛАСТИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ, МОГУТ БЫТЬ: а) СЕРОУГЛЕРОД; б) ИОНИЗИРУЮЩЕЕ ИЗЛУЧЕНИЕ; в) ЭЛЕКТРОСВАРОЧНАЯ АЭРОЗОЛЬ; г) БЕНЗОЛ; д) МЫШЬЯК. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- + б, г;
- а, г, д;
- а, в;
- б, г, д.

#НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ТИПУ АТОПИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ: а) СИМПТОМЫ ЭКСПОЗИЦИИ; б) НЕОТЯГОЩЕННЫЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ; в) СИМПТОМЫ ЭЛИМИНАЦИИ; г) ВЫРАЖЕННАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ; д)

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВОКАЦИОННОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ;

- а, в, д;
- а, б, д;
- + а, б, в, д;
- а, в, г;
- б, г, д.

#КАКИЕ НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НУЖНО ПРОВЕСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ МОНООКСИДОМ УГЛЕРОДА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ? а) ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОЛНОГО ПОКОЯ; б) ИНГАЛЯЦИИ КИСЛОРОДА; в) ИНЪЕКЦИИ ЦИТОХРОМА С; г) ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ; д) ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- + а, в, г;
- а, г, д;
- а, б, г;
- б, г, д.

#К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МОНООКСИДОМ УГЛЕРОДА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ МОЖНО ОТНЕСТИ: а) ПОТЕРЮ СОЗНАНИЯ НА НЕСКОЛЬКО СЕКУНД ИЛИ МИНУТ; б) ВЫРАЖЕННУЮ ОБЩУЮ И МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ; в) РОЗОВУЮ ОКРАСКУ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, КАРБОКСИГЕМОГЛОБИН КРОВИ - 40%; г) ТАХИКАРДИЯ И ТАХИПНОЭ; д) СУДОРОГИ ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- + а, б, в, г;
- а, б, д;
- а, г, д;
- а, в, г;
- б, г, д.

#УКАЖИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА) ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ

(ПРИ ГИПОКАПНИЧЕСКОМ ТИПЕ ГИПОКСИИ):

- оксигенотерапия;
- противовоспалительная терапия;
- + кровопускание;
- глюкокортикоиды;
- диуретические препараты.

#В СЛУЧАЕ ПОЛНОЙ ОБРАТИМОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ТЕТРАЭТИЛСВИНЦОМ ПРАВИЛЬНЫМ ЭКСПЕРТНЫМ РЕШЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- + трудоспособен;
- нуждается в предоставлении дополнительного больничного листа;
- ограниченно трудоспособен, нуждается в рациональном трудоустройстве;
- нетрудоспособен.

#В БОЛЬНИЦУ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ, РАБОЧИЙ БЕНЗОСМЕСИТЕЛЬНОЙ СТАЦИИ, В СОСТОЯНИИ СПУТАННОГО СОЗНАНИЯ. БОЛЬНОЙ ВЫСКАЗЫВАЛ БРЕДОВЫЕ ИДЕИ, ИМЕЛИ МЕСТО СЛУХОВЫЕ И ЗРИТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, ВРЕМЕНАМИ АГРЕССИВЕН, НЕДОВЕРЧИВ К ОКРУЖАЮЩИМ, ПЫТАЛСЯ БЕЖАТЬ, СОПРОТИВЛЯЕТСЯ ОБСЛЕДОВАНИЮ. ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОЙ УСПОКОИЛСЯ. ИЗ АНАМНЕЗА ИЗВЕСТНО: ИМЕЛ КОНТАКТ С ЭТИЛИРОВАННЫМ БЕНЗИНОМ. ОБЪЕКТИВНО: НИСТАГМ, ЛЕГКАЯ АСИММЕТРИЯ НОСОГУБНЫХ СКЛАДОВ, СИМПТОМ БАБИНСКОГО И РОССОЛИМО С ОБЕИХ СТОРОН. ПОХОДКА АТАКСИЧЕСКАЯ. НЕ УСТОЙЧИВ В ПОЗЕ РОМБЕРГА, ВЫРАЖЕННЫЙ ТРЕМОР ПАЛЬЦЕВ РУК. ГИПЕРГИДРОЗ, ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ. АД 100/50 ММ РТ.СТ. ЧСС - 52 УДАРА В 1 МИНУТУ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- шизофрения;
- + острая интоксикация тетраэтилсвинцом;
- пищевое отравление;
- алкогольный делирий.

#КАКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕСТИЦИДОВ (ЯДОХИМИКАТОВ)

ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

- по патогенезу развития синдромов;
- по путям введения и выведения из организма;
- + по химической структуре.

#КАКИЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ ПЕСТИЦИДАМИ? а) ГИПОТАЛАМО-СТВОЛОВЫЕ ОТДЕЛЫ МОЗГА; б) ПОЧКИ; в) ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ; г) ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ; д) КОЖА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- а, б, д;
- а, г, д;
- а, в, г;
- + а, в, г, д.

#КАКОВА КЛИНИКА ИНТОКСИКАЦИЙ ФОСФОРСОДЕРЖАЩИМИ ПЕСТИЦИДАМИ (ФОС)? а) ЛАРИНГОФАРИНГОТРАХЕОБРОНХИТ; б) МИОЗ; в) СТОМАТИ ГЛОССИТ; г) БРОНХОРЕЯ; д) МИДРИАЗ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- + б, г, д;
- а, г, д;
- а, в, г;
- б, в, д.

#КАКОВА КЛИНИКА ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРСОДЕРЖАЩИМИ ПЕСТИЦИДАМИ (ХОС)? а) МИДРИАЗ; б) БРОНХОРЕЯ; в) РИНИТ; г) БЛЕФАРОСПАЗМ; д) ЛАРИНГОФАРИНГОТРАХЕОБРОНХИТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- а, в, д;
- а, б, д;
- + в, г, д;
- а, в, г;
- б, г, д.

#КАК РЕШАЮТСЯ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

ПРИ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ
ЯДОХИМИКАТАМИ? а)
УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ
ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ СРЕДНЕЙ
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИНТОКСИКАЦИИ;
б) ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ
ИНТОКСИКАЦИИ МОЖЕТ
ПРИСТУПИТЬ К СВОЕЙ РАБОТЕ ЧЕРЕЗ
2-3 НЕДЕЛИ; в) УСТАНОВЛЕНИЕ
ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТЯЖЕЛОЙ
ИНТОКСИКАЦИИ ПЕСТИЦИДАМИ.
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ
КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ?

- а, в;
- а, б;
- а;
- + б, в;
- б.

Блок Педиатрия:

Вариант 1

1. Новорожденным ребенок считается:

- а) с момента рождения до 3 месяцев жизни;
- б) с момента рождения до 36 нед. возраста;
- в) с момента рождения до 28 дневного возраста.
- г) с момента рождения до 3 нед. возраста
- д) с момента рождения до 2 нед. возраста

2. Все нижеперечисленное входит в оценку по шкале Апгар, кроме:

- а) ЧСС;
- б) мышечный тонус;
- в) АД;
- г) цвет кожных покровов;
- д) рефлекторная возбудимость.

3. Доношенным новорожденным считается при наличии следующих признаков. кроме:

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) упругих хрящей ушных раковин и носа;
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

Вариант 2

1. К недоношенному можно отнести ребенка, родившегося:

- а) на 38-40 неделе беременности;
- б) на 28-38 неделе беременности;
- в) больше 42 недель беременности.
- г) на 25-27 неделе беременности
- д) на 15-17 неделе беременности

2. Обработка кожи новорожденного проводится:

- а) 1-2 раза в неделю;
- б) ежедневно;
- в) через день.
- г) 2 раза в день
- д) через 2 дня

3. Какая температура должна быть в комнате при купании:

- а) 37-38⁰ С;
- б) 22-23⁰ С;
- в) 15-20⁰ С.
- г) 25-30⁰ С
- д) 18-20⁰ С

Вариант 3

1. Недоношенный ребенок имеет следующие отличительные признаки кроме:

- а) обильный первородный пушок (лануго);

- б) зияние половой щели у девочек;
- в) ногти доходят до кончиков пальцев;
- г) дряблая, морщинистая кожа
- д) хорошо развитый подкожно-жировой слой

2. Гигиенические ванны детям 1-го месяца жизни проводят:

- а) кипяченой водой с температурой 37-37,5⁰ С;
- б) кипяченой водой, имеющей температуру 28-30⁰ С;
- в) проточной водой при температуре 32-35⁰ С.
- г) проточной водой при температуре 30-32⁰ С.
- д) кипяченой водой, имеющей температуру 35-34⁰ С;

3. К пограничным состояниям новорожденного относят:

- а) физиологическую желтуху;
- б) родовую травму;
- в) половой криз;
- г) стигмы дизэмбриогенеза.
- д) гемолитическую болезнь новорожденного

Вариант 4

1. Переношенным новорожденным считается ребенок, имеющий:

- а) сухую, пергаментную кожу;
- б) ногти, достигающие до конца пальцев;
- в) зеленоватый цвет кожи;
- г) ногти на пальцах удлинены
- д) размягчение костей черепа.

2. Обработка глаз проводится:

- а) кипяченой водой разными ватными тампонами;
- б) 2% раствором перманганата калия разными тампонами;
- в) проточной водой одним ватным тампоном.
- г) проточной водой разными ватными тампонами
- д) 2% раствором перманганата калия одним тампоном

3. Гигиенические ванны новорожденному проводятся:

- а) через 1 час после кормления;
- б) непосредственно перед кормлением;
- в) за 40-50 минут перед кормлением.
- г) через 2 часа после кормления
- д) за 3 часа до кормления

Вариант 5

1. Оценка каждого клинического признака по шкале Апгар проводится по:

- а) 10-бальной системе;
- б) 2-х бальной системе;
- в) 5-ти бальной системе;
- г) 3-х бальной системе

д) 6-ти бальной системе

2. Гигиенические ванны новорожденному проводятся:

- а) через 1 час после кормления;
- б) непосредственно перед кормлением;
- в) за 40-50 минут перед кормлением.
- г) через 2 часа после кормления
- д) за 3 часа до кормления

3. Для физиологической желтухи новорожденного характерно:

- а) длительность не более недели;
- б) появление через час после рождения;
- в) длительность около 1 месяца;
- г) транзиторная недостаточность глюкоронилтрансферазы;
- д) появление на 2-3 день после рождения

Вариант 6

1. К пограничным (транзиторным) состояниям новорожденных относят:

- а) гемолитическую болезнь;
- б) геморрагическую болезнь
- в) половой криз;
- г) физиологическую желтуху;
- д) родовую травму

2. Обработка кожи новорожденному проводится:

- а) 1-2 раза в неделю;
- б) ежедневно;
- в) через день.
- г) 2 раза в день
- д) через 2 дня

3. Новорожденным ребенок считается:

- а) с момента рождения до 3 месяцев жизни;
- б) с момента рождения до 36 нед. возраста;
- в) с момента рождения до 28 дневного возраста.
- г) с момента рождения до 3 нед. возраста
- д) с момента рождения до 2 нед. возраста

Вариант 7

1. Для физиологической желтухи новорожденного характерно:

- а) длительность не более недели;
- б) появление через час после рождения;
- в) длительность около 1 месяца;
- г) транзиторная недостаточность глюкоронилтрансферазы;
- д) появление на 2-3 день после рождения

2. Гигиенические ванны новорожденному проводятся:

- а) через 1 час после кормления;

- б) непосредственно перед кормлением;
- в) за 40-50 минут перед кормлением.
- г) через 2 часа после кормления
- д) за 3 часа до кормления

3. Все нижеперечисленное входит в оценку по шкале Апгар, кроме:

- а) ЧСС;
- б) мышечный тонус;
- в) АД;
- г) цвет кожных покровов;
- д) рефлекторная возбудимость.

Вариант 8

1. К пограничным состояниям новорожденного относят:

- а) физиологическую желтуху;
- б) родовую травму;
- в) половой криз;
- г) стигмы дизэмбриогенеза.
- д) гемолитическую болезнь новорожденного

2. Какая температура должна быть в комнате при купании:

- а) 37-38⁰ С;
- б) 22-23⁰ С;
- в) 15-20⁰ С.
- г) 25-30⁰ С
- д) 18-20⁰ С

3. К недоношенному можно отнести ребенка, родившегося:

- а) на 38-40 неделе беременности;
- б) на 28-38 неделе беременности;
- в) больше 42 недель беременности.
- г) на 25-27 неделе беременности
- д) на 15-17 неделе беременности

Вариант 9

1. Новорожденным ребенок считается с момента рождения до:

- а) 6-ти месячного возраста;
- б) 2-х месяцев жизни;
- в) 28 дней жизни;
- г) 36 дней жизни.
- д) 2-х недельного возраста

2. Доношенным новорожденным считается при наличии :

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) сухой, пергаментной кожи;
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

3. Обработка глаз проводится:

- а) кипяченой водой разными ватными тампонами;
- б) 2% раствором перманганата калия разными тампонами;
- в) проточной водой одним ватным тампоном.
- г) проточной водой разными ватными тампонами
- д) 2% раствором перманганата калия одним тампоном

Вариант 10

1. Доношенным новорожденный считается при наличии следующих признаков, кроме:

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) бархатистой кожи
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

2. Гигиенические ванны новорожденному проводят:

- а) спустя месяц после выписки из род. дома;
- б) после отпадения пуповинного остатка;
- в) на 2-3 сутки после рождения.
- г) на 1-2 сутки после рождения
- д) на 5-6 сутки после рождения

3. Новорожденным ребенок считается с момента рождения до:

- а) 6-ти месячного возраста;
- б) 2-х месяцев жизни;
- в) 28 дней жизни;
- г) 36 дней жизни.
- д) 2-х недельного возраста

Вариант 11

1. Транзиторная гипертермия появляется на:

- а) 1-2-й день жизни
- б) 3-5-й день жизни
- в) 5-6-й день жизни
- г) 7-8-й день жизни
- д) 10-й день жизни

2. Первичный патронаж новорожденного педиатром проводится на:

- а) 1-2 день после выписки из родильного дома
- б) 3-4 день после выписки из родильного дома
- в) 4-5 день после выписки из родильного дома
- г) 5-6 день после выписки из родильного дома
- д) через 2 недели после выписки из родильного дома

3. Доношенным новорожденный считается при наличии следующих признаков, кроме:

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) бархатистой кожи
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

Вариант 12

1. К транзиторным изменениям кожи относятся:

- а) физиологический катар
- б) физиологическое шелушение
- в) родовая опухоль
- г) физиологическая желтуха
- д) везикулярная сыпь

2. Третий патронаж новорожденного педиатром проводится на:

- а) 10-12 день жизни
- б) 14-15 день жизни
- в) 20-21 день жизни
- г) 24-25 день жизни
- д) 28-29 день жизни

3. Все нижеперечисленное входит в оценку по шкале Апгар, кроме:

- а) ЧСС;
- б) мышечный тонус;
- в) АД;
- г) цвет кожных покровов;
- д) рефлекторная возбудимость.

Вариант 13

1. Развитие транзиторной гипертермии связано с :

- а) обезвоживанием
- б) гипернатриемией
- в) гипокальциемией
- г) охлаждением
- д) гиперазотемией

2. Обработка глаз проводится:

- а) кипяченой водой разными ватными тампонами;
- б) 2% раствором перманганата калия разными тампонами;
- в) проточной водой одним ватным тампоном.
- г) проточной водой разными ватными тампонами
- д) 2% раствором перманганата калия одним тампоном

3. Новорожденным ребенок считается с момента рождения до:

- а) 6-ти месячного возраста;
- б) 2-х месяцев жизни;
- в) 28 дней жизни;
- г) 36 дней жизни.
- д) 2-х недельного возраста

Вариант 14

1. Особенности метаболической адаптации новорожденного к условиям внеутробной жизни являются, кроме:

- а) катаболическая направленность белкового обмена
- б) снижение уровня калия
- в) активирование гликогенолиза и липолиза
- г) тенденция к гипогликемии и гиперкетонемии

д) гипербилирубинемия

2. Первичный патронаж новорожденного педиатром проводится на:

- а) 1-2 день после выписки из родильного дома
- б) 3-4 день после выписки из родильного дома
- в) 4-5 день после выписки из родильного дома
- г) 5-6 день после выписки из родильного дома
- д) через 2 недели после выписки из родильного дома

3. Доношенным новорожденным считается при наличии следующих признаков, кроме:

- а) пушковых волос на туловище;
- б) первородной смазки на теле;
- в) бархатистой кожи
- г) хорошо развитого подкожно-жирового слоя
- д) утолщенных костей черепа.

Вариант 15

1. Возникновение мочекишечного инфаркта обусловлено:

- а) распадом клеточных элементов
- б) повышением основного обмена
- в) сгущением крови
- г) низкой активностью глюкокортиколтрансферазы
- д) гипербилирубинемией

2. Переношенным новорожденным считается ребенок, имеющий:

- а) сухую, пергаментную кожу;
- б) ногти, достигающие до конца пальцев;
- в) зеленоватый цвет кожи;
- г) ногти на пальцах удлинены
- д) размягчение костей черепа.

3. Какая температура должна быть в комнате при купании:

- а) 37-38⁰ С;
- б) 22-23⁰ С;
- в) 15-20⁰ С.
- г) 25-30⁰ С
- д) 18-20⁰ С

Эталонные ответы к тестовому контролю по теме: Особенности новорожденных и уход за ними

Билет 1

1-в; 2-в; 3-д

Билет 2

1-а; 2-б; 3-б

Билет 3

1-в,д; 2-а; 3-а,в

Билет 4

1-а,г; 2-а; 3-б

Билет 13

Билет 5

1-б, 2-б; 3-а,г;

Билет 6

1-в,г; 2-б; 3-в;

Билет 7

1-а,г; 2-в; 3-в;

Билет 8

1-а,в; 2-б; 3-б;

Билет 14

Билет 9

1-в; 2-а,б,г; 3-а;

Билет 10

1-б; 2-б; 3-в;

Билет 11

1-б; 2-а; 3-д;

Билет 12

1-а,б,в; 2-в; 3-в;

Билет 15

1-а,б; 2-а; 3-в;

1-б; 2-а; 3-д;

1-а,б,в; 2-а,г; 3-б;

Тестовый контроль по теме: «Особенности нервной у детей. Физическое и нервно-психическое развитие детей»

Вариант 1.

1.Критериями оценки биологического возраста детей являются:

- а) пропорции тела
- б) число ядер окостенения
- в) показатели роста и массы
- г) вторичные половые признаки
- д) психо-моторное развитие

2.У детей первого года жизни индекс Чулицкой составляет:

- а) 20-25
- б) 15-20
- в) 10-15
- г) 5-8
- д) 30-40

3.Краниосиностоз это:

- а) раннее сращение лобных костей
- б) преждевременное зарастание черепных швов
- в) преждевременное зарастание венечных швов
- г) преждевременное зарастание малого родничка
- д) преждевременное зарастание большого родничка

Вариант 2.

1.Критериями оценки биологического возраста подростков являются:

- а) число ядер окостенения
- б) вторичные половые признаки
- в) умения и навыки
- г) психо-моторное развитие
- д) показатели роста и массы

2.Индекс Эрисмана это:

- а) разность между окружностью груди и ростом
- б) разность между окружностью груди и половиной роста
- в) частное от деления масс тела на длину тела
- г) частное от деления длины тела на массу тела
- д) разность между ростом и окружностью груди

3.Перечислите признаки подготовительного этапа речи:

- а) поисковая зрительная реакция
- б) связывание конкретного слова с предметом
- в) произнесение отдельных слов
- г) лепет
- д) гуление

Вариант 3

1.Период полового созревания характеризуется:

- а) снижением мышечной массы
- б) отставанием «костного» возраста от биологического
- в) неустойчивостью вегетативной регуляции
- г) развитием вторичных половых признаков
- д) ускорением темпов роста и прибавки массы

2.К микросоматическому типу относятся дети, получившие сумму номеров зон:

- а) 11-14 баллов
- б) 3-10 баллов
- в) 14-17 баллов
- г) 8-9 баллов
- д) 19-20 баллов

3.К оральным сегментарным автоматизмам относят рефлекс:

- а) поисковый
- б) хоботковый
- в) Моро
- г) хватательный
- д) Бабинского

Вариант 4

1.Укажите сроки первого периода вытяжения (ускорения роста):

- а) 4-6 лет у мальчиков и 6-7 лет у девочек
- б) 4-6 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
- в) 6-9 лет у мальчиков и 6-8 лет у девочек
- г) 6-9 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек
- д) 3-4 года у мальчиков и 5-6 лет у девочек

2.К мезосоматическому типу относятся дети, получившие сумму номеров зон:

- а) 11-17 баллов
- б) 3-10 баллов
- в) 14-17 баллов
- г) 7-8 баллов
- д) 3-4 балла

3.Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 мес.:

- а) вздрагивает при резком звуке
- б) совершает ищущие повороты головы на звук
- в) хорошо удерживает голову в вертикальном положении
- г) прослеживает взором за движущимся предметом
- д) фиксирует взор на ярком предмете
- е) появляется улыбка при спокойном бодрствовании

Вариант 5

1.Укажите сроки второго периода вытяжения (ускорения роста):

- а) 8-10 лет у мальчиков и 10-12 лет у девочек
- б) 11-12 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
- в) 13-16 лет у мальчиков и 8-10 лет у девочек
- г) 13-16 лет у мальчиков и 10-15 лет у девочек
- д) 5-6 у мальчиков и 7-8 у девочек

2.К макросоматическому типу относятся дети, получившие сумму номеров зон:

- а) 11-14 баллов
- б) 3-10 баллов
- в) 14-17 баллов

г) 18-24 баллов

д) **5-6 баллов**

3. Показатели нервно-психического развития ребенка в 3 мес.:

а) лежа на животе поднимает голову и опирается на предплечья

б) на общение отвечает "комплексом оживления"

в) переворачивается с живота на спину

г) гулит

д) **отличает мать и близких от чужих**

Вариант 6

1.Средняя длина тела доношенного новорожденного составляет:

а) 45-47 см

б) 47-49 см

в) 50-53 см

г) 53-55 см

д) 55-56 см

2.За средние величины антропометрических данных по центильным таблицам принимают значения в интервалах:

а) 25-75 центиля

б) 3- 10 центиля

в) 90-97 центиля

г) 75-90 центиля

д) **10-25 центилей**

3. Показатели нервно-психического развития ребенка в 6 мес.:

а) ест с ложки

б) произносит отдельные слоги

в) ползает

г) узнает голос матери

д) берет в руку игрушку, размахивает ею

е) поворачивается со спины на живот и обратно

Вариант 7

1 Окружность головы доношенного ребенка при рождении составляет:

а) 30-32 см

б) 32-34 см

в) 34-36 см

г) 36-38 см

д) **38-40 см**

2.Индекс Тура для здоровых новорожденных детей составляет:

а) 50-60

б) 40-50

в) 40-55

г) 20-30

д) **15-20**

3. Показатели нервно-психического развития ребенка в 9 мес.:

а) самостоятельно ходит

б) пьет из чашки самостоятельно

в) встает и стоит с поддержкой

г) знает 10-12 слов

д) **дает знакомый предмет по просьбе взрослого**

Вариант 8

1.Окружность груди доношенного ребенка при рождении составляет:

- а) 36-38 см
- б) 34-36 см
- в) 32-34 см
- г) 30-32 см
- д) 28-30 см

2.Индекс Тура это:

- а) разность между окружностью груди и ростом
- б) разность между окружностью груди и половиной роста
- в) частное от деления масс тела в граммах на длину тела в сантиметрах
- г) разность между ростом и окружностью груди
- д) частное от деления длины тела на массу тела

3. Средние сроки ползания ребенка первого года жизни:

- а) 6 месяцев
- б) 7 месяцев
- в) 8 месяцев
- г) 4 месяца
- д) 10 месяцев

Вариант 9.

1.Индекс Тура используется для оценки физического развития:

- а) новорожденных детей
- б) детей раннего возраста
- в) детей дошкольного школьного возраста
- г) детей школьного возраста
- д) подростков

2.При сроке гестации 30 недель масса плода составляет:

- а) 2000 г
- б) 1300г
- в) 1000г
- г) 1500 г
- д) 1200 г

3. Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 год:

- а) самостоятельно ест из ложки
- б) самостоятельно пьет из чашки
- в) произносит 8-10 слов
- г) приседает, наклоняется, перешагивает через препятствие
- д) начинает ходить самостоятельно

Вариант 10.

1.Рост ребенка 1 года составляет:

- а) 80 см
- б) 75-76 см
- в) 70 см
- г) 90 см б
- д) 95 см

2.Прибавка массы для ребенка первого месяца жизни составляет:

- а) 1000 г
- б) 600 г
- в) 800 г
- г) 400 г
- д) 700 г

3.Перечислите признаки подготовительного этапа речи:

- а) поисковая зрительная реакция
- б) связывание конкретного слова с предметом
- в) произнесение отдельных слов
- г) лепет
- д) гуление

Вариант 11.

1.Прибавка массы для ребенка второго и третьего месяца жизни составляет:

- а) 1000г
- б) 600 г
- в) 800 г
- г) 500 г
- д) 400 г

2.Удвоение длины тела ребенка наступает к:

- а) 12 годам
- б) 4 годам
- в) 6 годам
- г) 3 годам
- д) 8 годам

3. Средние сроки направленного движения рук у ребенка первого года жизни:

- а) 5 месяцев
- б) 4 месяца
- в) 2 месяца
- г) 6 месяцев
- д) 8 месяцев

Вариант 12.

1.Окружность головы у ребенка 5 лет составляет:

- а) 40 см
- б) 46-47 см
- в) 50-51 см
- г) 42-44 см
- д) 38-40 см

2.Рост ребенка 8 лет составляет:

- а) 130 см
- б) 100 см
- в) 90 см
- г) 150см
- д) 120 см

3.«Сенсорная речь» - это:

- а) произнесение отдельных слов
- б) ответные действия на просьбу взрослого
- в) поисковая зрительная реакция на вопрос "где?"
- г) связывание слов в предложение
- д) связывание слова с определенным предметом

Вариант 13.

1.Критериями оценки биологического возраста детей являются:

- а) пропорции тела
- б) число ядер окостенения

- в) показатели роста и массы
- г) вторичные половые признаки
- д) психо-моторное развитие

2. У детей первого года жизни индекс Чулицкой составляет:

- а) 20-25
- б) 15-20
- в) 10-15
- г) 5-8
- д) 30-40

3. Краниосиностоз это:

- а) раннее сращение лобных костей
- б) преждевременное зарастание черепных швов
- в) преждевременное зарастание венечных швов
- г) преждевременное зарастание малого родничка
- д) преждевременное зарастание большого родничка

Вариант 14.

1. Критериями оценки биологического возраста подростков являются:

- а) число ядер окостенения
- б) вторичные половые признаки
- в) умения и навыки
- г) психо-моторное развитие
- д) показатели роста и массы

2. Индекс Эрисмана это:

- а) разность между окружностью груди и ростом
- б) разность между окружностью груди и половиной роста
- в) частное от деления масс тела на длину тела
- г) частное от деления длины тела на массу тела
- д) разность между ростом и окружностью груди

3. Перечислите признаки подготовительного этапа речи:

- а) поисковая зрительная реакция
- б) связывание конкретного слова с предметом
- в) произнесение отдельных слов
- г) лепет
- д) гуление

Вариант 15

1. Период полового созревания характеризуется:

- а) снижением мышечной массы
- б) отставанием «костного» возраста от биологического
- в) неустойчивостью вегетативной регуляции
- г) развитием вторичных половых признаков
- д) ускорением темпов роста и прибавки массы

2. К микросоматическому типу относятся дети, получившие сумму номеров зон:

- а) 11-14 баллов
- б) 3-10 баллов
- в) 14-17 баллов
- г) 8-9 баллов
- д) 19-20 баллов

3.К оральным сегментарным автоматизмам относят рефлекс:

- а) поисковый
- б) хоботковый
- в) Моро
- г) хватательный
- д) Бабинского

**Эталоны ответов по теме:«Анатомо-физиологические особенности нервной системы
у детей, физическое и нервно-психическое развитие »**

Билет 1) а, б, в, д 2) а 3)б
Билет 2 1)а, б, д 2)б 3)г
Билет 3 1)в, г,д 2) б 3)а,б
Билет 4 1)а;2)а 3) а,д,е
Билет 5 1)г; 2) г 3)а,б,г
Билет 6 1)в;2)а 3)а,б,г,д,е
Билет 8 1)в;.2)в 3)б
Билет 9 1)а; 2) б 3)б,в,д
Билет 10 1)б;. 2)б 3)г,д
Билет 11 1)в;2)б 3)б
Билет 12 1) в; 2) а 3) б,в,д
Билет 13 1) а, б, в, д 2) а 3)б
Билет 14 1)а, б, д 2)б 3)г
Билет 15 1)в, г,д 2) б 3)а,б

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей.

Естественное вскармливание»

Вариант 1

1. У новорожденного в возрасте 2 недель стул 6 раз в сутки. Ребенок находится на грудном вскармливании. Какая частота стула считается физиологичной для данного возраста ?

- 1. 7-8 раз.
- 2. 1-2 раза.
- 3. 3-5раз.
- 4. 5-10 раз.

2. Ребенок в возрасте 1 мес. периодически срыгивает. Родился доношенным с массой тела 3400. В настоящее время масса тела 4000г. Ребенок сосет грудь энергично. Что способствует срыгиванию у данного ребенка?

- 1. Аэрофагия.
- 2. Хорошее развитие пилорического сфинктера.
- 3. Слабое развитие кардиального сфинктера.
- 4. Перекорм.
- 5. Все выше перечисленное.

3 Что из нижеперечисленного, обнаруженного при осмотре ребенка 3 мес , следует считать физиологическим.

1. Редкая рвота.
2. Срыгивания 1-2 раза в сутки.
3. Метеоризм.
4. Сильное слюнотечение.

Вариант 2

1. Какой физиологический объем желудка у ребенка в первый день жизни?

1. 7 мл.
2. 10 мл.
3. 15 мл.
4. 30 – 40 мл
5. 100 мл

2. Содержание углеводов в женском молоке составляет:

1. 3,5%
2. 4,0%
3. 5,5%
4. 6,0%
5. 6,5%

3. После введения прикорма количество кормлений составляет:

1. 4
2. 5
3. 6
4. 7
5. 8

Вариант 3

1. Что из нижеперечисленного способствует акту сосания?

1. Комочки Биша .
2. Толстый язык.
3. Малый объем ротовой полости.
4. Физиологическая ретрогнатия.
5. Все выше перечисленное.

2. Содержание белка в женском молоке составляет:

1. 0,8%
2. 1,2%
3. 1,5%
4. 2,2%
5. 3,0%

3. Второй прикорм вводят в возрасте:

1. 4 мес.
2. 5 мес.
3. 6 мес.
4. 7 мес.
5. 8 мес.

Вариант 4

1. Какой объем пищи должен получать ребенок в возрасте 4 нед при расчете объемным способом?

1. 1/5
2. 1/6
3. 1/7
4. 1/8

2. Какие из нижеуказанных факторов могут привести к вторичной гипогалактии?

1. Нейроэндокринные расстройства.
2. Заболевания матери и осложнения во время беременности.
3. Нерациональный образ жизни матери
4. Сцеживание молока после каждого кормления
5. Позднее прикладывание к груди.

3. Ребенка полностью отнимают от груди в возрасте:

1. 9 мес.
2. 10 мес.
3. 1 года
4. 1,5 года
5. 2 года

Вариант 5

1. Назовите абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери

1. Активная форма туберкулеза
2. Злокачественные новообразования
3. Почечная недостаточность, азотемия
4. Послеродовые психозы
5. Все выше перечисленное.

2. Какой объем пищи должен получать ребенок в возрасте 4 мес. при расчете объемным способом?

1. 1/5
2. 1/6
3. 1/7
4. 1/8
5. 1/9

3. Содержание казеина в грудном молоке составляет:

1. 10%
2. 25%
3. 20%
4. 30%
5. 35%

Вариант 6

1. Потребность в углеводах на первом году жизни при естественном вскармливании

составляет:

1. 7,0 г/сут
2. 9,0 г/сут
3. 11 г/сут
4. 12 г/сут
5. 13 г/сут

2. Ребенок 1 года должен получать суточный объем питания:

1. 1000 мл
2. 1200 мл
3. 1300 мл
4. 1400 мл
5. 2000 мл

3. Строение толстой кишки становится аналогичным взрослому в возрасте:

1. 1 год
2. 2 года
3. 3 года
4. 4 года
5. 5 лет

Вариант 7

1. Развитие слюнных желез заканчивается в возрасте:

1. 1 мес.
2. 1,5-2 мес.
3. 3-4 мес.
4. 5-6 мес.
5. 1 года

2. У ребенка в возрасте 4-6 мес., находящегося на естественном вскармливании потребность в белках составляет?

1. 2,0 г/сут
2. 2,6 г/сут
3. 3,0 г/сут
4. 3,5 г/сут
5. 5,5 г/сут

3. В качестве первого прикорма предпочтительно назначать:

1. Желток
2. Кефир
3. Овощное пюре
4. Коровье молоко
5. Мясной бульон

Вариант 8

1.Длина пищевода у новорожденного составляет:

- 1.8-9см
- 2.10-12 см
3. 15-20см
4. 19 см
5. 23-25 см

2.Содержание жира в женском молоке составляет:

1. 1,2%
2. 2,5%
3. 3,0%
4. 3,5%
5. 4,0%

3.Что из нижеперечисленного, обнаруженного при осмотре ребенка 3 мес , следует считать физиологическим.

1. Редкая рвота.
2. Срыгивания 1-2 раза в сутки.
3. Метеоризм.
4. Сильное слюнотечение.

Вариант 9

1.Содержание сывороточных белков в женском молоке составляет:

- 1.40%
- 2.50%
- 3.60%
- 4.70%
- 5.80%

2.В качестве первого прикорма предпочтительно назначать:

- 1.Молочную кашу
- 2.Кефир
- 3.Овощное пюре
- 4.Творог
- 5.Мясной бульон

3.Ребенок 1 года должен получать суточный объем питания:

- 1.1000 мл
- 2.1200 мл
3. 1500 мл
4. 1700 мл
5. 2000 мл

Вариант 10

1. У ребенка в возрасте 7-12мес., находящегося на естественном вскармливании

потребность в жирах составляет?

- 1.3,5 г/сут
- 2.5,5 г/сут
- 3.2,8 г/сут
- 4.6,0 г/сут
- 5.4,5 г/сут

2. Мясо в рацион ребенка следует вводить с:

- 1.4 мес.
- 2.5 мес.
- 3.6 мес.
- 4.7 мес.
- 5. 7,5 мес.

3. Назовите абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери

- 1. Активная форма туберкулеза
- 2. Злокачественные новообразования
- 3. Почечная недостаточность, азотемия
- 4. Послеродовые психозы
- 5. Все выше перечисленное.

Эталоны ответов к тестовому контролю по теме: «Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей. Естественное вскармливание»

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Вариант №1 1-3; 2-5; 3-4; | Вариант №6 1-5; 2-1,2; 3-3,4; |
| Вариант №2 1-1; 2-5; 3-2; | Вариант №7 1-3; 2-2; 3-3; |
| Вариант №3 1-5; 2-2; 3-3; | Вариант №8 1-2; 2-4; 3-4; |
| Вариант №4 1-1; 2-2,3; 3-3,4; | Вариант №9 1-5; 2-3; 3-1,2; |
| Вариант №5 1-5; 2-3; 3-3; | Вариант №10 1-2; 2-4; 3-5; |

Тестовый контроль по теме:

«Искусственное, смешанное вскармливание»

Вариант 1.

1.Смесь Б-рис это соотношение молока и отвара:

- а) 1 : 1
- б) 1 : 2
- в) 2 : 1
- г) 1 : 3
- д) 1 : 4

2.Частота кормлений ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца равна:

- а) 7 раз
- б) 6 раз
- в) 5 раз
- г) 4 раз
- д) 8 раз

3. Показанием для перевода ребенка на смешанное вскармливание не является:
- а) гипогалактия
 - б) социальные факторы
 - в) уплощение весовой кривой
 - г) заболевание матери
 - д) заболевание ребенка

Вариант 2

1. Потребность в белке у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 2 месяца равна:

- а) 2,0-2,5 г/кг
- б) 2,5-3 г/кг
- в) 3-3,5 г/кг
- г) 3,5-4,0 г/кг
- д) 4,0-4,5 г/кг

2. Смесь В-рис это соотношение молока и отвара:

- а) 2 : 1
- б) 1 : 2
- в) 2 : 2
- г) 1 : 2

3. К первичной гипогалактии приводят:

- а) нерациональное питание матери
- б) нарушения режима дня
- в) эндокринное заболевание матери
- г) стрессы
- д) нарушение техники вскармливания

Вариант 3

1. К неадаптированным сладким молочным смесям относятся:

- а) «Пилтти»
- б) «Бона»
- в) «Тутелли»
- г) «Нутрилон
- д) В-греча

2. Потребность в жире у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 6 месяцев равна:

- а) 7 г/кг
- б) 6,5 г/кг
- в) 6,0 г/кг
- г) 5,5 г/кг
- д) 5,0 г/кг

3. В качестве докорма ребенку в возрасте 3 мес. можно использовать:

- а) фруктовые соки
- б) творог
- в) овощное пюре
- г) смесь «Нан»
- д) фруктовое пюре

Вариант 4

1. Второй прикорм вводится ребенку, находящемуся на искусственном вскармливании вводят в:

- а) 4-4,5 мес
- б) 5-5,5 мес
- в) 5,5-6 мес
- г) 4,5-5 мес
- д) 6-6,5 мес

2. Частота кормлений ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца равна:

- а) 7 раз
- б) 6 раз
- в) 5 раз
- г) 4 раза
- д) 8 раз

3. Показанием к контрольному взвешиванию не является:

- а) беспокойство
- б) падение весовой кривой
- в) редкое мочеиспускание
- г) температура
- д) срыгивания

Вариант 5

1. Смесь В-греча дается детям в возрасте:

- а) с момента рождения до 2 недель
- б) 2 нед-3 месяцев
- в) с 3-4 месяцев
- г) с 4-5 месяцев
- д) с 5 месяцев

2. Детям, получающим адаптированные смеси нецелесообразно вводить:

- а) соки
- б) желток
- в) витамин Д
- г) овощное пюре
- д) творог

3. Второй прикорм при смешанном вскармливании вводится:

- а) 4 мес
- б) 4,5 мес
- в) 5,0 мес
- г) 5,5 мес
- д) 6 мес

Вариант 6

1. Ребенку первых месяцев жизни в качестве докорма предпочтительнее использовать:

- а) адаптированные пресные смеси
- б) смеси на основе изолята соевого белка
- в) адаптированные кисломолочные смеси
- г) неадаптированные пресные смеси
- д) казеиновые формулы

2. Энергетическая потребность жизни у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца:

- а) 130 ккал/кг
- б) 120 ккал/кг
- в) 115 ккал/кг

г) 110 ккал/кг

д) 100 ккал/кг

3. Первый прикорм при смешанном вскармливании вводится:

а) 4 мес

б) 4,5 мес

в) 5 мес

г) 5,5 мес

д) 6 мес

Вариант 7

1. Цельное коровье молоко детям, находящимся на искусственном вскармливании неадаптированными смесями дается с:

а) 1 мес

б) 2 мес

в) 3 мес

г) 4 мес

д) 5 мес

2. К адаптированным кисломолочным смесям относят:

а) «Нан» кисломолочный

б) «Лактофудус»

в) «Семлер»

г) «Биолакт»

д) «Хумана»

3. Введение прикорма при смешанном вскармливании по сравнению с естественным:

а) осуществляется на 2 недели раньше

б) на 1 неделю раньше

в) на 3 недели раньше

г) также как и при естественном вскармливании

д) на 1 нед позже

Вариант 8

1. Последнее поколение адаптированных смесей обогащено следующими микронутриентами:

а) витамин Д

б) витамин К

в) витамин В2

г) таурином

д) витамин В1

2. Потребность в белке у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 2 месяца равна:

а) 2-2,5 г/кг

б) 2,5-3 г/кг

в) 3-3,5 г/кг

г) 3,5-4,0 г/кг

д)

4-4,5

г/кг

3. Эффективность смешанного вскармливания приближается к естественному если женское молоко составляет от суточного рациона:

а) 3/4

б) 1/2

- в) 1/5
- г) 1/6
- д) 1/8

Вариант 9

1. К смесям не содержащим лактозу относят:

- а) «Пилтти»
- б) «БОНА»
- в) «Алсой»
- г) «Малютка»
- д) «Тутелли»

2. Детям, получающим адаптированные смеси нецелесообразно вводить:

- а) витамин В 1
- б) соки
- в) фруктовое пюре
- г) витамин Д
- д) овощное пюре

3. Клинические проявления голодания ребенка:

- а) уплощение весовой кривой
- б) срыгивания
- в) повышение температуры тела
- г) редкие мочеиспускания
- д) бледность кожи

Вариант 10

1. Частота кормлений ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца равна:

- а) 7 раз
- б) 6 раз
- в) 5 раз
- г) 4 раза
- д) 8 раз

2. К неадаптированным смесям относятся:

- а) «Пилтти»
- б) «Тутелли»
- в) кефир
- г) "Нан"
- д) Алсой»

3. Потребность в жире у ребенка, находящегося на смешанном вскармливании составляет в возрасте 6 месяцев:

- а) 4,5 г/кг
- б) 5 г/кг
- в) 5,5 г/кг
- г) 6 г/кг
- д) 6,5 г/кг

Вариант 11.

1. Показанием для перевода ребенка на смешанное вскармливание не является:

- а) гипогалактия
- б) социальные факторы
- в) уплощение весовой кривой
- г) заболевание матери

д) заболевание ребенка

2.Смесь Б-рис это соотношение молока и отвара:

а) 1 : 1

б) 1 : 2

в) 2 : 1

г) 1 : 3

д) 1 : 4

3.Частота кормлений ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 4 месяца равна:

а) 7 раз

б) 6 раз

в) 5 раз

г) 4 раз

д) 8 раз

Вариант 12

1. К первичной гипогалактии приводят:

а) нерациональное питание матери

б) нарушения режима дня

в) эндокринное заболевание матери

г) стрессы

д) нарушение техники вскармливания

2. Частота кормлений ребенка в 2 месяца, находящегося на смешанном вскармливании

равна:

а)3 раза

б) 6 раз

в) 5 раз

г) 4 раза

д) 8 раз

3..Потребность в белке у ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в 2 месяца равна:

а) 2,0-2,5 г/кг

б) 2,5-3 г/кг

в)3-3,5 г/кг

г) 3,5-4,0 г/кг

д) 4,0-4,5 г/кг

Вариант 13

1. В качестве докорма можно использовать:

а) фруктовые соки

б) творог

в) овощное пюре

г) молоко

д) фруктовое пюре

2. Потребность в жире у ребенка, находящегося на смешанном вскармливании в 4 месяца

равна:

а) 5,0 г/кг

б) 5,5, г/кг

в) 6,0 г/кг

г) 6,5 г/кг

- д) 7,0 г/кг
- 3. К неадаптированным сладким молочным смесям относятся:
 - а) «Пилтти»
 - б) «Бона»
 - в) «Тутелли»
 - г) «Нутрилон
 - д) В-греча

Вариант 14

- 1. Показанием к контрольному взвешиванию не является: а) беспокойство
 - б) падение весовой кривой
 - в) редкое мочеиспускание
 - г) температура
 - д) срыгивания
- 2. Смесь В-греча дается детям в возрасте:
 - а) с момента рождения до 2 недель
 - б) 2 нед-3 месяцев
 - в) с 3-4 месяцев
 - г) с 4-5 месяцев
 - д) с 5 месяцев
- 3. Детям, получающим адаптированные смеси нецелесообразно вводить:
 - а) соки
 - б) желток
 - в) витамин Д
 - г) овощное пюре
 - д) творог

Вариант 15.

- 1. Потребность в белке у ребенка в 2 месяца, получающего докорм 1/2 суточной нормы равна:
 - а) 2,0 г/кг
 - б) 2,5 г/кг
 - в) 3,0 г/кг
 - г) 3,5 г/кг
 - д) 4,0 г/кг
- 2. Второй прикорм при смешанном вскармливании вводится: а) 4 мес
 - б) 4,5 мес
 - в) 5,0 мес
 - г) 5,5 мес
 - д) 6 мес
- 3. Ребенку первых месяцев жизни в качестве докорма предпочтительнее использовать:
 - а) адаптированные пресные смеси
 - б) смеси на основе изолята соевого белка
 - в) адаптированные кисломолочные смеси
 - г) неадаптированные пресные смеси
 - д) казеиновые формулы

**Эталоны ответов по тестовому контролю по теме:
«Искусственное, смешанное вскармливание»**

Вариант 1.	Вариант 6	Вариант 11
1. а	1. а	1.д
2. в	2. в	2.а
3. д	3. б	3.в
Вариант 2	Вариант 7	Вариант 12
1. г	1. в	1.в
2. а	2.а	2.а
3 в	3. а	3.г
Вариант 3	Вариант 8	Вариант 13
1. д	1. г	1.г
2. в	2. г	2.в
3.г	3. а	3.д
Вариант 4	Вариант 9	Вариант 14
1. г	1. в	1.г,д
2. в	2. а,г	2.а
3.г,д	3. а,г	3.в
Вариант 5	Вариант 10	Вариант 15
1. а	1.в	1.г
2. в	2.в	2.в
3. в	3.г	3.а

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей. Рахит. Спазмофилия».

Вариант 1.

1. Укажите максимальные сроки закрытия большого родничка:

- а) 7-9 мес.
- б) 12-15 мес.
- в) 15-18 мес.
- г) 18-20 мес.
- д) 19-20 мес.

2. Для начального периода рахита характерна следующая рентгенологическая картина:

- а) прерывистое уплотнение зон роста
- б) нормальная оссификация костей
- в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
- г) незначительный остеопороз
- д) выраженный остеопороз

3. Профилактика рахита включает следующие мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина Д₃ по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина Д₃ по 2-3 тыс. МЕ ежедневно

д) водный раствор витамина D₃ по 500-1000 МЕ ежедневно

Вариант 2.

1. Нарушение второй стадии остеогенеза (минерализация кости) возникает при:

- а) снижении мышечного тонуса
- б) сдвиге pH в кислую сторону
- в) сдвиге pH в щелочную сторону
- г) дефиците кальция, фосфора и других минералов
- д) гиповитаминозе Д
- е) гипервитаминозе Д

2. Для начального периода рахита характерна:

- а) плаксивость
- б) потливость
- в) костные деформации
- г) снижение аппетита
- д) раздражительность
- е) повышенная судорожная готовность

3. Причиной судорог при спазмофилии является:

- а) гипофосфатемия
- б) гипокальциемия
- в) снижение активности фосфатазы
- г) гиперкальциемия
- д) гиперфосфатемия

Вариант 3.

1. У детей содержание общего кальция в сыворотке крови составляет в ммоль/л:

- а) 2,0-2,7
- б) 2,25-2,7
- в) 2,5-3,0
- г) 2,7-3,5
- д) 5,5-6,0

2. Для рахита характерен:

- а) метаболический ацидоз
- б) дыхательный ацидоз
- в) алкалоз
- г) метаболический алкалоз
- д) дыхательный алкалоз

3. В анализе мочи для гипервитаминоза D характерно:

- а) лейкоцитурия
- б) бактериурия
- в) протеинурия
- г) микрогематурия
- д) уратурия

Вариант 4.

1. Соотношение уровня кальция и фосфора в крови в норме равно

- а) 2:1

- б) 1:2
- в) 3:1
- г) 1:3
- д) 3:5

2. В период разгара рахита наблюдается:

- а) мышечная гипертония
- б) краниотабес
- в) судорожный синдром
- г) гипертермия
- д) гипергликемия

3. Для 1 степени тяжести гипервитаминоза D характерно:

- а) отсутствие токсикоза
- б) умеренный токсикоз
- в) снижение аппетита
- г) рвота
- д) слабо положительная проба Сулковича
- е) резко положительная проба Сулковича
- ж) задержка нарастания массы тела
- з) падение массы тела

Вариант 5.

1. 25-гидрохолекальциферол образуется в:

- а) почках
- б) печени
- в) кишечнике
- г) костях
- д) легких

2. Для разгара рахита характерна следующая рентгенологическая картина:

- а) прерывистое уплотнение зон роста
- б) нормальная оссификация костей
- в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
- г) незначительный остеопороз
- д) все перечисленное

3. Возможными осложнениями при гипервитаминозе D являются:

- а) стойкое повышение артериального давления
- б) стойкое понижение артериального давления
- в) пневмосклероз
- г) кальциноз легких и мозга
- д) уролитиаз

Вариант 6.

1. На фосфорно-кальцевый обмен в организме влияют:

- а) 1,25-дигидрохолекальциферол
- б) соматотропный гормон
- в) кальцитонин
- г) кортикостероиды
- д) паратгормон

2. Для рахита периода разгара показаны следующие лечебные мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина D₃ по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
- д) водный раствор витамина D₃ по 500-1000 МЕ ежедневно

3. Предрасполагающими факторами к развитию спазмофилии являются:

- а) повышенная инсоляция в весеннее время
- б) диета, бедная солями кальция
- в) диета, богатая солями кальция
- г) недостаточное потребление витамина D
- д) интенсивное лечение витамином D
- е) назначение препаратов витамина D вместе с УФО

Вариант 7.

1.1,25-дигидрохолекальциферол образуется в:

- а) почках
- б) печени
- в) кишечнике
- г) костях
- д) легких

2. Для начального периода рахита показаны следующие мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина D₃ по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
- д) водный раствор витамина D₃ по 500-1000 МЕ ежедневно

3. Гипокальциемические судороги возникают при остром снижении уровня ионизированного кальция плазмы крови ниже:

- а) 1,5 ммоль/л
- б) 1,0 ммоль/л
- в) 0,85 ммоль/л
- г) 0,5 ммоль/л
- д) 2,5 ммоль/л

Вариант 8.

1. Гипокальциемия развивается в результате следующих механизмов:

- а) вымывание кальция из костей
- б) усиление кишечного всасывания кальция
- в) уменьшение кишечного всасывания кальция
- г) усиление почечной экскреции кальция
- д) уменьшение почечной экскреции кальция

2. Клинически явная тетания проявляется:

- а) симптомом Хвостека
- б) ларингоспазмом
- в) карпопедальными спазмами
- г) клонико-тоническими судорогами

д) синдромом Труссо

3. При гипервитаминозе D отмечается:

- а) гипокальциемия
- б) гиперкальциемия
- в) гиперкальцийурия
- г) гиперфосфатурия
- д) метастатическая кальцификация
- е) гипофосфатемия

Вариант 9.

1. Витамин Д содержится в:

- а) желтке
- б) печени трески
- в) овощах
- г) хлебе грубого помола
- д) мясе

2. Вызываемое мышечное сокращение, напоминающее положение «рука акушера», называется симптомом:

- а) Хвостека
- б) Труссо
- в) Маслова
- г) Ортнера
- д) Мерфи

3. Для хронического гипервитаминоза D характерно:

- а) потеря аппетита
- б) повышенный аппетит
- в) вялость
- г) повышенная возбудимость
- д) запоры
- е) диарея

Вариант 10.

1. Антагонистом витамина D является витамин:

- а) А
- б) В₆
- в) В₁₂
- г) В₁
- д) В₂

2. Сокращение мускулатуры лица при постукивании молоточком по скуловой дуге называется симптомом:

- а) Хвостека
- б) Труссо
- в) Маслова
- г) Воскресенского
- д) Менделя

3. Для II степени тяжести гипервитаминоза D характерно:

- а) отсутствие токсикоза

- б) умеренный токсикоз
- в) снижение аппетита
- г) рвота
- д) слабо положительная проба Сулковича
- е) резко положительная проба Сулковича
- ж) задержка нарастания массы тела
- з) падение массы тела

Вариант 11.

1. Кашей, обладающей антикальцифицирующим свойством и рекомендуемой в рацион ребенка при гипервитаминозе D, является:

- а) гречневая
- б) овсяная
- в) рисовая
- г) манная
- д) перловая

2. Временем года, когда чаще встречается спазмофилия, является:

- а) весна
- б) лето
- в) зима
- г) осень
- д) нет зависимости от времени года

3. Применение глюкокортикоидных гормонов при лечении гипервитаминоза D:

- а) приводит к уменьшению абсорбции кальция
- б) приводит к увеличению абсорбции кальция |
- в) тормозит мобилизацию кальция из костей
- г) усиливает мобилизацию кальция из костей
- д) ускоряет выведение кальция из организма
- е) замедляет выведение кальция из организма

Вариант 12.

1. Из рациона больных гипервитаминозом D необходимо исключить:

- а) сахар
- б) творог
- в) соки
- г) цельное молоко
- д) фрукты

2. Заподозрить у ребенка скрытую (латентную) тетанию можно последующим клиническим проявлениям:

- а) вялость
- б) адинамия
- в) беспокойство

- г) вздрагивание
- д) снижение аппетита

3. При спазмофилии симптом Хвостека можно выявить у ребенка:

- а) в состоянии покоя

- б) при плаче
- в) во время сна
- г) в горизонтальном положении
- д) в вертикальном положении

Вариант 13.

1. Укажите максимальные сроки закрытия большого родничка:

- а) 7-9 мес.
- б) 12-15 мес.
- в) 15-18 мес.
- г) 18-20 мес.
- д) 19-20 мес.

2. Для начального периода рахита характерна следующая рентгенологическая картина:

- а) прерывистое уплотнение зон роста
- б) нормальная оссификация костей
- в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
- г) незначительный остеопороз
- д) выраженный остеопороз

3. Профилактика рахита включает следующие мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина D₃ по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина D₃ по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
- д) водный раствор витамина D₃ по 500-1000 МЕ ежедневно

Вариант 14.

1. Нарушение второй стадии остеогенеза (минерализация кости) возникает при:

- а) снижении мышечного тонуса
- б) сдвиге pH в кислую сторону
- в) сдвиге pH в щелочную сторону
- г) дефиците кальция, фосфора и других минералов
- д) гиповитаминозе Д
- е) гипервитаминозе Д

2. Для начального периода рахита характерна:

- а) плаксивость
- б) потливость
- в) костные деформации
- г) снижение аппетита
- д) раздражительность
- е) повышенная судорожная готовность

3. Причиной судорог при спазмофилии является:

- а) гипофосфатемия
- б) гипокальциемия
- в) снижение активности фосфатазы
- г) гиперкальциемия
- д) гиперфосфатемия

Вариант 15.

1. У детей содержание общего кальция в сыворотке крови составляет в ммоль/л:

а) 2,0-2,7

б) 2,25-2,7

в) 2,5-3,0

г) 2,7-3,5

д) 5,5-6,0

2. Для рахита характерен:

а) метаболический ацидоз

б) дыхательный ацидоз

в) алкалоз

г) метаболический алкалоз

д) дыхательный алкалоз

3. В анализе мочи для гипервитаминоза D характерно:

а) лейкоцитурия

б) бактериурия

в) протеинурия

г) микрогематурия

д) уратурия

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы. .Рахит. Спазмофилия. Гипервитаминоз D.

Вариант 1. 1-в; 2- г; 3- а,б,в

Вариант 2. 1-а,б,г,д; 2-а,б,г,д; 3-б

Вариант 3. 1-б; 2-а; 3-а,в,г

Вариант 4. 1-а; 2-б; 3-а,в,д,ж

Вариант 5. 1-б; 2-в; 3-а,в,г,д

Вариант 6 1-а,в,г,д; 2-а,б,г; 3-а,б,д,е

Вариант 7. 1-а; 2-а,б,д; 3-в

Вариант 8. 1-а,б,в; 2-б,в,г; 3-б,в,г,д,е

Вариант 9. 1-а,б,д; 2-б; 3-а,в,д

Вариант 10. 1-а; 2-а; 3-б,в,г,е,з

Вариант 11. 1-б; 2-а; 3-а,в,д

Вариант 12. 1-б,г; 2-в,г; 3-а

Вариант 13. 1-в; 2- г; 3- а,б,в

Вариант 14. 1-а,б,г,д; 2-а,б,г,д; 3-б

Вариант 15. 1-б; 2-а; 3-а,в,г

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности подкожно-жировой клетчатки. Аномалии конституции»

Вариант 1.

1. Основные эндогенные причины атопического дерматита:

а) Пищевая аллергия.

б) Наследственность.

в) Гиперреактивность.

г) Психо-эмоциональные нагрузки.

д) Частые ОРВИ

2. Для лечения атопического дерматита используют, наиболее часто назначают:

а) Препараты кальция.

б) Седативные средства.

в) Антигистаминные препараты.

г) Биопрепараты.

д) Антибиотики

3. Диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников, называется:

а) нервно-артритическим

б) лимфатико-гипопластическим

в) геморрагическим

Вариант 2.

1. К неаллергическим экзогенным факторам, способствующим развитию атопического дерматита относят:

а) Пищевые.

б) Ксенобиотики.

в) Гиперреактивность кожи.

г) Метеоситуация.

д) Частые ОРВИ

2. К сильным гормональным мазям относят:

а) Гидрокортизоновую.

б) Адвантан.

в) Элоком.

г) Дерматол.

д) Флуцинар

3. Увеличение вилочковой железы характерно для диатеза:

а) нервно-артритического

б) лимфатико-гипопластического

в) геморрагического

Вариант 3.

1. К продуктам с высокой сенсibilизирующей активностью относятся:

а) Рыба.

б) Яйца.

в) Гречка.

г) Бананы.

д) Рис

2. Из питания ребенка 1-го года жизни при атопическом дерматите исключают:

а) Творог.

б) Желток.

в) Мясной фарш.

г) Гречка.

д) Рис

3. При лечении ребенка с нервно-артритическим диатезом в последнюю очередь назначается:

а) обильное щелочное питье

- б) аллопуринол
- в) седативная терапия
- г) диета с ограничением продуктов, богатых пуринами
- д) ксидифон

Вариант 4.

1. К обязательным диагностическим признакам атопического дерматита относят:
 - а) Зуд.
 - б) Ихтиоз.
 - в) Высокий уровень Ig E.
 - г) Типичная морфология и расположение сыпи.
 - д) Бледность кожных покровов
2. Для клиники лимфатико-гипопластического диатеза характерно:
 - а) Склонность к значительному и стойкому увеличению лимфатических узлов.
 - б) Избыточная масса тела.
 - в) Молочный струп.
 - г) Стойкие опрелости.
 - д) Дефицит массы тела
3. При лечении детской экземы в последнюю очередь будут использованы:
 - а) антигистаминные препараты
 - б) седативные препараты
 - в) ферменты
 - г) глюкокортикоиды
 - д) биопрепараты

Вариант 5.

1. Клинические проявления атопического дерматита у детей 1-го года жизни:
 - а) Молочный струп.
 - б) Гнейс.
 - в) Избыточная масса тела.
 - г) Быстрая утомляемость.
 - д) Дефицит массы тела
2. Медикаментозная терапия лимфатико-гипопластического диатеза включает:
 - а) Адаптогены.
 - б) Витаминотерапия.
 - в) Седативные.
 - г) Антигистаминные.
 - д) Глюкокортикоиды
3. При отсутствии первичной профилактики нервно-артритический диатез может привести к развитию таких состояний, как:
 - а) мочекаменная болезнь
 - б) синдром внезапной смерти
 - в) подагра
 - г) аутоиммунные заболевания
 - д) неврастенический синдром

Вариант 6.

1. В патогенезе нервно-артритического диатеза основное значение имеют:

- а)Высокий уровень возбудимости на любом уровне рецепции.
- б)Снижение синтеза катехоламинов.
- в)Атопия.
- г)Нарушение обмена пуринов.
- д)Нарушение обмена щавелевой кислоты

2.Клинические проявления нервно-артрического диатеза:

- а)Значительное увеличение лимфатических узлов.
- б)Повышение нервной возбудимости.
- в)Анорексия.
- г)«Географический язык».
- д)Гипотония

3. Проявления детской экземы у детей обусловлены генетически детерминированной гиперпродукцией:

- а)IgA
- б)IgE
- в)IgM
- г)IgD
- д) IgG

Вариант 7.

1. К неаллергическим экзогенным факторам, способствующим развитию атопического дерматита относят:

- а)Пищевые.
- б) Ксенобиотики.
- в)Гиперреактивность кожи.
- г)Метеоситуация
- д)Лекарственные препараты

2. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:

- а) нервно-артритическом
- б) лимфатико-гипопластическом
- в) геморрагическом

3. При отсутствии первичной профилактики лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний, как:

- а) синдром мальабсорбции
- б) синдром внезапной смерти
- в) подагра
- г) аутоиммунные заболевания
- д) неврастенический синдром

Вариант 8.

1. К обязательным диагностическим признакам атопического дерматита относят:

- а)Зуд.
- б)Ихтиоз.
- в)Высокий уровень Ig E.
- г)Типичная морфология и расположение сыпи.
- д)Бледность кожных покровов

2. Клинические проявления атопического дерматита у детей 1-го года жизни:

- а)Молочный струп.
- б)Гнейс.
- в)Избыточная масса тела.

- г) Быстрая утомляемость.
- д) Гипертермия

3. Развитие острой надпочечниковой недостаточности наиболее вероятно при диатезе:

- а) нервно-артритическом
- б) лимфатико-гипепластическом
- в) геморрагическом

Вариант 9.

1. Основные эндогенные причины атопического дерматита:

- а) Пищевая аллергия.
- б) Наследственность.
- в) Гиперреактивность.
- г) Психоэмоциональные нагрузки.
- д) Метеоситуация

2. Генетически детерминированная особенность обмена веществ, определяющая своеобразие адаптивных реакций организма и предрасполагающая к определенной группе заболеваний, называется:

- а) наследственным заболеванием
- б) аномалией конституции
- в) врожденным заболеванием
- г) аллергическим заболеванием
- д) хроническим заболеванием

3. Диатез, характеризующийся генетически детерминированными нарушениями ряда ферментов, принимающих участие в пуриновом обмене и накоплении мочевой кислоты, называется:

- а) лимфатико-гипопластическим
- б) нервно-артритическим

Вариант 10.

1. Для клиники лимфатико-гипопластического диатеза характерно:

- а) Склонность к значительному и стойкому увеличению лимфатических узлов.
- б) Избыточная масса тела.
- в) Молочный струп.
- г) Стойкие опрелости.
- д) Анорексия

2. К сильным гормональным мазям относят:

- а) Гидрокортизоновую.
- б) Адвантан.
- в) Злоком.
- г) Дерматол.
- д) Флуцинар

3. Наиболее значимыми пищевыми аллергенами являются:

- а) коровье молоко
- б) белок куриного яйца
- в) желток куриного яйца
- г) рыба
- д) манная крупа
- е) кукурузная крупа

Вариант 11.

1. Медикаментозная терапия лимфатико-гипопластического диатеза включает:
 - а)Адаптогены.
 - б)Витаминотерапия.
 - в)Седативные.
 - г)Антигистаминные.
 - д)Глюкокортикоиды
- 2.Клинические проявления нервно-артрического диатеза:
 - а)Значительное увеличение лимфатических узлов.
 - б)повышение нервной возбудимости.
 - в)анорексия.
 - г)«географический язык».
 - д)гипотония
3. У детей раннего возраста наиболее часто встречается:
 - а) инфекционная форма аллергии
 - б) пищевая аллергия
 - в) лекарственная аллергия
 - г) ингаляционная аллергия

Вариант 12.

1. К продуктам с высокой сенсibilизирующей активностью относятся:
 - а)Рыба.
 - б)Яйца.
 - в)Гречка.
 - г)Бананы.
 - д)Рис
2. В патогенезе нервно-артрического диатеза основное значение имеют:
 - а)Высокий уровень возбудимости на любом уровне рецепции.
 - б)Снижение синтеза катехоламинов.
 - в)Атопия.
 - г)Нарушение обмена пуринов.
 - д)Нарушение обмена щавелевой кислоты
3. Основными маркёрами лимфатико-гипопластического диатеза являются:
 - а) врожденная генерализованная иммунопатия
 - б) избыточный синтез гистамина
 - в) генетически детерминированная гиперпродукция IgE
 - г) увеличение лимфатических узлов
 - д) гиперплазия вилочковой железы
 - е) гипофункция коры надпочечников

Вариант 13.

- 1.Основные эндогенные причины атопического дерматита:
 - а) Пищевая аллергия.
 - б) Наследственность.
 - в) Гиперреактивность.
 - г) Психо-эмоциональные нагрузки.
 - д)Частые ОРВИ
2. Для лечения атопического дерматита используют, наиболее часто назначают:
 - а) Препараты кальция.
 - б) Седативные средства.
 - в) Антигистаминные препараты.

г) Биопрепараты.

д) Антибиотики

3. Диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников, называется:

а) нервно-артритическим

б) лимфатико-гипопластическим

в) геморрагическим

Вариант 14.

1. К неаллергическим экзогенным факторам, способствующим развитию атопического дерматита относят:

а) Пищевые.

б) Ксенобиотики.

в) Гиперреактивность кожи.

г) Метеоситуация.

д) Частые ОРВИ

2. К сильным гормональным мазям относят:

а) Гидрокортизоновую.

б) Адвантан.

в) Элоком.

г) Дерматол.

д) Флуцинар

3. Увеличение вилочковой железы характерно для диатеза:

а) нервно-артритического

б) лимфатико-гипопластического

в) геморрагического

Вариант 15.

1. К продуктам с высокой сенсibilизирующей активностью относятся:

а) Рыба.

б) Яйца.

в) Гречка.

г) Бананы.

д) Рис

2. Из питания ребенка 1-го года жизни при атопическом дерматите исключают:

а) Творог.

б) Желток.

в) Мясной фарш.

г) Гречка.

д) Рис

3. При лечении ребенка с нервно-артритическим диатезом в последнюю очередь назначается:

а) обильное щелочное питье

б) аллопуринол

в) седативная терапия

г) диета с ограничением продуктов, богатых пуринами

д) ксидифон

б) Избыточная масса тела.

в) Молочный струп.

- г)Стойкие опрелости.
- д)Дефицит массы тела

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: «Анатомо-физиологические особенности подкожно-жировой клетчатки.

Аномалии конституции».

- Вариант1. 1-б,в, 2-в,г, 3-б
- Вариант 2. 1-б,д,2-б,в,3-б
- Вариант 3. 1-а,б,2-а,б,3-б
- Вариант 4. 1-а,г,2-а,б,3-г
- Вариант 5. 1-а,б,2-а,б,3-а,в,д
- Вариант 6. 1-а,г,2-б,в,3-б
- Вариант 7. 1-б,г,2-а,3-б,г
- Вариант 8. 1-а,г,2-а,б,3-б
- Вариант 9. 1-б,в,2-б,3-б
- Вариант 10. 1-а,б,2-б,в,3-а,б,г,д
- Вариант 11. 1-а,б,2-б,в,3-б
- Вариант 12. 1-а,б,2-а,г,3-а,г,д,е
- Вариант13. 1-б,в, 2-в,г, 3-б
- Вариант 14. 1-б,д,2-б,в,3-б
- Вариант 15. 1-а,б,2-а,б,3-б

Тестовый контроль по теме: «Хронические расстройства питания»

Вариант 1.

1. Критериями достаточного и полноценного питания на 1-ом году жизни являются:

- а) хорошая прибавка в массе
- б) низкий тургор тканей
- в) хорошее психомоторное развитие ребенка
- г) преобладание положительного эмоционального комплекса у ребенка
- д) короткие промежутки между кормлениями по требованию ребенка
- е) наличие железодефицитной анемии

2. Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии составляет:

- а) 5-8%
- б)5-15%
- в) 10-20%
- г) 20-30%
- д)10-15%

3. Ферментативные препараты и анаболические гормоны показаны при лечении гипотрофии:

- а) не показаны
- б) I степени
- в) II степени
- г) III степени

Вариант 2.

1. К возникновению постнатальной гипотрофии могут приводить:

- а) алиментарные факторы
- б) инфекционные заболевания
- в) несвоевременная вакцинопрофилактика
- г) генетические факторы
- д) сахарный диабет у матери
- е) железодефицитная анемия

2. Объем питания при постнатальной гипотрофии II степени в период определения толерантности к пище составляет:

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы
- д) 1/8 от нормы

3. К паратрофии относятся состояния с:

- а) дефицитом массы более 10%
- б) избытком массы от 5 до 10%
- в) избытком массы от 10% до 20%
- г) избытком массы и роста более 10%
- д) дефицитом массы более 15%

Вариант 3.

1. Основной причиной угнетения иммунологической реактивности при гипотрофии является нарушение обмена:

- а) белков
- б) жиров
- в) углеводов
- г) микроэлементов
- д) витаминов

2. Объем питания при постнатальной гипотрофии III степени в период определения толерантности к пище составляет:

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы
- д) 1/8 от нормы

3. Какие продукты питания следует ограничить при паротрофии у детей?

- а) овощи
- б) сладкие фрукты
- в) каши
- г) цитрусовые
- д) мясо

Вариант 4.

1. Равномерный значительный дефицит массы и роста называется:

- а) паратрофия
- б) гипотрофия

- в) гипостатура
- г) гипоплазия

2. Объем питания при постнатальной гипотрофии I степени в период определения толерантности к пище составляет

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы
- д) 1/8 от нормы

3. Какие лекарственные средства назначаются при лечении паротрофии?

- а) витамины
- б) глюкокортикоидные гормоны
- в) ферменты
- г) медикаменты, подавляющие аппетит
- д) антигистаминные препараты

Вариант 5.

1. Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии составляет:

- а) 5-15%
- б) 10-20%
- в) 20-30%
- г) более 30%
- д) 10-15%

2. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии II степени составляет:

- а) 1-2 дня
- б) 3-7 дней
- в) 10 дней
- г) до 14 дней
- д) 1 месяц

3. Определяющим в развитии паротрофии у детей первого года жизни является:

- а) злоупотреблением высококалорийными продуктами
- б) получение калорийной пищи во вторую половину дня
- в) повышенная жирность грудного молока
- г) перегрузка белком и электролитами
- д) все из вышеперечисленного

Вариант 6.

1. Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии составляет:

- а) 5-8%
- б) 5-15%
- в) 10-20%
- г) 20-30%
- д) 10-22%

2. Расчет жиров в период белковой нагрузки у ребенка с гипотрофией 2 степени проводят

на:

- а) долженствующую массу тела
- б) приблизительно долженствующую массу тела
- в) на 15% меньше возрастной нормы
- г) Фактическую массу тела
- д) не имеет значения

3. При паратрофии 1 степени процент избытка массы тела колеблется в пределах:

- а) 20-30%
- б) 10-20%
- в) 5-9%
- г) более 30%
- д) более 40%

Вариант 7.

1. Дефицит массы при II степени постнатальной гипотрофии составляет:

- а) 5-8%
- б) 5-15%**
- в) 10-20%**
- г) 20-30%
- д) 30-35%

2. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии I степени составляет:

- а) 1-2 дня
- б) 3-7 дней
- в) 10 дней
- г) до 14 дней
- д) 1 месяц

3. Этиологическими и предрасполагающими к развитию паратрофии факторами могут быть:

- а) внутриутробный «перекорм»
- б) злоупотреблением высококалорийными продуктами
- в) прием калорийной пищи во вторую половину дня
- г) отягощенная по ожирению наследственность
- д) все из вышеперечисленного плюс эндокринные расстройства

Вариант 8.

1. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии III степени составляет:

- а) 1-2 дня
- б) 3-7 дней
- в) 10 дней
- г) до 14 дней
- д) 1 месяц

2. Расчет белков в период белковой нагрузки у ребенка с гипотрофией 2 степени проводят на:

- а) долженствующую массу тела
- б) приблизительно долженствующую массу тела
- в) на 15% меньше возрастной нормы

- г) Фактическую массу тела
- д) не имеет значения

3. К биохимическому синдрому при паратрофии относят все, кроме:

- а) гиперлипидемия
- б) извращенный тип сахарной кривой
- в) гипопроотеинемия
- г) гиперхолестеринемия
- д) уменьшение глобулинов при относительном увеличении содержания альбуминов.

Вариант 9.

1. Чем характеризуется гипоплазия?

- а) отставанием массы от длины тела
- б) отставание массы, длины тела
- в) отставание массы, длины тела и психомоторного развития
- г) отставание психомоторного развития
- д) отставание массы, психомоторного развития

2. Какие ферменты назначаются при лечении больных с гипотрофией?

- а) лидаза
- б) панзинорм
- в) дезоксирибонуклеаза
- г) креон
- д) N-ацетилцистеин

3. В качестве общих требований к проведению диетотерапии больным с паратрофией могут выступать все, кроме:

- а) ограничение питания, с помощью которого можно добиться замедления нарастания массы тела без ее потери
- б) прием ребенком калорийной пищи в первую половину суток
- в) упорядочение режима кормлений
- г) увеличение продолжительности каждого кормления
- д) обеспечение детей на искусственном вскармливании дополнительным количеством жидкости для выведения солей

Вариант 10.

1. Как изменяются показатели физического развития при гипостатуре?

- а) отставание в массе
- б) отставание в росте
- в) избыток массы
- г) отставание в массе и длине тела
- д) избыток длины тела

2. Клиническими признаками гипотрофии 1 степени являются все, кроме:

- а) истончение подкожно-жирового слоя
- б) уменьшение массы тела от 10 до 20%
- в) снижение темпов роста
- г) уменьшение индекса упитанности Чулицкой
- д) снижение тургора тканей

3. При лечении паратрофии используют все, кроме:
- а) организация этапного диетического питания
 - б) организация двигательного режима
 - в) назначение препаратов, снижающих аппетит
 - г) регулярное пребывание на свежем воздухе
 - д) назначение массажа, гимнастики, гидропроцедур

Вариант 11.

1. В классификации хронических расстройств питания учитываются:
- а) тип дистрофии и этиология
 - б) степень тяжести
 - в) период
 - г) время возникновения
 - д) все вышеперечисленное
2. На этапе установления толерантности объем питания ребенка с гипотрофией 2 степени (масса 4,5 кг) составляет:
- а) $\frac{1}{5}$ должествующей массы тела
 - б) $\frac{1}{5}$ фактической массы тела
 - в) $\frac{1}{5}$ приблизительно должествующей массы тела
 - г) $\frac{1}{6}$ фактической массы тела
 - д) $\frac{1}{7}$ фактической массы тела
3. Критериями тяжести паротрофии являются все, кроме:
- а) показатели толерантности к пище
 - б) показатели, характеризующие избыток пищи
 - в) показатели гипоксии
 - г) показатели, характеризующие иммунобиологическую резистентность к различным внешним факторам
 - д) показатели нервно-психического развития

Вариант 12.

1. При установлении тяжести гипотрофии учитывают:
- а) дефицит массы тела
 - б) дефицит длины тела
 - в) состояние толерантности
 - г) наличие признаков полигиповитаминоза
 - д) состояние резистентности
 - е) все вышеперечисленное
2. Как изменяется иммунный статус у детей при гипотрофии 3 степени?
- а) иммунный статус не изменен
 - б) имеются признаки угнетения клеточного иммунитета
 - в) имеются признаки угнетения гуморального иммунитета
 - г) имеются признаки угнетения клеточного и гуморального иммунитета
 - д) имеются признаки повышения клеточного и гуморального иммунитета
3. Для респираторных заболеваний у детей с паратрофией типично все, кроме:
- а) рецидивирование
 - б) выраженная дыхательная недостаточность

- в) обструктивные наслоения
- г) несоответствие клинических и физикальных данных
- д) рефрактерность к лечению

Вариант 13.

1. Критериями достаточного и полноценного питания на 1-ом году жизни являются:

- а) хорошая прибавка в массе
- б) низкий тургор тканей
- в) хорошее психомоторное развитие ребенка
- г) преобладание положительного эмоционального комплекса у ребенка
- д) короткие промежутки между кормлениями по требованию ребенка
- е) наличие железодефицитной анемии

2. Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии составляет:

- а) 5-8%
- б) 5-15%
- в) 10-20%
- г) 20-30%
- д) 10-15%

3. Ферментативные препараты и анаболические гормоны показаны при лечении гипотрофии:

- а) не показаны
- б) I степени
- в) II степени
- г) III степени

Вариант 14.

1. К возникновению постнатальной гипотрофии могут приводить:

- а) алиментарные факторы
- б) инфекционные заболевания
- в) несвоевременная вакцинопрофилактика
- г) генетические факторы
- д) сахарный диабет у матери
- е) железодефицитная анемия

2. Объем питания при постнатальной гипотрофии II степени в период определения толерантности к пище составляет:

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы
- д) 1/8 от нормы

3. К паратрофии относятся состояния с:

- а) дефицитом массы более 10%
- б) избытком массы от 5 до 10%
- в) избытком массы от 10% до 20%
- г) избытком массы и роста более 10%
- д) дефицитом массы более 15%

Вариант 15.

1. Основной причиной угнетения иммунологической реактивности при гипотрофии является нарушение обмена:

- а) белков
- б) жиров
- в) углеводов
- г) микроэлементов
- д) витаминов

2. Объем питания при постнатальной гипотрофии III степени в период определения толерантности к пище составляет:

- а) 2/3 от нормы
- б) 1/2 от нормы
- в) 1/3 от нормы
- г) 1/4 от нормы
- д) 1/8 от нормы

3. Какие продукты питания следует ограничить при паротрофии у детей?

- а) овощи
- б) сладкие фрукты
- в) каши
- г) цитрусовые
- д) мясо

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: «Хронические расстройства питания».

Вариант 1. 1-а,в,г; 2-в; 3-г

Вариант 2. 1-а,б,г; 2-б; 3-в

Вариант 3 1-а; 2-в; 3-б,г

Вариант 4. 1-в; 2-а; 3-а,в

Вариант 5. 1-г; 2-б; 3-д

Вариант 6 1-в; 2-г; 3-б

Вариант 7. 1-г; 2-а; 3-д

Вариант 8. 1-г; 2-а; 3-в

Вариант 9. 1-в; 2-б,г; 3-г

Вариант 10. 1-г; 2-в; 3-в

Вариант 11. 1-д 2-б; 3-в

Вариант 12. 1-е; 2-г; 3-д

Вариант 13. 1-а,в,г; 2-в; 3-г

Вариант 14. 1-а,б,г; 2-б; 3-в

Вариант 15 1-а; 2-в; 3-б,г

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности крови и кроветворения. Железодефицитная анемия»

Вариант 1.

1. Основной этиологический фактор железодефицитной анемии:

- а) дефицит железа в организме;
- б) недоношенность;
- в) многоплодие

- г) переносимость
- д) аномалии конституции

2. Показания для парентерального назначения препаратов железа:

- а) тяжелая степень анемии;
- б) состояние после резекции желудка;
- в) синдром нарушенного кишечного всасывания;
- г) плохая переносимость препаратов железа
- д) легкая степень анемии

3. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода в:

- а) первый триместр беременности
- б) второй триместр беременности
- в) третий триместр беременности
- г) первые 3 недели беременности
- д) первые 8 недель беременности

Вариант 2

1. Для железодефицитной анемии не характерно:

- а) снижение уровня гемоглобина;
- б) снижение содержания эритроцитов;
- в) увеличение цветового показателя;
- г) пойкилоцитоз
- д) снижение содержания общего железа в сыворотке крови

2. К сидеропеническим симптомам железодефицитной анемии относятся:

- а) бледность кожных покровов;
- б) ангулярный стоматит;
- в) извращенный вкус;
- г) оральный цианоз
- д) афтозный стоматит

3. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:

- а) нормохромной
- б) гиперхромной
- в) гипохромной

Вариант 3

1. Для железодефицитной анемии характерно

- а) снижение общей железосвязывающей способности сыворотки;
- б) снижение уровня транспортного железа;
- в) гипохромия эритроцитов;
- г) снижение числа эритроцитов в единице объема крови
- д) нейтрофильный лейкоцитоз

2. Показания для переливания крови при железодефицитной анемии:

- а) снижение уровня гемоглобина ниже 80 г/л,
- б) тяжелая анемия с признаками нарушения центральной гемодинамики;
- в) снижение уровня гемоглобина ниже 70 г/л
- г) легкая степень анемия
- д) средняя степень анемии

3. Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется:

- а) гипоплазией
- б) аплазией
- в) напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови

- г) напряженностью лейкопоза
- д) всем вышеперечисленным

Вариант 4

1. Постнатальные факторы риска развития железодефицитной анемии:
 - а) искусственное вскармливание адаптированными смесями;
 - б) недоношенные дети;
 - в) несвоевременное пережатие пуповины;
 - г) хронические заболевания кишечника
 - д) все вышеперечисленное
2. Основные звенья патогенеза железодефицитной анемии:
 - а) гипоксия
 - б) снижение активности ферментов;
 - в) интоксикация;
 - г) иммунокомплексный механизм
 - д) аутоиммунный механизм
3. При железодефицитной анемии выявляется снижение:
 - а) процента насыщения трансферрина
 - б) уровня сывороточного железа
 - в) уровня ферритина в сыворотке
 - г) концентрации гемоглобина в эритроците
 - д) железосвязывающей способности сыворотки крови

Вариант 5

1. Для железодефицитной анемии характерно:
 - а) снижение количества эритроцитов в единице объема крови;
 - б) снижение уровня гемоглобина;
 - в) снижение цветового показателя;
 - г) макроцитоз
 - д) лейкоцитоз
2. Антенатальные факторы риска развития железодефицитной анемии:
 - а) фетоплацентарные кровотечения;
 - б) анемия у матери в первые 3 месяца беременности;
 - в) токсикозы беременности
 - г) искусственное вскармливание
 - д) хронические заболевания кишечника
3. Депонированное железо представлено в организме в виде:
 - а) двуокиси железа
 - б) гемосидерина
 - в) закиси железа
 - г) ферритина
 - д) всем вышеперечисленным

Вариант 6

1. К общеанемическим симптомам железодефицитной анемии относятся:
 - а) извращение вкуса;
 - б) очаги депигментированной кожи;
 - в) головокружения;
 - г) бледность кожных покровов
 - д) афтозный стоматит

2. Суточная терапевтическая доза элементарного железа для лечения железодефицитной анемии у детей до 3-летнего возраста:

- а) 5-8 мг в сутки;
- б) 100-120 мг в сутки;
- в) 5-8 мг/кг в сутки;
- г) 50-80 мг в сутки
- д) 200 мг в сутки

3. Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются:

- а) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей)
- б) синдром мальабсорбции
- в) инфекционные заболевания
- г) аплазия костного мозга
- д) повышенная потребность организма ребенка в железе в определенные возрастные периоды
- е) ювенильные маточные кровотечения у девочек

Вариант 7.

1. Интранатальные факторы риска развития железодефицитной анемии:

- а) многоплодие;
- б) поздняя перевязка пуповины;
- в) преждевременная перевязка пуповины;
- г) недоношенность
- д) рахит

2. Принципы лечения железодефицитной анемии:

- а) терапия препаратами железа должна прекращаться сразу после нормализации уровня гемоглобина в крови;
- б) всем больным с анемией третьей степени тяжести показаны переливания крови;
- в) всем больным с железодефицитной анемией показано назначение препаратов железа;
- г) предпочтение должно отдаваться препаратам железа перорального приема
- д) предпочтение должно отдаваться препаратам железа парентерального приема

3. Клинические симптомы железодефицитной анемии:

- а) нарастающая бледность кожных покровов
- б) лимфаденопатия
- в) утомляемость, раздражительность
- г) трофические нарушения кожи, волос, ногтей
- д) гектическая лихорадка
- е) систолический шум с максимумом на верхушке

Вариант 8

1 У детей первых двух лет жизни основным фактором риска развития железо дефицитной анемии является:

- а) синдром мальабсорбции'
- б) алиментарный дефицит железа;
- в) недоношенность;
- г) гормональные нарушения обмена железа в организме
- д) частые ОРВИ

2. Показания для парентерального назначения препаратов железа:

- а) тяжелая степень анемии
- б) неспецифический язвенный колит
- в) острые респираторные вирусные заболевания

- г) хронический энтероколит
- д) легкая степень анемии

3. Принципами лечения железодефицитных анемий являются:

- а) заместительная терапия препаратами крови
- б) витаминотерапия витамином С
- в) витаминотерапия витаминами группы В
- г) использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами, белками
- д) назначение препаратов железа
- е) глюкокортикоидная терапия

Вариант 9

1. После нормализации уровня гемоглобина в крови лечение препаратами железа должно продолжаться:

- а) 2-3 месяца;
- б) не более 2 недель;
- в) сразу заканчиваться;
- г) 3-4 месяца
- д) не более 10 дней

2. В патогенезе железодефицитной анемии имеют значение:

- а) гиперкапния;
- б) гипервентиляция;
- в) нарушение активности ферментов
- г) гипоксия
- д) ацидоз

3. Большая часть железа всасывается в желудочно-кишечном тракте в:

- а) желудке
- б) двенадцатиперстной кишке
- в) сигмовидной кишке
- г) поперечноободочной кишке
- д) прямой кишке

Вариант 10

1. Снижением активности железосодержащих ферментов обусловлены следующие симптомы анемии:

- а) бледность кожных покровов;
- б) снижение аппетита;
- в) ангулярный стоматит;
- г) миокардиодистрофия
- д) акроцианоз

2. Дети, получающие препараты железа, должны осматриваться педиатром:

- а) 1 раз в три месяца;
- б) 1 раз в месяц;
- в) 1 раз в две недели;
- г) 1 раз в шесть месяцев
- д) 1 раз в неделю

3. При микроскопии эритроцитов при железодефицитной анемии выявляются:

- а) шизоцитоз
- б) анизоцитоз с наклонностью к микроцитозу
- в) сфероцитоз
- г) пойкилоцитоз
- д) мишеневидные эритроциты

Вариант 11

1. Для железодефицитной анемии характерно:

- а) снижение общей железосвязывающей способности сыворотки;
- б) снижение уровня транспортного железа;
- в) гипохромия эритроцитов;
- г) снижение числа эритроцитов в единице объема крови
- д) лейкоцитоз

2. Основные звенья патогенеза железодефицитной анемии:

- а) гипоксия;
- б) снижение активности ферментов;
- в) интоксикация;
- г) иммунокомплексный механизм
- д) аутоиммунный механизм

3. Уровень гемоглобина (г/л) сразу после рождения у ребенка составляет:

- а) 100-140
- б) 120-140
- в) 160-180
- г) 180-240
- д) 100-110

Вариант 12

1. К общеанемическим симптомам железодефицитной анемии относятся:

- а) извращение вкуса;
- б) очаги депигментированной кожи;
- в) головокружения;
- г) бледность кожных покровов
- д) акроцианоз

2. Показания для переливания крови при железодефицитной анемии:

- а) снижение уровня гемоглобина ниже 80 г/л,
- б) тяжелая анемия с признаками нарушения центральной гемодинамики;
- в) снижение уровня гемоглобина ниже 70 г/л
- г) легкая степень анемии
- д) средняя степень анемии

3. У детей в возрасте старше 1 года уровень гемоглобина (г/л) составляет;

- а) 100-140
- б) 110-130
- в) 120-140
- г) 160-180
- д) 100-110

Вариант 13.

1. Основной этиологический фактор железодефицитной анемии:

- а) дефицит железа в организме;
- б) недоношенность;
- в) многоплодие
- г) переносимость
- д) аномалии конституции

2. Показания для парентерального назначения препаратов железа:

- а) тяжелая степень анемии;
- б) состояние после резекции желудка;
- в) синдром нарушенного кишечного всасывания;
- г) плохая переносимость препаратов железа

д) легкая степень анемии

3. Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода в:

а) первый триместр беременности

б) второй триместр беременности

в) третий триместр беременности

г) первые 3 недели беременности

д) первые 8 недель беременности

Вариант 14

1. Для железодефицитной анемии не характерно:

а) снижение уровня гемоглобина;

б) снижение содержания эритроцитов;

в) увеличение цветового показателя;

г) пойкилоцитоз

д) снижение содержания общего железа в сыворотке крови

2. К сидеропеническим симптомам железодефицитной анемии относятся:

а) бледность кожных покровов;

б) ангулярный стоматит;

в) извращенщ вкуса;

г) оральный цианоз

д) афтозный стоматит

3. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:

а) нормохромной

б) гиперхромной

в) гипохромной

Вариант 15

1. Для железодефицитной анемии характерно

а) снижение общей железосвязывающей способности сыворотки;

б) снижение уровня транспортного железа;

в) гипохромия эритроцитов;

г) снижение числа эритроцитов в единице объема крови

д) нейтрофильный лейкоцитоз

2. Показания для переливания крови при железодефицитной анемии:

а) снижение уровня гемоглобина ниже 80 г/л,

б) тяжелая анемия с признаками нарушения центральной гемодинамики;

в) снижение уровня гемоглобина ниже 70 г/л

г) легкая степень анемия

д) средняя степень анемии

3. Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется:

а) гипоплазией

б) аплазией

в) напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови

г) напряженностью лейкопоэза

д) всем вышеперечисленным

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: «Анатомо-физиологические особенности крови и кроветворения у детей.

Железодефицитная анемия».

Вариант 1. 1-а, 2-б, в, 3-в

Вариант 2. 1-б, в, 2-б, в, 3-в

Вариант 3. 1-6,в, 2-6, 3-в

Вариант 4. 1-6,г, 2-а,6, 3- а,б,в,г

Вариант 5. 1-6,в, 2-а,в, 3-б,г

Вариант 6. 1-в,г, 2-в, 3-а,б,в,д,е

Вариант 7. 1-6,в, 2-в,г, 3-а,в,г,е

Вариант 8. 1-6, 2-6,г, 3-б,в,г,д

Вариант 9. 1-а, 2-в,г, 3-б

Вариант 10. 1-6,г, 2-в, 3-б,г

Вариант 11. 1-6,в, 2-а,6, 3-г

Вариант 12. 1-в,г, 2-6,3-в

Вариант 13. 1-а, 2-б,в, 3-в

Вариант 14. 1-6,в, 2-6,в, 3-в

Вариант 15. 1-6,в, 2-6, 3-в

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности органов дыхания. Семиотика поражения. Бронхиты.»

Вариант №1

1. Все дыхательные пути у ребенка по сравнению со взрослыми имеют:

- а) меньшие размеры
- б) большие размеры
- в) более широкие просветы
- г) более узкие просветы
- д) не отличаются от взрослых

2. Для дыхательной аритмии характерно:

- а) учащение ЧСС при вдохе
- б) замедление ЧСС при вдохе
- в) учащение ЧСС при выдохе
- г) замедление ЧСС при выдохе
- д) замедление при вдохе и выдохе

3. Мучительный сухой непрерывный кашель характерен для:

- а) бронхита;
- б) плеврита;
- в) фарингита;
- г) трахеита;
- д) пневмонии

Вариант 2

1. Подслизистый слой дыхательных путей у детей содержит:

- а) рыхлую клетчатку
- б) мало эластических элементов
- в) много соединительнотканых элементов
- г) бедную васкуляризацию
- д) выраженную васкуляризацию

2. «Хронический бронхит» подтверждается окончательно следующими исследованиями:

- а) клинический анализ крови
- б) рентгенография легких

- в) иммунограмма
- г) бронхоскопия
- д) бронхография

3. Для острого бронхиолита характерно преимущественное воспаление слизистой:

- а) мелких бронхов
- б) трахеи
- в) крупных бронхов
- г) бронхиол
- д) гортани

Вариант 3

1. Надгортанник у новорожденных:

- а) длинный;
- б) широкий;
- в) узкий;
- г) короткий;
- д) тонкий

2. Наиболее широко при лечении бронхитов используются:

- а) пенициллиновые производные
- б) фторхинолоны
- в) цефалоспорины
- г) тетрациклины
- д) сульфаниламиды

3. Тимпанический оттенок перкуторного звука наблюдается при:

- а) эмфиземе;
- б) пневмонии;
- в) плевритах;
- г) каверне;
- д) бронхите

Вариант 4

1. Выделите причины врожденного стридора

- а) мягкость хрящей трахеи
- б) отсутствие хрящей трахеи
- в) подвижность трахеи
- г) отсутствие мышечных волокон в перепонке трахеи
- д) отсутствие соединительнотканых элементов в перепонке трахеи

2. Выделяют следующие клинические формы бронхитов, кроме:

- а) острый бронхит
- б) подострый бронхит
- в) затяжной бронхит
- г) рецидивирующий бронхит
- д) хронический бронхит

3. Диагноз: «Хронический бронхит» подтверждается окончательно следующими исследованиями:

- а) клинический анализ крови
- б) рентгенография легких
- в) иммунограмма
- г) бронхоскопия
- д) бронхография

Вариант 5

1. Для крупа характерно:

- а) свистящий выдох
- б) свистящий вдох
- в) грубый лающий кашель
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

2. Ослабление везикулярного дыхания наблюдается при:

- а) бронхитах
- б) кавернах
- в) пневмониях
- г) плевритах
- д) трахеитах

3. Внутрибольничные острые бронхиты чаще всего вызываются:

- а) пневмококком
- б) гемофильной палочкой
- в) стафилококком
- г) стрептококком
- д) грамотрицательной флорой

Вариант 6

1. Нормы частоты дыханий новорожденного в минуту

- а) 40
- б) 60
- в) 80
- г) 30
- д) 20

2. Обструктивный характер бронхита наиболее часто вызывают:

- а) РС – вирусы
- б) риновирусы
- в) энтеровирусы
- г) микоплазмы
- д) аденовирусы

3. К отхаркивающим препаратам относятся:

- а) карбоцистеин
- б) лазолван
- в) бронхикум

- г) бромгексин
- д) ацетилцистеин

Вариант 7

1. Норма частоты дыхания ребенка 1 года в минуту:

- а) 40
- б) 60
- в) 30
- г) 35
- д) 20

2. Диагноз: «Хронический бронхит» подтверждается окончательно следующими исследованиями:

- а) клинический анализ крови
- б) рентгенография легких
- в) иммунограмма
- г) бронхоскопия
- д) бронхография

3. К муколитическим препаратам относятся следующие препараты:

- а) ацетилцистеин
- б) карбоцистеин
- в) бронхикум
- г) бромгексин
- д) лазолван

Вариант 8

1. Для пуэрильного дыхания характерно:

- а) удлиненный выдох
- б) затрудненный выдох
- в) хорошо слышен вдох
- г) шумное дыхание
- д) затрудненный вдох

2. Все дыхательные пути у ребенка по сравнению со взрослыми имеют:

- а) меньшие размеры;
- б) большие размеры;
- в) более широкие просветы;
- г) более узкие просветы
- д) не отличаются от взрослых

3. Рецидивирующий бронхит клинически характеризуется:

- а) повторением эпизодов острого бронхита 3 – 4 раза и более в год
- б) повторением эпизодов острого бронхита 2 – 3 раза в год
- в) склонностью к затяжному течению
- г) прогрессирование вентиляционной недостаточности
- д) длительный (более 9 – 10 мес.) кашель

Вариант 9

1. Влажные хрипы характерны для:

- а) отека легких
- б) бронхита
- в) ларингита
- г) всего перечисленного
- д) трахеита

2. При хроническом бронхите ведущая роль в развитии болезни принадлежит:

- а) цитомегаловирусу
- б) бактериям
- в) грибам
- г) энтеровирусам
- д) вирусу кори

3. Подслизистый слой дыхательных путей у детей содержит:

- а) рыхлую клетчатку
- б) мало эластических элементов
- в) много соединительнотканых элементов
- г) бедную васкуляризацию
- д) богатую васкуляризацию

Вариант 10

1. Ослабление везикулярного дыхания наблюдается при:

- а) бронхитах
- б) кавернах
- в) пневмониях
- г) плевритах
- д) трахеитах

2. При обструктивном бронхите на рентгенограмме определяется:

- а) усиление легочного рисунка за счет перибронхиальной инфильтрации
- б) усиление легочного рисунка за счет выраженного сосудистого и интерстициального компонента
- в) уменьшение структурности и четкости прикорневых зон
- г) повышение прозрачности периферических отделов легких
- д) очаги затемнения в легких

3. Надгортанник у новорожденных:

- а) длинный
- б) широкий
- в) узкий
- г) короткий
- д) тонкий

Вариант 11

1. Все дыхательные пути у ребенка по сравнению со взрослыми имеют:

- а) меньшие размеры
- б) большие размеры
- в) более широкие просветы
- г) более узкие просветы
- д) не отличаются от взрослых

2. Подслизистый слой дыхательных путей у детей содержит:

- а) рыхлую клетчатку
- б) мало эластических элементов
- в) много соединительнотканых элементов
- г) бедную васкуляризацию
- д) богатую васкуляризацию

3. Рецидивирующий бронхит клинически характеризуется:

- а) повторением эпизодов острого бронхита 3 – 4 раза и более в год
- б) повторением эпизодов острого бронхита 2 – 3 раза в год
- в) склонностью к затяжному течению
- г) прогрессирование вентиляционной недостаточности
- д) длительный (более 9 – 10 мес.) кашель

Вариант 12

1. Для дыхательной аритмии характерно:

- а) учащение ЧСС при вдохе;
- б) замедление ЧСС при вдохе;
- в) учащение ЧСС при выдохе;
- г) замедление ЧСС при выдохе
- д) замедление при вдохе и выдохе

2. Мучительный сухой непрерывный кашель характерен для:

- а) бронхита;
- б) плеврита;
- в) фарингита;
- г) трахеита;
- д) пневмония

3. Надгортанник у новорожденных:

- а) длинный
- б) широкий
- в) узкий
- г) короткий
- д) тонкий

Вариант 13

1. Выделите причины врожденного стридора

- а) мягкость хрящей трахеи
- б) отсутствие хрящей трахеи
- в) подвижность трахеи
- г) отсутствие мышечных волокон в перепонке трахеи
- д) отсутствие соединительнотканых волокон

2. Наиболее широко при лечении бронхитов используются:

- а) пенициллиновые производные
- б) фторхинолоны
- в) цефалоспорины
- г) тетрациклины
- д) сульфаниламиды

3. Нормы частоты дыханий новорожденного в минуту

- а) 40
- б) 60
- в) 80
- г) 30
- д) 20

Вариант 14

1. Нормы частоты дыханий новорожденного в минуту

- а) 40
- б) 60
- в) 20
- г) 35
- д) 20

2. Выделяют следующие клинические формы бронхитов, кроме:

- а) острый бронхит
- б) подострый бронхит
- в) затяжной бронхит
- г) рецидивирующий бронхит
- д) хронический бронхит

3. Для пуэрильного дыхания характерно:

- а) удлиненный выдох
- б) затрудненный выдох
- в) хорошо слышен вдох
- г) шумное дыхание
- д) затрудненный вдох

Вариант 15

1. Влажные хрипы характерны для:

- а) отека легких
- б) бронхита

- в) ларингита
- г) трахеита
- д) всего перечисленного

2. Для острого бронхиолита характерно преимущественное воспаление слизистой:

- а) мелких бронхов
- б) трахеи
- в) крупных бронхов
- г) бронхиол
- д) гортани

3. Мучительный сухой непрерывный кашель характерен для:

- а) бронхита
- б) плеврита
- в) фарингита
- г) трахеита
- д) пневмонии

Эталоны ответов по тестовому контролю по теме: Анатомо-физиологические особенности органов дыхания, семиотика поражения. Бронхиты.

Билет	Вопросы		
	1	2	3
1	а, г	а, г	в, г
2	а, б	г, д	а, г
3	б, г	а, в	а, г
4	а, в	б	г, д
5	б, в	а, б	д
6	а, б	а	б, в, г
7	в, г	г, д	а, б
8	а, в	б, в	а, в
9	а, б	б, в	а, б
10	в, г	а, в	б, г
11	а, г	а, б	а, в
12	а, г	в, б	б, г
13	а, в	а, в	а, б
14	а, б	б	а, в
15	а, б	г	в, г

**Вопросы тестового контроля по теме :
«Острые пневмонии у детей»**

Вариант 1.

1. Обязательный план обследования при острой пневмонии включает:
 1. клинический анализ крови
 2. бронхоскопия
 3. бронхография
 4. рентгенография легких
 5. томография
2. Развитие деструкции легочной ткани характерно для пневмонии, вызванной:
 1. пневмококком
 2. стафилококком
 3. пневмоцистами
 4. хламидиями
 5. гемофильной палочкой
3. К наиболее частым осложнениям пневмонии у детей относятся:
 1. судорожный синдром
 2. надпочечниковая недостаточность
 3. дыхательная недостаточность
 4. кишечный токсикоз
 5. острая почечная недостаточность

Вариант 2.

1. При лечении пневмонии, вызванной хламидиями, препаратами выбора являются:
 1. «защищенные» пенициллины
 2. цефалоспорины
 3. фторхинолоны.
 4. макролиды
 5. аминогликозиды
2. Пневмонии по морфологической форме делятся на:
 1. очаговые
 2. односторонние
 3. интерстициальные
 4. крупозные
 5. сегментарные
3. Легочными осложнениями при пневмонии считаются:
 1. деструкция
 2. абсцедирование
 3. плеврит
 4. пневмоторакс
 5. острое легочное сердце

Вариант 3.

1. При затяжном течении пневмонии дифференциальный диагноз проводится с:
 1. первичным туберкулезом легких
 2. муковисцидозом
 3. хроническим бронхитом

4. облитерирующим бронхиолитом
5. бронхиальной астмой

2. Для пневмонии, вызванной атипичной флорой, характерны:

1. гипертермия
2. нормальная температура тела
3. фокальные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
4. диффузные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
5. острое начало

3. По течению острая пневмония бывает:

1. острая
2. подострая
3. затяжная
4. рецидивирующая
5. латентная

Вариант 4.

1. Деструкция легочной ткани возможна при пневмонии, вызванной:

1. стафилококком
2. стрептококком
3. пневмококком
4. синегнойной палочкой
5. цитомегаловирусом

2. Локальная физикальная симптоматика при острой пневмонии включает следующие симптомы:

1. укорочение перкуторного звука
2. ослабление дыхания
3. коробочный характер звука
4. ассиметричные влажные хрипы
5. симметричные сухие хрипы

3. Для острой очаговой пневмонии характерно перечисленное, кроме:

1. кашель
2. гипертермия
3. коробочный характер перкуторного звука
4. ослабленное дыхание
5. везикулярное дыхание

Вариант 5.

1. Эффективными при стрептококковой пневмонии являются:

1. пенициллин
2. ампициллин
3. макролиды
4. левомицетин
5. метронидазол

2. К легочным осложнениям при острой пневмонии относятся:

1. плеврит
2. кардит
3. септический шок

- 4.пиопневмоторакс
- 5.ДВС – синдром

3.Ведущими возбудителями острой пневмонии у детей от 6 месяцев до 6 лет являются:

- 1.пневмококк
- 2.гемофильная палочка
- 3.стафилококки
- 4.клебсиелла
- 5.синегнойная палочка

Вариант 6.

1. Эффективными при пневмонии, вызванной *Haemophilus influenzae*, являются:

1. амоксиклав
2. цефтриаксон
3. цефуроксим
4. сумамед
5. метронидазол

2.Атипичные пневмонии, как правило, вызываются:

- 1.микоплазмами
- 2.синегнойной палочкой
- 3.протеем
- 4.вирусами
- 5.хламидиями

3.У детей первых 6 месяцев жизни среди бактериальных возбудителей острой пневмонии преобладают:

- 1.стафилококки
- 2.пневмококк
- 3.гемофильная палочка
- 4.кишечная палочка
- 5.стрептококк

Вариант 7.

1.Эффективными при микоплазменной пневмонии являются:

1. эритромицин
2. сумамед
3. ампициллин
4. гентамицин
5. метронидазол

2.Ведущими возбудителями острой пневмонии у детей от 6 месяцев до 6 лет являются:

- 1.пневмококк
- 2.гемофильная палочка
- 3.стафилококки
- 4.клебсиелла
- 5.синегнойная палочка

3.Обязательный план обследования при острой пневмонии включает:

- 1.клинический анализ крови
- 2.бронхоскопия
- 3.бронхография

- 4.рентгенография легких
- 5.томография

Вариант 8.

- 1.Кортикостероиды при острой пневмонии назначают как средство борьбы с:
 - 1. шоком
 - 2. отеком мозга
 - 3. отеком легкого
 - 4. ДВС-синдромом
 - 5. кашлем
- 2.У детей первых 6 месяцев жизни среди бактериальных возбудителей острой пневмонии преобладают:
 - 1.стафилококки
 - 2.пневмококк
 - 3.гемофильная палочка
 - 4.кишечная палочка
 - 5.стрептококк
3. К легочным осложнениям при острой пневмонии относятся:
 - 1.плеврит
 - 2.кардит
 - 3.септический шок
 - 4.пиопневмоторакс
 - 5.ДВС – синдром

Вариант 9.

- 1.К муколитическим препаратам относятся следующие препараты:
 - 1.ацетилцистеин
 - 2.карбоцистеин
 - 3.бронхикум
 - 4.бромгексин
 - 5.амброгексал
- 2.Для острой очаговой пневмонии характерно перечисленное, кроме:
 - 1.кашель
 - 2.гипертермия
 - 3.коробочный характер перкуторного звука
 - 4.ослабленное дыхание
 - 5.везикулярное дыхание
- 3.Для пневмонии, вызванной атипичной флорой, характерны :
 - 1.гипертермия
 - 2.нормальная температура тела
 - 3.фокальные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
 - 4.диффузные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
 - 5.острое начало

Вариант 10.

- 1.Пневмонии по клинико-рентгенологическим данным делятся на:
 - 1. очаговые
 - 2. односторонние

3. интерстициальные
4. крупозные
5. сегментарные

2. По течению острая пневмония бывает:

1. острая
2. подострая
3. затяжная
4. рецидивирующая
5. латентная

3. Локальная физикальная симптоматика при острой пневмонии включает следующие симптомы:

1. укорочение перкуторного звука
2. ослабление дыхания
3. коробочный характер звука
4. асимметричные влажные хрипы
5. симметричные сухие хрипы

Вариант 11

1. Эффективными при хламидийной пневмонии являются:

1. макролиды
2. аминогликозиды
3. цефалоспорины 2 поколения
4. цефалоспорины 3 поколения
5. карбопенемы

2. Острая пневмония - это воспалительное заболевание легких, продолжающееся не более:

1. 1 недели
2. 2 недель
3. 3 недель
4. 4 недель
5. 6 недель

3. К легочным осложнениям при острой пневмонии относятся:

1. плеврит
2. кардит
3. септический шок
4. пиопневмоторакс
5. ДВС – синдром

Вариант 12

1. Пневмония, вызванная атипичной флорой, подтверждается следующими исследованиями:

1. бронхоскопия
2. бронхография
3. рентгенография легких
4. иммунограмма
5. определение титра антител к возбудителям

2.Кортикостероиды при острой пневмонии назначают как средство борьбы с:

1. шоком
2. отеком мозга
3. отеком легкого
4. ДВС-синдромом
5. кашлем

3.Атипичные пневмонии, как правило, вызываются:

- 1.микоплазмами
- 2.синегнойной палочкой
- 3.протеем
- 4.вирусами
- 5.хламидиями

Вариант 13.

1.Легочными осложнениями при пневмонии считаются:

1. деструкция
2. абсцедирование
3. плеврит
4. пневмоторакс
5. острая сердечная недостаточность

2.Обязательный план обследования при острой пневмонии включает:

- 1.клинический анализ крови
- 2.бронхоскопия
- 3.бронхография
- 4.рентгенография легких
- 5.томография

3. При лечении пневмонии, вызванной атипичной флорой, препаратами выбора являются:

- 1.полусинтетические пенициллины
- 2.цефалоспорины 4 поколения
- 3.фторхинолоны
- 4.макролиды
- 5.аминогликозиды

Вариант 14.

1.Ведущими возбудителями острой пневмонии у детей от 6 месяцев до 6 лет являются:

- 1.пневмококк
- 2.гемофильная палочка
- 3.стафилококки
- 4.клебсиелла
- 5.синегнойная палочка

3.Обязательный план обследования при острой пневмонии включает:

- 1.клинический анализ крови
- 2.бронхоскопия

3. бронхография
4. рентгенография легких
5. томография

3. Эффективными при пневмонии, вызванной *Haemophilus influenzae*, являются:

1. амоксилав
2. цефтриаксон
3. цефуросим
4. сумамед
5. метронидазол

Вариант 15.

1. Для деструктивной пневмонии стафилококковой этиологии характерно:

1. высокая лихорадка
2. двустороннее поражение
3. одностороннее поражение
4. плевральные осложнения
5. дыхательная недостаточность

2. Для хламидийной пневмонии характерны :

1. гипертермия
2. нормальная температура тела
3. фокальные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
4. диффузные изменения в легочной ткани на рентгенограмме
5. острое начало

3. По течению острая пневмония бывает:

1. острая
2. подострая
3. затяжная
4. рецидивирующая
5. латентная

Эталонные ответы по тестовому контролю по теме: Острые пневмонии у детей

Билет	Вопросы		
	1	2	3
1	1,4	1,2	3
2	4	1,3,4,5	1,2,3,4
3	1,2	2,4	1,3
4	1,2,3,4	1,2,4	3,5
5	1,2,3	1,4	1,2
6	1,2,3	1,5	1,4
7	1,2	1,2	1,4
8	1,2,3,4	1,4	1,4
9	1,2	3,5	2,4

10	1,3,4,5	1,3	1,2,4
11	1	5	1,4
12	5	1,2,3,4	1,5
13	1,2,3,4	1,4	4
14	1,2	1,4	1,2,3.
15	1,3,4,5	2,4	1,3

Тестовый контроль по теме: «Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы, семиотика поражения. Неревматические кардиты.»

Вариант №1

1. Для дыхательной аритмии характерно:

- а) учащение ЧСС при вдохе
- б) замедление ЧСС при вдохе
- в) учащение ЧСС при выдохе
- г) замедление ЧСС при выдохе
- д) замедление при вдохе и выдохе

Вариант 2

1. Для функциональных сердечных шумов у детей характерно:

- а) проведение за пределы области сердца;
- б) ограничение проведения шума;
- в) мягкие;
- г) жесткие;
- д) грубые

2. Норма ЧСС у новорожденных в минуту:

- а) 100
- б) 110
- в) 120
- г) 140
- д) 90

Вариант 3

1. Эмбриокардия - это:

- а) равенство между I и II тонами
- б) равенство между II и I тонами
- в) большая пауза между I и II тонами
- г) большая пауза между II и I тонами
- д) короткая пауза между I и II тонами

Вариант 4

1. Увеличение размеров сердца вправо наблюдается при:

- а) аортальных пороках
- б) стенозе легочной артерии
- в) дефекте межпредсердной перегородки
- г) коарктации аорты
- д) открытом артериальном протоке

2. При расспросе при поражении сердца менее обращают внимание на:

- а) характер стула
- б) наличие рвоты
- в) малую прибавку в массе
- г) одышку
- д) цианоз

Вариант 5

2. Увеличение границ сердца наблюдается при:

- а) экссудативном перикардите
- б) гипертрофии миокарда
- в) острой пневмонии
- г) остром бронхите
- д) дополнительной хорде левого желудочка

Вариант 6

1. Нормальные перкуторные границы сердца ребенка 13 лет

- а) левая – на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии
- б) левая - по левой среднеключичной линии
- в) верхняя - III ребро
- г) верхняя - II ребро
- д) верхняя IV ребро

2. Нормальные границы сердца перкуторно у ребенка до 2-х лет:

- а) III реберно-верхняя;
- б) II ребро - верхняя;
- в) левая - на 1 см от левой сосковой линии, кнаружи;
- г) левая - на 1 см от левой сосковой линии, кнутри;
- д) IV ребро - верхняя

Вариант 7

1. Нормальные перкуторные границы сердца ребенка 13 лет:

- а) левая – на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии
- б) левая – по левой среднеключичной линии
- в) верхняя – III ребро
- г) верхняя – II ребро
- д) верхняя - IV

2. Эмбриокардия - это:

- а) равенство между I и II тонами
- б) равенство между II и I тонами
- в) большая пауза между I и II тонами

- г) большая пауза между II и I тонами
- д) короткая пауза между I и II тонами

Вариант 8

1. Нормальные перкуторные границы сердца ребенка 5 лет:
- а) верхняя - II ребро
 - б) верхняя - II межреберье
 - в) левая - на 1-2 см снаружи от левой среднеключичной линии
 - г) левая - на 1-2 см внутри от левой среднеключичной линии
 - д) верхняя – IV ребро

Вариант 9

1. Нормальные границы сердца перкуторно у ребенка до 2-х лет:
- а) III реберно-верхняя;
 - б) II ребро - верхняя;
 - в) левая - на 1 см от левой сосковой линии, снаружи;
 - г) левая - на 1 см от левой сосковой линии, внутри;
 - д) верхняя – IV ребро

Вариант 10

1. При расспросе при поражении сердца менее обращают внимание на:
- а) характер стула
 - б) наличие рвоты
 - в) малую прибавку в массе
 - г) одышку
 - д) цианоз

Вариант 11

1. Для функциональных сердечных шумов у детей характерно:
- а) проведение за пределы области сердца;
 - б) ограничение проведения шума;
 - в) мягкие;
 - г) жесткие;
 - д) грубые

Вариант 12

1. Для дыхательной аритмии характерно:
- а) учащение ЧСС при вдохе;
 - б) замедление ЧСС при вдохе;
 - в) учащение ЧСС при выдохе;

- г) замедление ЧСС при выдохе
- д) замедление при вдохе и выдохе

Вариант 13

1. Увеличение размеров сердца вправо наблюдается при:

- а) аортальных пороках
- б) стенозе легочной артерии
- в) дефекте межпредсердной перегородки
- г) коарктации аорты
- д) открытом артериальном протоке

Вариант 14

1. Нормальные перкуторные границы сердца ребенка 13 лет

- а) левая – на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии
- б) левая - по левой среднеключичной линии
- в) верхняя - III ребро
- г) верхняя - II ребро
- д) верхняя IV ребро

Вариант 15

2. Нормальные границы сердца перкуторно у ребенка до 2-х лет:

- а) III реберно-верхняя
- б) II ребро - верхняя
- в) левая - на 1 см от левой сосковой линии, снаружи
- г) левая - на 1 см от левой сосковой линии, кнутри
- д) IV ребро – верхняя

Эталоны ответов к тестовому контролю по теме Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей, семиотика поражения. Неревматические кардиты.

Билет	Вопросы		
	1	2	3
1	а,г		
2	б,в	в,г	
3	а,б		
4	б,в	а,б	
5	а,б		
6	а,в	б,в	
7	б,в	а,б	
8	б,в		

9	б,в		
10	а,б		
11	б,в		
12	а,г		
13	б,в		
14	б,в		
15	б,в		

**Тестовый контроль по теме:
«Организация работы детской поликлиники»**

Вариант №1

1.Первичный патронаж участкового педиатра к доношенному новорожденному ребенку проводится в следующие сроки после выписки из родильного дома:

- 1.1 день
- 2.2 день
- 3.5 день
- 4.6 день
- 5.7 день

2.Здоровые новорожденные дети наблюдаются педиатром на первом месяце жизни:

- 1.2 раза
- 2.3 раза
- 3.не менее 4 раз
- 4.7 раз
- 5.8 раз

3.В какие сроки проводится здоровому новорожденному ребенку 1-я прививка против туберкулеза:

- 1.1 день жизни
- 2.4-7 день жизни
- 3.6 день
- 4.в 3 недели
- 5.в 1 месяц

Вариант №2

1.Дети группы риска (II группа здоровья) наблюдаются на первом году жизни:

- 1.2 раза в месяц
- 2.3 раза в месяц
- 3.4 раза в месяц
- 4.1 раз в месяц

5.по индивидуальному плану

2.Профилактические прививки проводятся с целью предупреждения у детей :

- 1.хронических заболеваний
- 2.аллергических заболеваний
- 3.инфекционных заболеваний
- 4.простудных заболеваний
- 5.онкологических заболеваний

3.Здоровые дети 2-го года жизни осматриваются участковым педиатром :

- 1.1 раз в месяц
- 2.2 раза в месяц
- 3.1 раз в 3 месяца
- 4.1 раз в 2 месяца
- 5.1 раз в 6 месяцев

Вариант №3

1.Здоровые дети старше 3-х лет жизни наблюдаются участковым педиатром в следующие сроки:

- 1.1 раз в 3 месяца
- 2.1 раз в 6 месяцев
- 3.1 раз в 8 месяцев
- 4.1 раз в 9 месяцев
- 5.1 раз в год

2.Прививки детям проводятся:

- 1.в комнате здорового ребенка
- 2.в кабинете участкового педиатра
- 3.в прививочном кабинете
- 4.в перевязочном кабинете
- 5.дома

3.Дети 1-го года жизни с диагнозом острая пневмония нуждаются в лечении:

- 1.амбулаторно
- 2.в общесоматическом отделении
- 3.в отделении неонатологии
- 4.в отделении пульмонологии
- 5.дома

Вариант №4

1.Перед проведением профилактических прививок практически здоровым детям необходимо провести следующие обследования:

- 1.клинический анализ крови
- 2.копрограмма
- 3.анализ кала на яйца глистов
- 4.общий анализ мочи
- 5.исследование функциональных проб печени

2.Кратность осмотров здоровых детей врачом-педиатром на 1-м году жизни следующая:

- 1.2 раза в месяц

- 2.3 раза в месяц
- 3.1 раз в 2 месяца
- 4.1 раз в месяц
- 5.1 раз в квартал

3. Больные дети с хроническими заболеваниями в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии нуждаются в:

- 1. лечения в стационаре
- 2. реабилитации и диспансерном наблюдении
- 3. обследовании в специализированных отделениях
- 4. амбулаторном лечении
- 5. не нуждаются в лечении

Вариант №5

1. Нагрузка на участкового педиатра должна составлять около:

- 1. 500 детей
- 2. 600 детей
- 3. 700 детей
- 4. 800 детей
- 5. 900 детей

2. Первый дородовой патронаж осуществляется на дому при сроке беременности:

- 1. 10-12 недель
- 2. 12-18 недель
- 3. 13-14 недель
- 4. 15-17 недель
- 5. 18-20 недель

3. Новорожденный поступает обычно под наблюдение детской поликлиники на:

- 1. 3-4 день жизни
- 2. 5-6 день жизни
- 3. 1-2 день жизни
- 4. 7-8 день жизни
- 5. 8-9 день жизни

Вариант №6

1. Второй дородовой патронаж проводится при сроке беременности:

- 1. 24-25 недель
- 2. 28-30 недель
- 3. 30-34 недели
- 4. 36-38 недель
- 5. 39-40 недель

2. С учетом характера течения беременности, пренатальных факторов риска, социально-бытовых условий и ряда других факторов выделяют:

- 1. 3 группы риска
- 2. 4 группы риска
- 3. 5 групп риска
- 4. 6 групп риска
- 5. 7 групп риска

3.Перед проведением профилактических прививок практически здоровым детям необходимо провести следующие обследования:

- 1.клинический анализ крови
- 2.копрограмма
- 3.анализ кала на яйца глистов
- 4.общий анализ мочи
- 5.исследование функциональных проб печени

Вариант №7

1.Дети, с риском возникновения хронической патологии и склонные к повышенной заболеваемости относятся к:

- 1.1 группе здоровья
- 2.2 группе здоровья
- 3.3 группе здоровья
- 4.4 группе здоровья
- 5.5 группе здоровья

2.Вакцинация против туберкулеза проводится новорожденным на:

- 1.1-2-й день жизни
- 2.2-3-й день жизни
- 3.3-4-й день жизни
- 4.4-7-й день жизни
- 5.7-8-й день жизни

3. Здоровые дети 2-го года жизни осматриваются участковым педиатром :

- 1.1 раз в месяц
- 2.2 раза в месяц
- 3.1 раз в 3 месяца
- 4.1 раз в 2 месяца
- 5.1 раз в 6 месяцев

Вариант №8

1.Здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья относятся к:

- 1.1 группе здоровья
- 2.2-й группе здоровья
- 3.3-й группе здоровья
- 4.4-1 группе здоровья
- 5.5 й группе здоровья

2.Вакцинацию против полиомиелита начинают проводить в возрасте:

- 1.2 мес.
- 2.3 мес.
- 3.4 мес.
- 4.5 мес.
- 5.6 мес.

3.Первичный патронаж участкового педиатра к доношенному новорожденному ребенку проводится в следующие сроки после выписки из родильного дома:

- 1.1 день
- 2.2 день

- 3.5 день
- 4.6 день
- 5.7 день

Вариант №9

1. Дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации наблюдаются в :

- 1.1 группе здоровья
- 2.2 группе здоровья
- 3.3 группе здоровья
- 4.4 группе здоровья
- 5. 5 группе здоровья

2. Вакцинация против кори проводится в возрасте:

- 1.9-10 мес.
- 2.5 мес.
- 3.10-11 мес.
- 4.12-15 мес.
- 5.18 мес.

3. Здоровые дети старше 3-х лет жизни наблюдаются участковым педиатром в следующие сроки:

- 1.1 раз в 3 месяца
- 2.1 раз в 6 месяцев
- 3.1 раз в 8 месяцев
- 4.1 раз в 9 месяцев
- 5.1 раз в год

Вариант №10

1. Дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации наблюдаются в :

- 1.1 группе здоровья
- 2.2 группе здоровья
- 3.3 группе здоровья
- 4.4 группе здоровья
- 5. 5 группе здоровья

2. Вакцинация против эпидпаротита проводится в возрасте:

- 1.9-10 мес.
- 2.5 мес.
- 3.10-11 мес.
- 4.12-15 мес.
- 5.18 мес.

3. Кратность осмотров здоровых детей врачом-педиатром на 1-м году жизни следующая:

- 1.2 раза в месяц
- 2.3 раза в месяц
- 3.1 раз в 2 месяца
- 4.1 раз в месяц
- 5.1 раз в квартал

Вариант №11

1. Дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации наблюдаются в :

- 1.1 группе здоровья
- 2.2 группе здоровья
- 3.3 группе здоровья
- 4.4 группе здоровья
- 5. 5 группе здоровья

2. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

- 1. 9-10 мес.
- 2. 5 мес.
- 3. 10-11 мес.
- 4. 12-15 мес.
- 5. 18 мес.

3. Здоровые дети 2-го года жизни осматриваются участковым педиатром :

- 1. 1 раз в месяц
- 2. 2 раза в месяц
- 3. 1 раз в 3 месяца
- 4. 1 раз в 2 месяца
- 5. 1 раз в 6 месяцев

Вариант № 12

1. Группа здоровья определяется по следующим критериям

- 1. уровень гармоничности физического и нервно-психического развития
- 2. степень резистентности и сопротивляемости организма
- 3. функциональное состояние органов и систем
- 4. наличие или отсутствие хронических заболеваний и врожденных пороков
- 5. социально-бытовые условия, пренатальные факторы риска

2. Прививки детям проводятся:

- 1. в комнате здорового ребенка
- 2. в кабинете участкового педиатра
- 3. в прививочном кабинете
- 4. в перевязочном кабинете
- 5. дома

3. Дети 1-го года жизни с диагнозом острая пневмония нуждаются в лечении:

- 1. амбулаторно
- 2. в общесоматическом отделении
- 3. в отделении неонатологии
- 4. в отделении пульмонологии
- 5. дома

Вариант №13

1. Первичный патронаж участкового педиатра к доношенному новорожденному ребенку проводится в следующие сроки после выписки из родильного дома:

- 1.1 день
- 2.2 день
- 3.5 день
- 4.6 день
- 5.7 день

2.Здоровые новорожденные дети наблюдаются педиатром на первом месяце жизни:

- 1.2 раза
- 2.3 раза
- 3.не менее 4 раз
- 4.7 раз
- 5.8 раз

3.В какие сроки проводится здоровому новорожденному ребенку 1-я прививка против туберкулеза:

- 1.1 день жизни
- 2.4-7 день жизни
- 3.6 день
- 4.в 3 недели
- 5.в 1 месяц

Вариант №14

1.Дети группы риска (II группа здоровья) наблюдаются на первом году жизни:

- 1.2 раза в месяц
- 2.3 раза в месц
- 3.4 раза в месц
- 4.1 раз в месяц
- 5.по индивидуальному плану

2.Профилактические прививки проводятся с целью предупреждения у детей :

- 1.хронических заболеваний
- 2.аллергических заболеваний
- 3.инфекционных заболеваний
- 4.простудных заболеваний
- 5.онкологических заболеваний

3.Здоровые дети 2-го года жизни осматриваются участковым педиатром :

- 1.1 раз в месяц
- 2.2 раза в месяц
- 3.1 раз в 3 месяца
- 4.1 раз в 2 месяца
- 5.1 раз в 6 месяцев

Вариант №15

1.Здоровые дети старше 3-х лет жизни наблюдаются участковым педиатром в следующие сроки:

- 1.1 раз в 3 месяца
- 2.1 раз в 6 месяцев
- 3.1 раз в 8 месяцев
- 4.1 раз в 9 месяцев

5.1 раз в год

2.Прививки детям проводятся:

- 1.в комнате здорового ребенка
- 2.в кабинете участкового педиатра
- 3.в прививочном кабинете
- 4.в перевязочном кабинете
- 5.дома

3.Дети 1-го года жизни с диагнозом острая пневмония нуждаются в лечении:

- 1.амбулаторно
- 2.в общесоматическом отделении
- 3.в отделении неонатологии
- 4.в отделении пульмонологии
- 5.дома

Эталоны ответов по теме: Организация работы детской поликлиники

Вариант 1 1-2; 2-3; 3-2

Вариант 2 1-5; 2-3; 3-3

Вариант 3 1-2; 2-3; 3-4

Вариант 4 1-1,4; 2-4; 3-2

Вариант 5 1-4; 2-2; 3-2

Вариант 6 1-3; 2-5; 3-1,4

Вариант 7 1-2; 2-4; 3-3

Вариант 8 1-1; 2-2; 3-2

Вариант 9 1-3; 2-4; 3-2

Вариант 10 1-4; 2-4; 3-4

Вариант 11 1-5; 2-4; 3-3

Вариант 12 1-5; 2-3; 3-4

Вариант 13 1-2; 2-3; 3-2

Вариант 14 1-5; 2-3; 3-3

Вариант 15 1-2; 2-3; 3-4

б) критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 90% тестовых заданий.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 80% тестовых заданий.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, ответившему правильно на 70% тестовых заданий и более.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, ответившему правильно менее чем на 70% тестовых заданий.

в) описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.3. Ситуационные задачи

а) типовые задания - образец:

Блок Терапия:

Пациентку Б., 50 лет, в течение года беспокоят периодические боли в сердце, сердцебиения, тремор рук, потливость. С марта 2001 отмечалась потеря веса, в общей сложности 15 кг за 3 месяца. Отмечает эпизоды субфебрилитета в вечернее время. В последние месяцы состояние стало заметно ухудшаться - нарастала слабость, появилась одышка. Отмечено однократное повышение АД до 170/110 мм рт.ст. с развернутой клиникой гипертонического криза, купировавшееся самостоятельно. Постоянного контроля уровня АД не проводилось. Поступила в клинику эндокринологии для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела - 36,8°C. Рост - 157 см, вес - 60 кг. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 150/70 мм^г, ЧСС - 105 ударов в минуту. Щитовидная железа - II степени увеличения (по ВОЗ, 1994), безболезненна при пальпации, подвижна при глотании. Симптом Мебиуса положительный, остальные глазные симптомы отрицательные.

При гормональном исследовании: ТТГ - 0,002 (N: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т₄ - 70,4 (N: 9,0 - 23,2) пмоль/л, св. Т₃ - 3,3 (0,6 - 1,9) нг/мл. Определяется 10 кратное повышение уровня антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО).

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 2,8x1,8x6,1 см. Левая доля: 2,1x1,8x6,0 см. Перешеек: 0,7 см. Объем щитовидной железы - 27 мл.

Вопросы:

1. О каком заболевании наиболее вероятно идет речь.
2. С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его наиболее часто приходится дифференцировать.
3. Какой из приведенных гормональных показателей (ТТГ, Т₄, Т₃) имеет наибольшее, а какой наименьшее диагностическое значение.
4. С назначения каких препаратов и в каких дозах следует начать лечение.
5. Какой метод лечения будет выбран для базовой терапии и почему.

Блок Неврология:

Задача №1

У больного 58 лет, периодически отмечалось повышение АД. После эмоционального напряжения на фоне головной боли внезапно развилось онемение и слабость в правых конечностях.

При осмотре в неврологическом статусе: сознание сохранено, но отмечается заторможенность, вялость, аспонтанность. Легкий симптом Кернинга с 2-х сторон. Правосторонняя гемианопсия. Центральные парезы VII и XII пар ЧМН справа. Выявляются рефлексы орального автоматизма, насильственный плач. Правосторонний афферентный гемипарез, преимущественно выраженный в дистальном отделе руки, мышечный тонус в правых конечностях снижен, сухожильные рефлексы слева выше, чем справа, патологические знаки не вызываются. Атаксия при выполнении координаторных проб справа. Правосторонняя гемигипестезия с грубым нарушением суставно-мышечного чувства.

Объективный статус: АД 190/100 мм рт.ст. PS 100 уд/мин, ритмичный, гиперемия лица. ЧД 20/мин.

Анализ СМЖ: ликвор розового цвета, вытекает частыми каплями, белок 3,87 г/л, лимфоцитарный плеоцитоз 187/3, глюкоза 0,9 ммоль/л; эритроциты покрывают все поле зрения.

Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, лейкоциты - $8,2 \times 10^9$ /л, СОЭ - 25 мм/ч, сахар крови - 5,5 ммоль/л.

КТ головного мозга: в левом полушарии выявляется очаг округлой формы повышенной плотности, окруженный зоной пониженной плотности.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: дексаметазон, маннит, глиатилин.

Задача №2

У больной 20 лет после поездки в электричке, где она сидела у открытого окна, появились боли в заушной области. Через 2 дня обнаружила, что левый глаз плохо закрывается, рот перетянут в правую сторону, жидкая пища выливается из левого угла рта.

При осмотре в неврологическом статусе: отмечается асимметрия лица, на левой половине лобные складки сглажены, левый глаз шире правого, не закрывается, носогубная складка сглажена. Рот перетянут вправо. При нахмуривании левая бровь вверх не поднимается. При оскале рот перекашивается вправо. Надуть щеки и свистнуть не может.

Соматический статус: АД 175/90 мм рт.ст. PS 76 уд/мин, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ СМЖ: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 120 мм вод.ст., белок 0,33 г/л, цитоз 8/3, глюкоза 3,3 ммоль/л.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л, лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, СОЭ – 25 мм/ч, сахар крови – 4,8 ммоль/л.

МРТ головного мозга: очаговых изменений не выявлено.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: метипред, витамин B12, берлитион.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №3

Больной Г., 47 лет. Заболевание началось 2 года назад, когда появились приступы головной боли. В последующем головные боли стали практически постоянными. Три дня назад развился общий судорожный припадок с потерей сознания. На следующий день появились подергивания левой стопы, длившиеся около минуты. В течение суток отмечались четыре подобных приступа без потери сознания.

При осмотре в неврологическом статусе: опущен левый угол рта, язык уклоняется вправо. Отмечаются рефлексы орального автоматизма. Сила рук и ног достаточная, сухожильные и надкостничные рефлексы оживлены, слева выше, чем справа, вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре наблюдался приступ подергивания левой стопы с последующей генерализацией судорог и потерей сознания.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови: СОЭ – 8 мм/ч, лейкоциты – 8000×10^9 , эозинофилы – 7.

Острота зрения – 1,0 на оба глаза. Глазное дно: застойные диски зрительных нервов.

ЭЭГ: дезорганизация основных биоритмов; выявляются единичные острые волны в лобных отведениях.

СМЖ: белок – 1,6 г/л; лимфоцитарный плеоцитоз – 149/3, эозинофилия; РСК с цистицеркозным антигеном положительная.

Краниограмма: усиление сосудистого рисунка, выраженный остеопороз спинки

турецкого седла, множественные обызвествленные цисты.

КТ головного мозга: выявляются признаки внутренней гидроцефалии.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: маннит, дексаметазон, диакарб.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №4

Больная 72 лет, перенесла 3 года назад инфаркт миокарда, после которого стала отмечать общую слабость, одышку при физической нагрузке, иногда отеки на ногах. Днем внезапно нарушилась речь, не смогла ответить на вопросы окружающих; бригадой скорой медицинской помощи доставлена в стационар.

При осмотре в неврологическом статусе: сознание ясное, однако контакт затруднен из-за речевых нарушений. Обращенную речь не понимает, выполняет лишь простейшие задания; собственная речевая продукция значительно нарушена, отмечаются вербальные и латеральные парафазии. Сухожильные рефлексy Д>S.

Соматический статус: выслушиваются незвонкие мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких с 2-х сторон. Сердечные тоны глухие. АД 165/90 мм рт.ст. PS 86 уд/мин, ритмичный. При аускультации сосудов шеи – систолический шум на левой сонной артерии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голеней. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ СМЖ: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 150 мм вод.ст., белок – 0,33 г/л, цитоз – 6/3, глюкоза – 2,6 ммоль/л.

Общий анализ крови: Нв – 127 г/л, лейкоциты – $5,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 17 мм/ч, сахар крови – 5,0 ммоль/л.

Рентгенография грудной клетки: границы сердца расширены, усилена тень грудной аорты.

ЭХО-ЭГ: смещение М-ЭХО не выявлено.

Краниограмма: патологии не выявлено.

Глазное дно: границы дисков зрительных нервов четкие, артерии сетчатки сужены, извиты, склерозированы.

При проведении КТ головного мозга через 6 часов от начала заболевания изменений не выявлено.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: танакан, церебролизин, трентал.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №5

Больная 35 лет после подъема тяжести почувствовала резкую боль в поясничной области, иррадирующую в левую ногу по задне-наружной поверхности бедра и голени. Впервые боли в пояснице возникли 2 года назад после физической нагрузки. Лечилась домашними средствами. В последующем было два ухудшения.

При осмотре в неврологическом статусе: отмечается сглаженность поясничного лордоза, сколиоз в поясничном отделе влево, напряжение продольных мышц спины.

Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены во все стороны. Болезненность паравerteбральных точек L5 – S1 и точек Валле слева. Симптом Ласега слева – 40 градусов. Гипалгезия позадне-наружной поверхности левого бедра и голени. Левый ахиллов рефлекс снижен.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: заднелатеральная грыжа межпозвонкового диска в области L4– L5.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: эторикоксиб, Витамин B1, миодакалм .

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №6

Больную Д., 46 лет, в течение трех месяцев беспокоят сильные боли по передней поверхности правого бедра, колена и голени. Боли возникли после падения на правое колено.

При осмотре в неврологическом статусе: ходьба затруднена из-за трудности разгибания голени в коленном суставе. Отмечается атрофия четырехглавой мышцы бедра. Правый коленный сустав рефлекс не вызывается. Снижена чувствительность передней поверхности (в нижних двух третях) бедра и передне-внутренней поверхности голени справа. Симптомы натяжения Мацкевича и Вассермана положительные.

Рентгенограмма правого бедренного и коленного суставов: патологии не обнаружено.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: без патологии.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: мелоксикам, берлитион, катадолон.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №7

Больной Г., 42 года, трубоукладчик. При подъеме тяжести у него внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах, затем появилась рвота, потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в неврологическое отделение. Черепно-мозговую травму отрицает.

При осмотре в неврологическом статусе: больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели несмотря на запреты. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон, общая гиперестезия. Выявляется птоз справа, правый зрачок шире левого. Реакция на свет правого зрачка вялая, левого – живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет.

Соматический статус: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. PS 52 уд/мин, ритмичный, напряженный. Температура тела 38°C.

Общий анализ крови: СОЭ – 8мм/ч, лейкоциты – $10,0 \times 10^9/\text{л}$.

Анализ СМЖ: равномерная примесь крови в трех пробирках, белок – 1,2 г/л, плеоцитоз – 242/3.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, диски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

КТ головного мозга: зоны гипертенсивности в субарахноидальном пространстве.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: маннит, дексаметазон, глиатилин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №8

Больной К., 16 лет, родился в срок, развивался нормально. Заболел в трехлетнем возрасте, когда после введения противокоревой сыворотки возник эпилептический припадок. В последующем припадки повторялись 1–2 раза в месяц. Поступил в клинику для обследования.

При осмотре в неврологическом статусе признаков очагового поражения нервной системы не выявлено. В клинике наблюдался припадок, длившийся около 3-х минут. Во время припадка лицо стало багровым с цианотичным оттенком, изо рта выделялась кровянистая пена, зрачки широкие, на свет не реагировали, наблюдались тонические и клонические судороги конечностей. После припадка уснул. На следующий день отмечены следы прикуса бокового края языка.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Общий анализ крови: СОЭ – 8 мм/ч, лейкоциты – $6,0 \times 10^9/\text{л}$.

Анализ СМЖ: давление – 180 мм.вод.ст., белок – 0,33 г/л, цитоз – 12/3.

ЭЭГ: обнаружены высоковольтные разряды, единичные острые волны, комплексы «волна–пик», пароксизмы медленных волн в обоих полушариях.

Краниограмма: патологии не выявлено.

Глазное дно: без патологических изменений.

МРТ головного мозга: очаговых изменений не обнаружено.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: депакин-хроно, пантогам, диакарб.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №9

Больной А., 30 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной боли в затылочной области. В последующем она периодически повторялась в различное время суток, нередко сопровождаясь головокружением и шумом в ушах. Стали беспокоить нарушение сна, эмоциональная лабильность, снижение памяти, изменился характер и поведение больного. Два месяца спустя на работе почувствовал резкую слабость в левой руке и ноге, сознание не терял.

При осмотре в неврологическом статусе: легкая ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. Сглажена носогубная складка слева. Слух сохранен. Язык при высовывании отклоняется влево, атрофии его мышц нет. Сила левой руки и ноги резко снижена, тонус мышц в них повышен избирательно: на руке – в сгибателях предплечья и пронаторах, на ноге – в разгибателях голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные кожные рефлексы отсутствуют слева, отмечаются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма на этой же стороне. Определяется левосторонняя гемипарезия.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/70 мм рт.ст.

Общий анализ крови: СОЭ – 16 мм/ч, лейкоциты – $8,0 \times 10^9$ /л. СРБ (–), серомукоид не повышен.

Анализ СМЖ: белок – 0,9 г/л, лимфоцитарный плеоцитоз – 180/3. Реакция Вассермана, РИФ в крови и СМЖ положительные.

ЭХО-ЭГ: смещение М-ЭХО не выявлено.

Краниограмма: патологии не обнаружено.

Глазное дно: не изменено. Острота зрения 1,0 на оба глаза.

КТ головного мозга: выявляется гипертензивный очаг в правом полушарии.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: маннит, дексаметазон, глицерин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №10

Больной К., 28 лет. Заболел остро в конце мая, когда появился озноб, сильная диффузная головная боль, тошнота, боли в мышцах шеи и рук, температура повысилась до 39°C . На четвертый день болезни присоединилась икота, одышка, паралич правой руки, отяжелела голова и стала свисать на грудь. Доставлен в клинику.

При осмотре в неврологическом статусе: больной поддерживает голову рукой, чтобы она не свисала на грудь. Активные повороты головы невозможны. Плечи опущены. Правая рука висит, как плеть, активные движения ее отсутствуют. Левая рука не поднимается выше горизонтальной линии. Лопатки крыловидной формы: нижние углы отведены наружу и вверх, приведение их к позвоночнику невозможно. Выявляется атрофия грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных мышц, а также шеи, надплечья и правой руки, атония мышц правой руки. Рефлексы сухожилья двуглавой, трехглавой мышц и лучезапястный рефлекс справа не вызываются. Чувствительность сохранена.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/80 мм рт.ст.

Общий анализ крови: СОЭ – 26 мм/ч, лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ /л. СРБ (–), серомукоид не повышен.

Анализ СМЖ: белок – 0,9 г/л, лимфоцитарный плеоцитоз – 200/3.

Методом ПЦР обнаружены фрагменты генома вируса клещевого энцефалита в крови и СМЖ.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: прозерин, метипред, церебролизин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №11

Больной К., 52-х лет, жалуется на онемение кистей и стоп, на боли, появившиеся в мышцах голени месяц назад. Кроме того, его беспокоят снижение памяти, нарушение сна, раздражительность, тремор конечностей, пошатывание при ходьбе, периодически опоясывающая боль в левом подреберье. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

При осмотре в неврологическом статусе: объем активных движений в конечностях неограничен. Снижена сила кистей и стоп. Гипотония мышц. Карпорадиальные рефлексы

снижены. Коленные рефлексы равномерные, средней живости, ахилловы – не вызываются. При пальпации отмечается болезненность по ходу нервных стволов, особенно седалищных нервов. Снижена поверхностная чувствительность по типу «перчатки, носки». Нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп. Походка петушиная. Отечность стоп и кистей.

Соматический статус: кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, подкожно-жировой слой уменьшен. Тоны сердца приглушены, аритмичные. При перкуссии печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

Общий анализ крови: СОЭ – 8 мм/ч, лейкоциты – $8,0 \times 10^9$ /л. СРБ (–), серомукоид не повышен.

Анализ СМЖ: белок – 0,3 г/л, цитоз – 2/3. Реакция Вассермана отрицательная.

ЭКГ: признаки мерцательной аритмии.

ЭХО-ЭГ: смещение М-ЭХО не выявлено.

Краниограмма: патологии не обнаружено.

Глазное дно: не изменено.

МРТ головного мозга: атрофия коры лобных долей.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: берлитион, витамин В12, ипидакрин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №12

Больного Н., 57-и лет, в течение года беспокоят боли в пояснично-крестцовой области и в обеих ногах. Два дня назад во время подъема тяжести возникла сильная боль в пояснице с иррадиацией в ноги. На следующий день появились слабость нижних конечностей, задержка мочи и стула.

При осмотре в неврологическом статусе: определяется слабость ног, особенно в дистальных отделах. Мышечный тонус снижен. Коленные, ахилловы и подошвенные рефлексы отсутствуют. Чувствительность на задней наружной поверхности ног снижена, в области промежности – повышена. Симптомы натяжения Ласега, Нери, Дежерина положительные с обеих сторон.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ СМЖ: давление 100 мм вод.ст., выявляются положительные пробы Квекенштедта, Пуссепы, Стукея, ликвор ксантохромный (желто-зеленоватого цвета), желеобразный, белок – 5,3 г/л, цитоз – 26/3.

Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника: выявлены диффузные признаки остеохондроза.

Миелография: остановка контрастного вещества (майодил) на уровне 3-го поясничного позвонка.

МРТ: в спинномозговом канале на уровне L3 позвонка выявляется дополнительное мягкотканое образование с компрессией корешков конского хвоста и стенозом позвоночного канала.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: дексаметазон, маннит, сирдалуд.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №13

Больной Т., 18 лет. Заболел остро: внезапно, среди полного благополучия возникли сильная диффузная головная боль, тошнота, рвота, боли в мышцах затылка, шеи, туловища, поясницы, рук и ног, невыносимый озноб. Температура тела повысилась до 39,5 °С. Доставлен в клинику. На третий день болезни на губах и крыльях носа появились пузырьковые высыпания, стали беспокоить шум в ушах и резкое снижение слуха.

При осмотре в неврологическом статусе: заторможен, резко выражены ригидность мышц затылка, симптомы Кернинга, Брудзинского (верхний, средний и нижний), Бехтерева с обеих сторон. Слух снижен с обеих сторон, с укорочением костной проводимости. Сила рук и ног достаточная, сухожильные и надкостничные рефлексы симметричные, патологических рефлексов нет. Наблюдается световая, тактильная и болевая гиперестезия.

Соматический статус: кожные покровы бледные, на губах и крыльях носа – герпетические высыпания. PS 90 уд/мин, ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Общий анализ крови: СОЭ – 29 мм/ч, лейкоциты – $18,0 \times 10^9/\text{л}$.

Анализ СМЖ: жидкость мутная, давление 700 мм вод.ст., белок – 3,0 г/л, цитоз – 20000/3, преимущественно нейтрофилы, сахар – 3,5 ммоль/л. При бактериоскопическом анализе в крови и ликворе обнаружены менингококки.

Глазное дно: гиперемия дисков зрительных нервов. Острота зрения на оба глаза 0,7 – 0,8.

МРТ головного мозга: расширение желудочков головного мозга и субарахноидального пространства.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: цефтриаксон, маннит, метипред.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №14

Больная Г., 30 лет. Заболевание началось год назад с резкого снижения зрения на правый глаз. В течение месяца лечилась у офтальмологов по поводу ретробульбарного неврита зрительного нерва. Зрение улучшилось. Спустя полгода появилось двоение перед глазами, слабость ног, пошатывание при ходьбе, затруднение при мочеиспускании.

При осмотре в неврологическом статусе: недостаточно отводит направо правое глазное яблоко, диплопия при взгляде вправо. Сглажена левая носогубная складка. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм. Язык уклоняется влево, атрофии его мышц нет, речь скандированная. Сила рук и особенно ног снижена, тонус мышц повышен в разгибателях голени, сухожильные и надкостничные рефлексы высокие как с рук, так и с ног, зоны вызывания их расширены, вызываются клonusы надколенников, стоп. Кожные, брюшные рефлексы отсутствуют, патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо («кистевые», «стопные») вызываются с обеих сторон. В пробе Ромберга отклоняется в различные стороны, походка «пьяная», повороты совершает с трудом, неуклюже, пошатывание при этом увеличивается. При пальценосовой и пяточно-коленной пробах отмечается промахивание с обеих сторон; выявляются гиперметрия, адиадохокinez, асинергия движений, выявленная пробой Бабинского, мегалография. Установлено снижение вибрационной чувствительности с ногтевых фаланг стоп, с лодыжек и надколенников.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При исследовании крови: реакция Вассермана отрицательная.

Острота зрения на правый глаз – 0,1. На глазном дне отмечается бледность височной половины диска правого зрительного нерва.

МРТ головного мозга: выявляются множественные гипертензивные очаги, расположенные асимметрично, перивентрикулярно и в мозжечке.

Анализ СМЖ: лимфоцитарный плеоцитоз 60/3; методом изоэлектрического фокусирования определяются олигоклональные антитела из группы Ig G; индекс Ig G составляет 0,8.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: бетаферон, фенотропил, кортексин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

ЗАДАЧА №15

Пробанд - мальчик, 9 лет; рожден от 1-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза первой половины (тошнота, рвота); рожден в срок, роды - физиологические; оценка по шкале Апгар 8/9 б., масса при рождении 3200, рост - 51 см.; голову держит с 3 месяцев, сидит - с 6 месяцев, ходит без опоры - с 1 г. 3 мес. Вскармливание - грудное. В 3-х летнем возрасте родители стали отмечать повышенную утомляемость ребенка, частые падения, изменение походки по типу “утиной”, увеличение в объеме икроножных мышц; течение заболевания - прогрессирующее. **В неврологическом статусе:** со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявлено. Чувствительных нарушений не выявлено; периостально-сухожильные рефлексы: карпо-радиальные, ахилловы - вызываются, коленные, а также с m. Bicepsis, tricepsis brachii - не вызываются; отмечается гипотрофия мышц бедер, плечевого пояса со снижением в них силы до 3-х баллов, псевдогипертрофии икроножных и дельтовидных мышц. Кроме того, отмечаются специфические симптомы: одутловатое, амимичное лицо, “крыловидные лопатки”, “осиная талия”, “симптом свободных надплечий”, “симптом вставания с пола лесенкой”, гиперлордоз поясничного отдела позвоночника. Функция ходьбы без опоры утрачена. Симптомов поражения мозжечковой системы не выявлено. Интеллект снижен до степени дебильности. **Результаты параклинических исследований:** креатинфосфокиназа сыворотки - 550 Ед; на ЭКГ: блокада правой ножки пучка Гиса; при электронейромиографическом исследовании выявлено снижение амплитуды потенциала действия мышечных волокон при сохранной частоте сокращений и скоростей проведения импульса по периферическим нервам; при ЭХО-КС обнаружена дилатация левых отделов сердца. При генеалогическом анализе установлено, что у сестры бабушки пробанда по материнской линии, был сын, имевший похожее проявление заболевания с летальным исходом в 17-летнем возрасте.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: бетаферон, глиатилин, кортексин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

ЗАДАЧА №16

Пробанд - девочка, 3-х лет; рождена от 4-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза первой половины беременности (тошнота, рвота); отмечалось вялое шевеление

плода; рождена в срок, роды - физиологические; оценка по шкале Апгар 5/6 б., масса при рождении 2900, рост - 48 см.; голову держит с 8 мес., сидит - с 1г., не ходит без опоры. Вскармливание - грудное до 1 мес. С раннего возраста родители заметили наличие тремора подбородка и пальцев рук. В интеллектуальном развитии ребенок развивается удовлетворительно. В ходе **клинико-генеалогического обследования** установлено, что родители являются троюродными сибсами; 1-я беременность закончилась выкидышем на 3-м месяце; 2-я - рождением девочки, у которой отмечалась выраженная диффузная гипотония, задержка физического развития, после очередной пневмонии произошел летальный исход; 3-я беременность завершилась рождением здорового мальчика. У двоюродной сестры матери пробанда по материнской линии также имелись случаи летальности детей в раннем возрасте с похожими клиническими проявлениями (два случая), причем ее супруг происходил с того же села, однако не состоял с ней в родственных отношениях. У отца пробанда имелось три брата и две сестры без отклонений в соматическом статусе. Все они имели здоровое потомство, однако у сына его старшей сестры установлен диагноз "детский церебральный паралич". Дед пробанда по линии матери умер в 65 лет от рака желудка, а бабушка по отцовской линии - в 68 лет от инсульта. **В неврологическом статусе:** патологии со стороны черепно-мозговых нервов, чувствительных нарушений не выявлено. В двигательной сфере - диффузная арефлексия, диффузная гипотония; отмечаются гипотрофии мышц, скрытые подкожной жировой клетчаткой, со снижением в них силы до 3 баллов; девочка поднимается с трудом из положения «лежа», используя вспомогательные приемы; отмечается тремор пальцев рук, гипермобильность в межфаланговых суставах, фибриллярные подергивания в мышцах языка. Ходьба без опоры невозможна. Интеллектуальное развитие не снижено. Симптомов поражения мозжечковой системы не выявлено. **Результаты параклинических исследований:** креатинфосфокиназа сыворотки - 25 Ед; на ЭКГ: блокада правой ножки пучка Гиса; при электронейромиографическом исследовании выявлено: положительные острые волны, потенциалы фибрилляций, "ритм частотола" при нормальных скоростях проведения импульса по периферическим нервам.

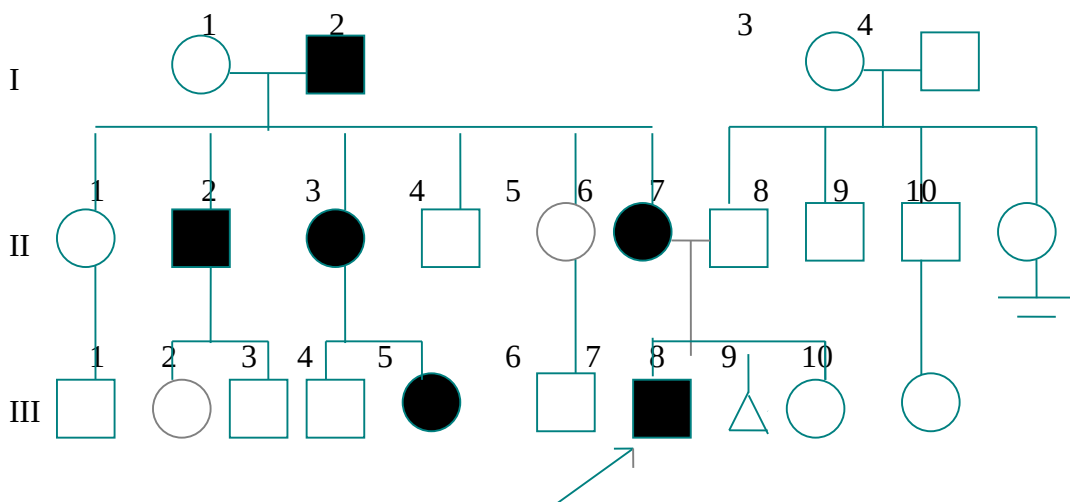
Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: ипидакрин, фенотропил, берлитион.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

ЗАДАЧА №17

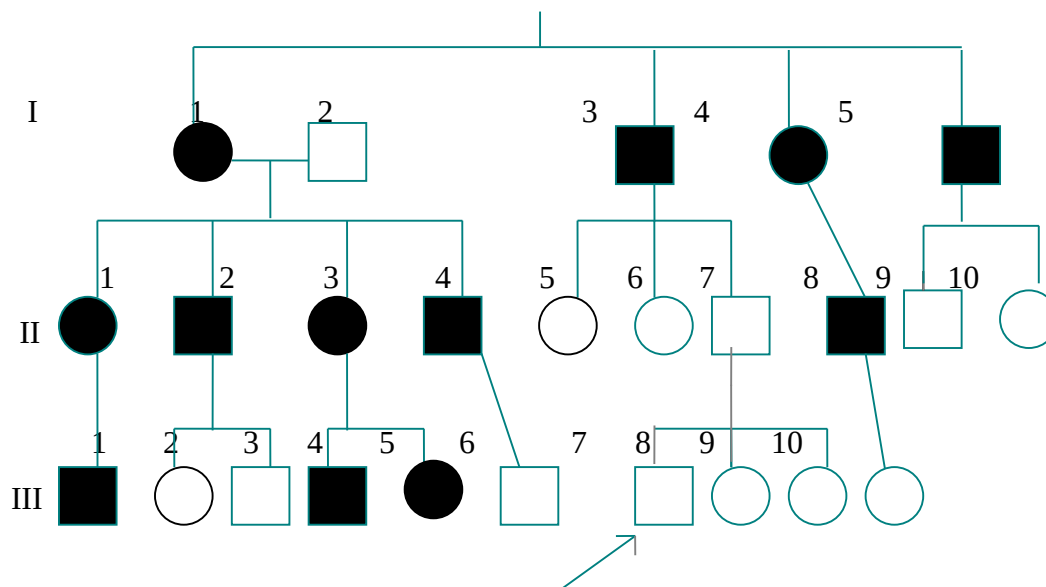
1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для сибсов пробанда.



Дайте определение терминам:
 понятие макроаномалии, синофриз, скафоцефалия, "гаргоилизм", гипертелоризм, птеригиум, колобома, аниридия, страбизм, фильтр.

ЗАДАЧА № 18

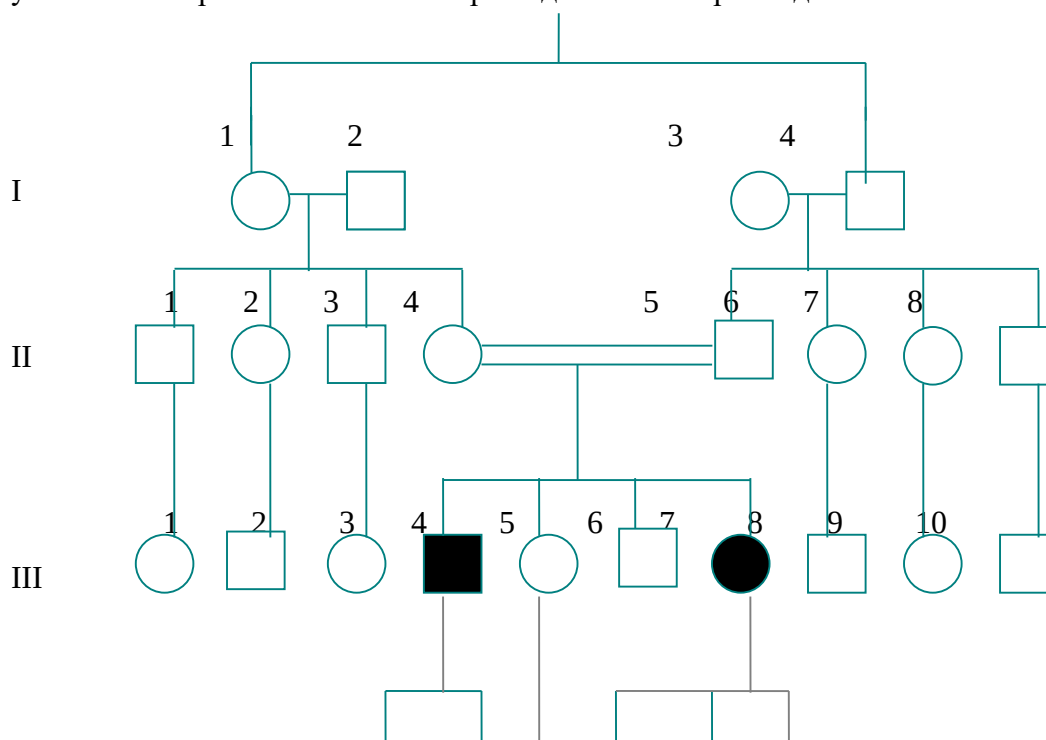
1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для sibсов пробанда.



Дайте определение терминам:
 микроаномалия, плаггиоцефалия, стопа Фридрейха, эпикант, тристихияз, ретрогнатия, палатоскиз, изодактилия, камптодактилия, ризомелическое укорочение.

ЗАДАЧА № 19

1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для sibсов пробанда.



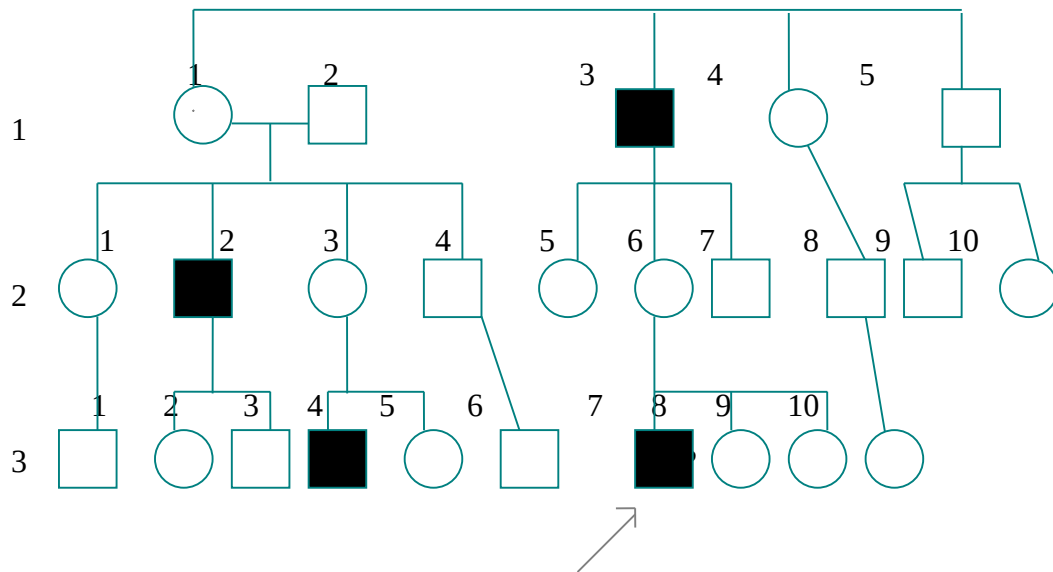


Дайте определение терминам:

Гидроцефалия, "гаргоилизм", гипертелоризм, антимонголоидный разрез глазных щелей, колобома, фильтр, прогения, палатоскиз, микростомия, птериgium.

ЗАДАЧА № 20

1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для sibсов пробанда.

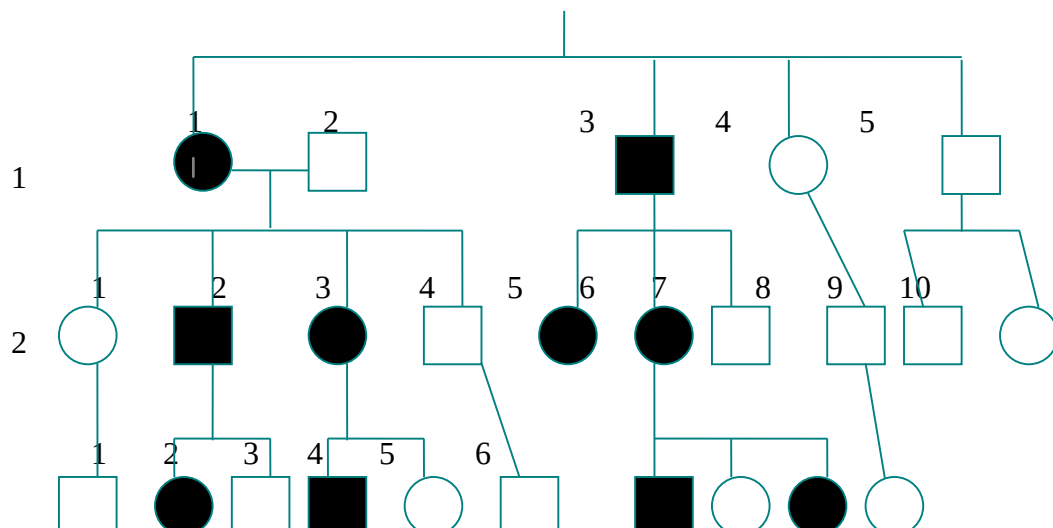


Дайте определение терминам:

генетическая гетерогенность, синофриз, эпикант, гипертелоризм,, пахионихия, гидроцефалия, атрезия, фильтр, ретрогнатия, гибус.

ЗАДАЧА № 21

1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для sibсов пробанда.



Дайте определение терминам и понятиям:

макроаномалия, пахионихия, плагиоцефалия, микротия, атрезия, гипотелоризм, гидроцефалия, макрокорнея, оксицефалия, фильтр.

Блок Кардиология:

ЗАДАЧА № 1.

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110/70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп. ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

ЗАДАЧА №2

Мужчина 75 лет

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160/70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин.. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА №3

Мужчина 55 лет

Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперлипидемия 11 Б тип.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль\л, триглицериды 2,25 ммоль\л, альфа-холестерин 0,8 ммоль\л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль\л.

ВОПРОСЫ:

1. Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?
2. Что такое коэффициент атерогенности, как он вычисляется и каковы его нормы?
3. Каковы методы коррекции дислипотеидемии в данном случае?

ЗАДАЧА № 4

Мужчина 59 лет

В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономек 40 мг 2 раза в день (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время. На снятой ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 5

Мужчина 49 лет

Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд/мин., АД = 130/80 мм рт.ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких - дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин.. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5 день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90/50 мм рт.ст., синусовая тахикардия 125 уд/мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.

ВОПРОСЫ:

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА №6

Мужчина 60 лет

Находился на стационарном лечении по поводу трансмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались. На ЭКГ: патологический зубец Q в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм.

Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал капотен, атенолол и аспирин.

На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения причины нарушения мозгового кровообращения ?
3. Тактика лечения.

ЗАДАЧА №7

Мужчина 43 лет.

При эхокардиографическом исследовании получены следующие результаты: ЛП = 3,8 см, КДР = 5,2 см, КСР = 3,4 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см, ПЖ = 2,4 см. Клапанный аппарат интактен, насосная и сократительная функция в пределах нормы. По данным Д-ЭХОКГ: патологических токов не обнаружено.

ВОПРОСЫ:

1. Проявлением каких заболеваний может быть вышеописанная эхокг картина?
2. Какая дополнительная информация Вам необходима для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте возможные клинические диагнозы.

ЗАДАЧА №8

Женщина 53 лет

В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт.ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

АНАЛИЗЫ, КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л. В остальном - без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

Задача № 9

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт.ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание:

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

Задача № 10

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически

на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд./мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$, п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.
2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 24 Е/л, АЛТ – 16 Е/л.
3. Свертываемость крови – 3 мин.
4. ПТИ – 100%.
5. Общий анализ крови на 6-й день после госпитализации: лейкоциты – $6,0 \times 10^9$, э. – 1, п. – 2, сегм. – 64, л. – 24, м. – 9, СОЭ – 24 мм/ч.
6. Рентгенограмма – прилагается.

Задача № 11

Больной В., 58 лет, инженер, 2 ч назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина ($7,6$ ммоль/л – преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии. АД – 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях – частый, аритмичный, частота – 102 уд./мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС – 112 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задание:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – прилагается.
2. ЭХО-КС – небольшое расширение полостей левого предсердия ($-3,8$ см). Кровь на холестерин – $7,6$ ммоль/л, АСТ – 5 ед/л, АЛТ – 4 ед/л, СРБ – 0, ПТИ – 102%, свертываемость – 8 мин.

3. Глазное дно – атеросклероз сосудов сетчатки.
4. Общий анализ мочи – уд. вес – 1020, белка нет, сахара нет, л. – 1–2 в п/зр.
5. Анализ крови на сахар – глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.
6. Анализ крови общий: Нв – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, л. – $6,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 6 мм/ч.

Задача № 12

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «сетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд./мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС – 92 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – прилагается.
2. Глазное дно – сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс – П.
3. Анализ мочи – уд. вес – 1018, белка нет, сахара нет, л. – 1–3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, л. – $6,0 \times 10^9/л$, ц.п. – 0,9 ; э. – 1, п. – 4, с. – 66, л. – 24, м. – 5, СОЭ – 6 мм/ч.
6. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

Раздел 2. Ревматология.

Задача №1.

Мальчик З., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2–3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные,

задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб - 90×10^9 /л, Лейк - $1,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,3 3‰, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа1 - 5%, альфа2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460. Клиренс по креатинину - 80 мл/мин.

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?
4. Как называются кожные изменения на лице, и к каким критериям относятся эти изменения?
5. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания, и есть ли его признаки у больного?
6. Проведите анализ гемограммы данного больного.
7. Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз?
8. Назовите принципы лечения данного заболевания.
9. Представление об этиопатогенезе СКВ.
10. Что является препаратами выбора для лечения СКВ?

Задача №2.

Больная Б., 23 года. С 18-ти летнего возраста беспокоят боли в лучезапястных суставах без изменения их конфигурации. В 20 лет перенесла желтуху. Была выписана из инфекционной больницы в удовлетворительном состоянии, однако сохранялась увеличение печени и селезенки. В 22 года после инсоляции вновь отмечены Желтуха гепатолиенальный синдром. На фоне лечения преднизолоном (60 мг/сут) желтуха исчезла. После отмены преднизолона 3 месяца назад появились боли и припухлость в коленных и лучезапястных суставах, рецидив желтухи, увеличение живота в объеме.

Объективно: желтушность кожных покровов. Асцит. Печень + 8 см, край плотный, пальпируется селезенка. СОЭ 60 мм/ч, билирубин 150 мкм/л (прямой-105 мкм/л). Общий белок-75 г/л, альбумины-45%, а-глобулины-5%, протромбиновый индекс-60%, HBSAg-отр. Выявлены LE-клетки.

Предварительный диагноз. Обоснование. План обследования план лечения.

ЗАДАЧА №3

Больная В., 33 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боль в межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставах, ограничение подвижности в них, по утрам ощущение скованности в суставах. Болеет 1,5 мес. Кожные покровы бледные, деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Активные движения в этих суставах резко ограничены из-за боли. Пульс ритмичный, 80 /мин. АД 150/80 мм рт.ст. I тон над

верхушкой приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В остальном внутренние органы без изменений. Анализ крови: эр. $3,4 \cdot 10^{12}$ /л. НЬ 96 г/л. цв. показатель 0,84, л.- $7,7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 50 мм/час. Сиаловая кислота 260 ед. СРП «++». Реакция Ваалера-Роузе положительная. Результаты рентгенографии лучезапястных суставов: остеопороз в эпифизах, сужение суставной щели, единичные узурсы суставных поверхностей. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА №4

Больная Б., 23 года. С 18-летнего возраста беспокоят боли в лучезапястных суставах без изменения их конфигурации. В 20 лет перенесла желтуху. Выписана из инфекционной больницы в удовлетворительном состоянии, однако сохранялось увеличение печени и селезенки. С 22. года после инсоляции вновь отмечены желтуха, гепатолиенальный синдром. На фоне лечения преднизолоном (60 мг/сут) желтуха исчезла. После отмены преднизолона 3 месяца назад появились боли и припухлость в коленных и лучезапястных суставах, рецидив желтухи, увеличение живота в объеме. Объективно: желтушность кожных покровов. Асцит. Печень + 8 см, край плотный. Пальпируется селезенка. СОЭ 60 мм/час, билирубин 150 мкм/л (прямой 105 мкм/л). Общий белок 78 г/л, альбумины 45%, протромбиновый индекс – 60%. НБСАg – отр. Выявлены LE – клетки.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА №5

Больной Т., 49 лет, жалуется на боль в правом коленном суставе, опухание и покраснение его, повышение температуры до 38°C. Считает себя больным 6 лет. За этот период было более 10 острых эпизодов артрита, продолжавшихся по 7-10 дней, при этом оба коленных сустава поражались попеременно. В межприступный период боли и ограничения движений не было. Настоящее обострение началось 3 дня назад. При осмотре: левый коленный сустав увеличен в объеме, деформирован. Активное и пассивное движения в суставе резко болезненны, отмечается симптом "балотирования" надколенника. В остальных суставах изменений не обнаружено. Патологии внутренних органов также не выявлено. В анализах крови: эр. $4,4 \cdot 10^{12}$. л. $15 \cdot 10^9$ /л. При исследовании мочи обнаружено много солей.

Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

ЗАДАЧА №6

13-летняя девочка жалуется на повышение температуры тела до 37,50, слабость. Родители отмечают, что их дочь в последнее время быстро утомляется, не может аккуратно писать из-за произвольных движений рук, беспокойна, речь её стала менее внятной.

При осмотре обнаружены бледно-розовые кольцевидные высыпания в подключичных областях, на животе, на разгибательных поверхностях предплечий. В крови лейкоцитоз и повышение СОЭ.

- Какие анамнестические данные следует уточнить?
- К консультации каких специалистов Вы прибегнете?
- Наиболее вероятный диагноз.
- Составьте план обследования больной.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №7

Больная Б., 23 года. С 18-ти летнего возраста беспокоят боли в лучезапястных суставах без изменения их конфигурации. В 20 лет перенесла желтуху. Была выписана из инфекционной больницы в удовлетворительном состоянии, однако сохранялась

увеличение печени и селезенки. В 22 года после инсоляции вновь отмечены Желтуха гепатолиенальный синдром. На фоне лечения преднизолоном (60 мг/сут) желтуха исчезла. После отмены преднизолона 3 месяца назад появились боли и припухлость в коленных и лучезапястных суставах, рецидив желтухи, увеличение живота в объеме.

Объективно: желтушность кожных покровов. Асцит. Печень + 8 см, край плотный, пальпируется селезенка. СОЭ 60 мм/ч, билирубин 150 мкм/л (прямой-105 мкм/л). Общий белок-75 г/л, альбумины-45%, а-глобулины-5%, протромбиновый индекс-60%, HBSAg-отр. Выявлены LE-клетки. Предварительный диагноз. Обоснование. План обследования, план лечения.

ЗАДАЧА №8

У 53-летнего мужчины после ужина в ресторане ночью появились резкие боли в области большого пальца правой стопы, повысилась температура тела до 38,0.

При осмотре выявлена припухлость первого плюснефалангового сустава, яркая гиперемия кожи вокруг него. Прикосновение к большому пальцу вызывает резкое усиление болей.

- Для какого заболевания такое начало является типичным?
- Какими исследованиями Вы подтвердите Ваш диагноз?
- Какие препараты целесообразно использовать для купирования острых проявлений?
- Какие препараты назначаются после купирования острой атаки для лечения заболевания?

ЗАДАЧА №9

48-летняя женщина госпитализирована с жалобами на боли и ограничение движений в межфаланговых суставах кистей, преимущественно справа

При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов выявлены плотные узелки размером 0,5 см, умеренно болезненные при пальпации. Суставы незначительно деформированы, движения в них ограничены. При рентгенографии суставов обнаружено сужение суставной щели, уплотнение краевой пластинки и наличие экзостозов.

- Наиболее вероятный диагноз.
- Какие суставы наиболее часто поражаются при данном заболевании.
- Принципы лечения.

ЗАДАЧА №10

У 22-летней девушки после возвращения из Крыма появились эритематозные высыпания на лице, боли в суставах кистей и лучезапястных суставах, повышение температуры тела до 37,5. Гемоглобин 115 г/л, СОЭ 32 мм/час. В моче белок 0,99 г/л, 5-6 лейкоцитов и 3-5 эритроцитов в поле зрения. В крови обнаружен антинуклеарный фактор в титре 1:40.

- О каком заболевании идет речь?
- Какую тактику лечения выбрать?
- 1. Преднизолон 25 мг/сутки
- 2. Преднизолон 60 мг/сутки
- 3. Азатиоприн 150 мг/сутки
- 4. Индометацин 150 мг/сутки
- 5. Плазмаферез.

ЗАДАЧА №11

Больная 32 лет госпитализирована с жалобами на остро возникшее повышение температуры до 39,2, резкие боли и припухание правого коленного сустава, озноб, обильный пот. При осмотре кожа в области поражённого сустава гиперемирована,

горячая на ощупь. На спине обнаружены немногочисленные папулы и пузырьки с геморрагическим содержимым. При пункции сустава получена жидкость с большим количеством нейтрофилов. В анализе крови лейкоцитоз $22 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 48 мм/час.

- Предполагаемый диагноз.
- Методы уточнения диагноза.
- Лечение.

ЗАДАЧА №12

Больной 21 года жалуется на интенсивные боли и скованность в нижних отделах спины и в тазобедренных суставах. При рентгенографии выявлены неровность контуров и сужение крестцово-подвздошных сочленений.

- О каком диагнозе может идти речь?
 - План обследования больного.
 - Какая тактика лечения может быть использована?
1. Преднизолон
 2. Азатиоприн
 3. Индометацин
 4. Препараты золота
 5. Сульфасалазин.

ЗАДАЧА №13

20-летняя медсестра во время летнего отпуска на море ежедневно по несколько часов находилась на пляже. Через две недели появились боли в мелких суставах кистей рук, голеностопных суставах, субфебрильная температура, сухой кашель. Принимала антибиотики без эффекта, самочувствие ухудшалось, продолжали беспокоить артралгии, температура повысилась до 38,0, лечилась сульфаниламидами, аспирином. Через два месяца обратилась в поликлинику и была госпитализирована.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Слабость, анорексия. В области щёк и спинки носа эритематозные высыпания в форме «бабочки». В нижнебоковых отделах грудной клетки с обеих сторон немного звонких влажных мелкопузырчатых хрипов на фоне жёсткого дыхания, под правой лопаткой нежный шум трения плевры. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, ритмичны, 94 уд/мин. На верхушке и в точке Боткина систолический шум. АД 110/65 мм рт.ст. Со стороны других органов патологических изменений не выявлено. При рентгенограмме грудной клетки обнаружено усиление сосудистого рисунка в нижних отделах лёгких. На ЭКГ – синусовая тахикардия, умеренное снижение амплитуды зубца Т в грудных отведениях.

Анализ крови: Нв 101 г/л, эр $3,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоц $6,0 \cdot 10^9/\text{л}$, цв. показатель 0,9, эоз 5%, п/я 6%, сегм 68%, лимф 15%, мон 6%, СОЭ 48 мм/час. При исследовании мочи 0,066‰, 103 эритроцита и 1-2 гиалиновых цилиндра в п/зр.

- О каком заболевании следует думать?
- Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Основная медикаментозная терапия.

ЗАДАЧА №14

Больной 32 лет госпитализирован с жалобами на боли и припухлость коленных и голеностопных суставов, повышение температуры тела до 37,2-37,5. За последние три года у больного 4 раза рецидивировал суставной синдром с поражением коленных или голеностопных суставов. Лечился самостоятельно, принимал анальгин, аспирин, а затем индометацин, ортофен. Длительность каждой суставной атаки колебалась от нескольких дней до нескольких недель, в промежутках – общее состояние оставалось удовлетворительным, продолжал работать. За 4 месяца до госпитализации у больного появились запоры, затем обратил внимание на примесь алой крови при кашицеобразном стуле. Стул стал неустойчивым, эпизодически беспокоили схваткообразные боли в левой

подвздошной области. В анамнезе – редкие ангины в детстве, во время службы в армии перенёс дизентерию, по поводу которой лечился в стационаре.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Кожа обычного цвета, периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими лёгочный звук, хрипов нет. Тоны сердца достаточной звучности, ритм правильный, 76 уд/мин. Печень, селезёнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, лёгкая болезненность в левой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. Конфигурация суставов сглажена, гипертермия и гиперемия кожи в области суставов, объём движений ограничен в связи с болями. В анализе крови Нв 118 г/л, лейкоц 9*10⁹/л, СОЭ 40 мм/час. Анализ мочи без патологии.

- Перечислите заболевания, которые могут протекать с подобной клиникой.
- Составьте план обследования больного.
- Какие лекарственные препараты следует назначить до окончательной верификации диагноза?

ЗАДАЧА №15

25-летняя девушка находится в терапевтическом отделении. Заболела после длительного пребывания на солнце. Её беспокоит слабость и артралгии.

Объективно: Температура 38,50. На коже лица – эритематозная сыпь, на голове – участки облысения. В лёгких дыхание везикулярное. Сердце: небольшое расширение границ во все стороны, мягкий систолический шум на верхушке без иррадиации. Пульс 90 уд/мин,

АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нв 80 г/л, лейкоц 3,5*10⁹/л. СОЭ 45 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 1,066%, лейкоц 8-10 в п/зр, эритроц 4-5 в п/зр.

- Предварительный диагноз.
- Назначьте план обследования больной.
- Ваши медикаментозные назначения.

ЗАДАЧА №16

61-летняя женщина в течение 12 лет страдает ревматоидным артритом. Явилась на диспансерный осмотр. В настоящее время беспокоят боли в коленных и плечевых суставах и мелких суставах кистей, утренняя скованность в течение 1,5 часов, появились отёки на нижних конечностях. Больная получает индометацин 150 мг/сутки, метатрексат 7,5 мг/сутки.

Объективно: ульнарная девиация кистей, ограничение движений в коленных, лучезапястных, плечевых суставах. Отёки век, отёки голеней (остаётся ямка после надавливания). В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, 72 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нв 100 г/л, лейкоц 7,8*10⁹/л, СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 3,6 г/л, лейкоц 4-5 в п/зр, эритроцитов нет. РФ 1:160. Креатинин сыворотки крови 100 мкмоль/л.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
- Нуждается ли больная в коррекции лечения?

ЗАДАЧА №17

У больного 28 лет, в течение двух лет перенесшего инфаркт миокарда на фоне высокой артериальной гипертонии, желудочно-кишечное кровотечение в связи с язвой 12-перстной кишки, возник приступ удушья, сопровождавшийся кашлем с вязкой мокротой.

При осмотре – резко пониженного питания. Выраженные симметричные нарушения

чувствительности в стопах. В анализе крови лейкоцитоз до $26 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я 2%, сегм 52%, эоз 18%, мон 4%, лимф 24%. В анализе мочи белок 1,26%0, уровень креатинина крови в пределах нормы.

- О каком заболевании можно подумать в первую очередь?
- Какие методы наиболее адекватны для доказательства Вашего предположения?
- Принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА №18

У больного 18 лет после перенесённой ангины появились боли в правом голеностопном, а затем в левом голеностопном суставах. Через два дня боли в этих суставах стали стихать, но появились в коленных, лучезапястных и межфаланговых суставах, повысилась температура до 38,30.

Объективно: коленные суставы припухшие, покрасневшие, болезненные, движения в них ограничены из-за болезненности. В лёгких изменений не выявлено. Приглушены тоны сердца, тахикардия. В анализе крови лейкоц 10*10⁹/л, СОЭ 37 мм/час, АСЛ-О 625 ед., СРБ ++++, ЭКГ низкий вольтаж зубцов, PQ 0,28 сек.

- Выделите основные клинические синдромы.
- Сформулируйте диагноз.
- Обоснуйте план диагностических мероприятий.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №19

Больная 42 лет при поступлении в клинику предъявляла жалобы на боли в мелких суставах кистей, плечевых суставах, главным образом при движении, утреннюю скованность в течение 30 мин. В детстве болела корью, взрослой – брюшным тифом.

Больна в течение 5 лет с тех пор, когда появились боли и припухлость в плечевых суставах. За две недели до этого перенесла острое респираторное заболевание. После лечения ацетилсалициловой кислотой все явления исчезли. Через год вновь отмечает боль, припухлость и гиперемию в мелких суставах кистей, небольшую утреннюю скованность (20-30 мин). Отмечает постоянное и стойкое изменение формы суставов кистей.

Объективные данные: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отмечается небольшая деформация 2,3 и 4 пястно-фаланговых суставов справа и слева за счёт не резко выраженных пролиферативных явлений. Форма остальных суставов не изменена. Анализ крови: Hb 110 г/л, эритроц 3,68*10¹²/л, лейкоц 4,6*10⁹/л, эоз 3%, п/я 6%, сегм 60%, лимф 32%, мон 5%, СОЭ 22 мм/час. СРБ ++, серомукоид 0,42 г/л (N 0,22-0,28 г/л).

На рентгенограмме кистей – околосуставной остеопороз.

- Дальнейший план обследования больной.
- Клинический диагноз.
- Программа лечения данной больной.

ЗАДАЧА №20

Больная 43 лет при поступлении в клинику предъявляла жалобы на боли в мелких суставах кистей, локтевых суставах, главным образом при движении, утреннюю скованность в течение 30 - 40 мин. Больна в течение 5 лет .

Объективные данные: состояние больной удовлетворительное. Отмечается небольшая деформация 2, 3 и 4 пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов за счёт не резко выраженных пролиферативных явлений. Анализ крови: Hb – 110 г/л, эритроц 3,68*10¹²/ л, лейкоц 4,6*10⁹/л, эоз 3%, п/я 6%, сегм 60%, лимф 32%, мон 5%, СОЭ 22 мм/час. СРБ ++, серомукоид 0,42 г/л (N 0,22-0,28 г/л).

На рентгенограмме кистей – околосуставной остеопороз.

- Дальнейший план обследования больной.

- Клинический диагноз.
- Программа лечения данной больной.

ЗАДАЧА №21

15-летняя девочка поступила в клинику с жалобами на лихорадку до 39-40, резкие боли в крупных и мелких суставах, боли в мышцах, эритематозные высыпания на коже. Заболела остро около трёх месяцев назад.

При обследовании обнаружено небольшое количество жидкости в плевральной полости справа, увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов и селезёнки.

Гемоглобин – 65 г/л, СОЭ 55 мм рт. ст. Маркёры системной красной волчанки не обнаружены.

- Наиболее вероятный диагноз.
- Какие дополнительные методы исследования Вы бы рекомендовали?
- Назначьте лечение больной.

Раздел 3. Гастроэнтерология.

ЗАДАЧА №1

Больной 34 лет жалуется на постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся после приёма жирной и жареной пищи, понижение аппетита, рвоту, жидкий стул. В течение 10 лет злоупотребляет алкоголем. Пять лет назад перенёс вирусный гепатит, после выписки из стационара режим питания не соблюдал, употреблял алкоголь. Вскоре появились ноющие боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер. 1-2 раза в год наблюдались обострения заболевания, сопровождавшиеся резкой слабостью, диспептическими расстройствами, желтухой, иногда повышением температуры до 38,0.

При осмотре больной достаточного питания, склеры и кожа желтушны, единичные «сосудистые звездочки», печень выступает из-под рёберного края на 3 см, плотная, край острый, при пальпации безболезненный. Селезёнка у края рёберной дуги. В анализе крови билирубин 45 мкмоль/л, прямой 35 мкмоль/л, не прямой 10 мкмоль/л, общий белок 72 г/л, альбумины 45%, альфа2-глобулины 11,9%, гамма 29,8%, фибриноген 720 мг/л (N 200-400 мг/л), АЛТ 86 ед/л, (N 0-38 ед/л), АСТ 98 ед/л (N 0-40 ед/л). При пункционной биопсии в пунктате распознать дольковую структуру ткани печени не удаётся. Ядра в некоторых клетках пикнотичны. Многие клетки содержат жировые вакуоли. Видны широкие жировые прослойки с тяжами фибробластов, мелкими сосудами, скоплениями лимфоидных клеток. Между балками имеются очаги пролиферации купферовских клеток.

- Дайте заключение по пунктату печени.
- Какие клинические синдромы можно выделить в клинической картине?
- Поставьте клинический диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимы больному?
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №2

Больной 49 лет поступил в стационар с жалобами на кровавую рвоту после приёма алкоголя, тяжесть в правом подреберье, отсутствие аппетита, слабость. В 40-летнем возрасте перенёс вирусный гепатит, в последующие годы неоднократно госпитализировался в терапевтический стационар по поводу желтухи, зуда, носовых кровотечений, похудания. Выписывался с кратковременным улучшением.

При поступлении: кожа и видимые слизистые желтушны. В области ключиц – «сосудистые звездочки». Подкожно-жировой слой и мышечная система развиты недостаточно. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках. Живот

увеличен в объёме за счёт асцита, видны расширенные подкожные вены переднебоковых поверхностей живота, выпячивание пупка. Печень чётко не пальпируется, имеется симптом «плавающей льдинки». Селезёнка значительно увеличена, плотная, безболезненная при пальпации.

- Выделите основные клинические синдромы у больного.
- Назначьте план обследования.
- Какие изменения общего анализа крови Вы ожидаете увидеть?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №3

Больной 47 лет обратился с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 15-20 мин после еды и уменьшающиеся через 1,5-2 часа, периодически беспокоит изжога. Впервые подобные явления появились 2,5 года назад, при рентгенологическом исследовании выявлены симптомы гастрита.

Объективно: больной правильного телосложения, язык обложен серым налётом, разлитая боль в эпигастриальной области, спазмированная сигмовидная кишка. При ЭГДС – небольшая язва на малой кривизне желудка, по соседству с которой обнаружен небольшой рубец. Слизистая вокруг язвы отёчна, гиперемирована.

- Ваш диагноз.
- Какие дополнительные методы исследования Вы рекомендуете?
- Программа лечения больного.

ЗАДАЧА №4

49-летняя женщина в течение нескольких лет обращается к врачу с жалобами на периодически возникающий кожный зуд, желтуху, тяжесть в правом подреберье. В детстве болела малярией, алкоголь не употребляет. Настоящее обострение началось две недели назад после грубого нарушения диеты, появился мучительный кожный зуд, пожелтели склеры и кожа, появилась тёмная моча, боли в костях.

При осмотре кожа и слизистые желтушны, имеются многочисленные следы расчёсов, на коже – ксантомы, печень выступает из-под рёберного края на 5 см, край её острый, плотный, селезёнка пальпируется на 1 см ниже рёберной дуги. В биохимическом анализе крови: билирубин 110 мкмоль/л (N 8,5-20,5 мкмоль/л), связанный 88 мкмоль/л (N 0-5,1 мкмоль/л), свободный (N до 16,5 мкмоль/л). щелочная фосфатаза 540 (N 40-190), АСТ 45 ед/л (норма 0-40), АЛТ 68 (N 0-38 ед/л), холестерин 12,8 ммоль/л (N 3,1-5,2 ммоль/л), Б-липопротеиды 92 ед (норма 35-55 ед).

- Ведущий синдром у больной и его биохимическое обоснование.
- О каких заболеваниях следует думать при наличии данного синдрома?
- Предварительный диагноз больной.
- Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Назначьте лечение больной.

ЗАДАЧА №5

У больного 18 лет во время профилактического медицинского осмотра выявлены иктеричность склер, повышение уровня билирубина до 45 ммоль/л. В последующие три года чувствовал себя хорошо, хотя периодически появлялась лёгкая иктеричность склер.

При осмотре – печень выступает из-под рёберного края на 1 см, край её мягкий, пальпация безболезненная. Содержание билирубина в крови 40 мкмоль/л, непрямой – 36 мкмоль/л. При пункционной биопсии дольковая структура печени сохранена, определяются включения липофусцина.

- Поставьте диагноз.

- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Дополнительные исследования, которые необходимо назначить больному?
- Ваши рекомендации больному.

ЗАДАЧА №6

Больная 46 лет жалуется на кожный зуд, появившийся полгода назад. Лечился безуспешно у терапевта, дерматолога, невролога. Присоединившаяся желтуха послужила поводом для госпитализации в терапевтическое отделение.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, кожные покровы слегка желтушны со следами расчёсов на животе, на руках. Склеры иктеричны. Органы грудной клетки без отклонений от нормы. Живот не увеличен, мягкий, печень выступает из-под правой рёберной дуги на 3-4 см, умеренной плотности, безболезненная. Селезёнка перкуторно увеличена, не пальпируется.

Анализ крови: НВ 140 г/л, эр 4,5*10¹²/л, лейкоц 4,4*10⁹/л, эоз 4%, п/я 6%, сегм 60%, лимф 22%, мон 10%, тромбоциты 320*10⁹/л, СОЭ 8 мм/час. В анализе мочи реакция на уробилин отрицательная, реакция на билирубин положительная. Биохимическое исследование сыворотки крови: билирубин 56 мкмоль/л, прямой 46 мкмоль/л, не прямой 10 мкмоль/л, МНО (Международное нормализованное отношение – протромбиновый тест) 1,1 (норма 1,1-1,2), АЛТ, АСТ в пределах нормы, щелочная фосфатаза 360 ед/л (норма 40-190), холестерин 8,8 ммоль/л (норма 3,1-5,2), общий белок 82г/л, альбумины 52%, глобулины: альфа1 11,3%, альфа2 12%, бета 15%, гамма 18%. В течение трёх недель проводилась стандартная терапия, которая не дала выраженного клинического эффекта, особенно упорно не уменьшался кожный зуд. Последнее послужило основанием для назначения преднизолона в дозе 20 мг/с внутрь. Постепенно кожный зуд снизился, уменьшилась желтуха. На поддерживающей дозе гормонов больной выписан.

- Назовите ведущий синдром, имеющий место у больного.
- Дополнительные исследования, которые Вы назначите больному.
- Сформулируйте диагноз.
- Нужна ли коррекция лечения, с Вашей точки зрения?

ЗАДАЧА №7

Больной 23 лет с 8-летнего возраста периодически отмечает появление небольшой желтушности кожных покровов, не сопровождавшихся никакими другими жалобами, не лечился. Желтуха проходила самостоятельно. Такие эпизоды отмечались 2-3 раза в год. В анамнезе в 7-летнем возрасте – вирусный гепатит.

При осмотре кожные покровы и склеры желтушны, внепечёночных знаков нет, печень выступает из-под рёберного края на 2 см, селезёнка не пальпируется.

В анализе крови Нв 130г/л, эр 4,3*10¹²/л, лейкоц 5,5*10⁹/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 7 мм/час. Биохимическое исследование сыворотки крови: билирубин 56,5 мкмоль/л, прямой 10,3 мкмоль/л, не прямой 46/6 мкмоль/л. АСТ, АЛТ, общий белок и белковые фракции в пределах нормы.

- О каком синдроме следует думать в первую очередь?
- С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- Составьте программу обследования больного.

ЗАДАЧА №8

Больная 42 лет предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и левое плечо. Боли возникают после приёма жирной, жареной пищи, сопровождаются тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения. Одновременно возникают боли в эпигастрии, отдающие в спину.

Впервые боли возникли год назад. Приступ начался после обильной еды, длился всю ночь, прошёл самостоятельно. Желтухи, потемнения мочи не было. Неделью

держалась субфебрильная температура, тошнота, стул был по 3 раза в день, неоформленный. В течение года аналогичных приступов было 6. При соблюдении диеты боли не возникали.

При осмотре – патологии дыхательной, сердечно-сосудистой системы не выявлено. Рост больной 164 см, масса тела – 72 кг. Живот несколько вздут, мышечного напряжения нет. Повышенная кожная чувствительность в левом подреберье. Печень не увеличена, жёлчный пузырь не пальпируется. Величина подкожно жировой складки слева от пупка меньше, чем справа. Резкая болезненность при пальпации над пупком и на 3 см ниже середины левой рёберной дуги. Болезненность уменьшается при повороте на левый бок.

- Сформулируйте диагностическую концепцию.
- Составьте план обследования больной.
- В консультации каких специалистов нуждается больная?

ЗАДАЧА №9

Пациент 64 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, кожный зуд, желтушность кожи и склер, обесцвеченный кал.

4 года назад после приступа печёночной колики выявлены камни в жёлчном пузыре и выполнена холецистэктомия. Спустя два года появился рецидивирующий фурункулёз, в крови натощак выявлена гипергликемия (8,4 ммоль/л), назначен манинил. Месяц назад обратил внимание на потемнение мочи, через неделю заметил необычный цвет кала – серо-глинистый. Появилась желтушность склер, похудел.

При осмотре – состояние больного средней тяжести. Рост 175 см, масса тела 61 кг. Кожа и склеры желтушны. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный 52 удара в 1 мин, А/Д 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, свободной жидкости в брюшной полости нет. Печень по средне-ключичной линии выходит из-под рёберного края на 3 см, край заострен, умеренно плотный, безболезненный. Селезёнка не увеличена. Определяется болезненность в пилородуоденальной области. В правом подреберье определяется эластичное образование, размером 8 x 6 см.

- О какой патологии нужно думать прежде всего?
- Какие клинические синдромы выявляются у больного?
- Перечислите необходимые лабораторные и инструментальные исследования.

ЗАДАЧА №10

Больной 44 лет находится в стационаре по поводу резко выраженных болей в эпигастрии опоясывающего характера. Из-за болей отказывается от еды, беспокоит изжога, стихающая после приёма питьевой соды, температура тела 37,9^о. Отмечается мышечная защита слева в эпигастрии, глубокая пальпация невозможна из-за болезненности. Амилаза в моче 680 мг/мл/час. УЗИ – выраженный отёк поджелудочной железы, фиброз в области головки. Лейкоциты крови – 11300* 103/л, СОЭ – 34 мм/час.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо назначить больному?
- Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА №11

50-летняя пациентка в течение 6 лет страдает приступами болей в правом подреберье, возникающими преимущественно после жирной пищи. Год назад после обследования рекомендована холецистэктомия, от которой больная отказалась. За последнюю неделю приступы болей стали ежедневными (прежде бывали 1-2 раза в месяц) и значительно более сильными. Больную госпитализировали. На третий день пребывания в стационаре появилась желтушность склер и кожных покровов, «замаскообразный» стул, тёмная моча. В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз – 13150*103/л, СОЭ 28 мм/час.

- Какие изменения в моче, биохимическом анализе крови Вы ожидаете обнаружить?
- Какой основной синдром выявляется у больной?
- Определите характер желтухи в данном случае.
- Ваша дальнейшая тактика.

ЗАДАЧА №12

Больная 32 лет поступила в клинику с диагнозом хронический холецистит, хронический гастрит. В детстве перенесла вирусный гепатит, малярию. 9 лет назад отметила появление болей в правом подреберье после жирной пищи, иногда рвоту. Диагностировали холецистит, хотя уже тогда отмечалось увеличение печени. Все последующие годы беспокоили слабость, постоянные ноющие боли в правом подреберье, не зависящие от приёма пищи. Лечилась амбулаторно жёлчегонными средствами.

Больная пониженного питания, печень выступает на 2-3 см из-под края рёберной дуги, плотновата, край её закруглен, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. В анализе крови лейкоц. 4,2*10⁹/л, формула без особенностей, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе: общий билирубин 15,6 мкмоль/л, прямой 4,6, непрямой 11 мкмоль/л, АСТ 32 ед, АЛТ 36 ед, общий белок 82,5 г/л, альбумины 43,7%, глобулины: альфа1 5,3%, альфа2 13%, бета 16%, гамма 22%. При УЗИ – увеличение печени, структура её сохранена, сосуды и жёлчные протоки не расширены, утолщена стенка увеличенного жёлчного пузыря, конкрементов не обнаружено. Холецистография выявила снижение сократительной функции пузыря. Пункционная биопсия печени: в препарате несколько долек печени. Печёночные клетки довольно крупные, с мелкозернистой цитоплазмой, жировые включения в них не выявляются. Купферовские клетки с небольшими ядрами, удлинённой и овальной формы. Видны небольшие участки пролиферации купферовских клеток с их превращением в эндотелиальные клетки. Портальные тракты заметно утолщены, склерозированы, содержат немногочисленные фибробласты, видны деформированные сосуды и небольшое число мелких жёлчных ходов. Очаговая гистиолимфоцитарная инфильтрация.

- Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- Какие методы исследования необходимо дополнительно назначить?
- Наметьте программу лечения больной.

ЗАДАЧА №13

Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, которые возникают натощак и в ночное время. Боли почти полностью снимаются приёмом пищи, запоры.

Объективно: правильного телосложения, несколько повышенного питания. Кожа влажная, кисти холодные, выраженный красный дермографизм. Пальпация живота болезненная, особенно в пилородуоденальной зоне, там же незначительное мышечное напряжение. Болезненность по ходу нисходящей и сигмовидной кишки. Рентгеноскопия: луковица 12-ти перстной кишки раздражена, перистальтика её ускорена, симптом «ниши» неубедительный, в желудке небольшое количество жидкости.

- Предварительный диагноз.
- Назовите заболевания, которые могут протекать с подобной клиникой.
- Составьте план обследования больной.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №14

Больной 58 лет поступил в гастроэнтерологическое отделение по поводу одышки, слабости, анорексии, болей в животе, метеоризма, снижение суточного диуреза. Перечисленные симптомы развились в течение 1,5-2 недель.

При осмотре состояние больного тяжёлое, выраженная одышка, отёки нижних

конечностей и пояснично-крестцовой области. Кожные покровы желтовато-землистого цвета, склеры субиктеричны. Живот увеличен в объёме за счёт метеоризма и асцита. Печень несколько увеличена (+1 см), плотная с острым краем, селезёнка не пальпируется. Сердце умеренно увеличено влево, АД 145/85 мм рт.ст. Нижняя граница лёгких приподнята, перкуторный коробочный звук, дыхание в нижних отделах лёгких ослабленное.

Анализ крови: Нв 115 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,8 \cdot 10^9$ /л, эоз 2%, п/я 4%, сегм 61%, лимф 20%, моноциты 13%, тромбоциты $182 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 48 мм/час. В анализе мочи реакция на уробилин положительная, на билирубин – отрицательная. В биохимическом анализе крови: общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой 25 мкмоль/л, непрямой 20 мкмоль/л, МНО 3,0 (Международное нормализованное отношение – протромбиновый тест - норма 1,1-1,2),

АЛТ 188 ед/л (норма 0-38), АСТ 145 ед/л (норма 0-40), общий белок 58 г/л, альбумины 33%, глобулины: альфа1 4%, альфа2 11%, бета 18%, гамма 34%. Лапароскопия с прицельной биопсией: в брюшной полости значительное количество асцитической жидкости, сосуды париетальной брюшины расширены, извиты. Печень небольших размеров, поверхность мелкозернистая, с налётами фибрина. Сосуды сальника и желудка расширены. Больной получает лечение: бессолевая диета, витамины, эуфиллин, дигоксин, мочегонные. Состояние не улучшается, нарастает асцит.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Нуждается ли больной в коррекции лечения?
- Ваши дополнительные назначения.

Раздел 4. Пульмонология.

ЗАДАЧА №1

Больной 50 лет поступил в клинику с жалобами на отёки ног, увеличение в объёме живота, одышку в покое, сердцебиение, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. Курит в течение 30 лет. В последние 10 лет отмечает кашель с выделением слизистой мокроты. После перенесённой пневмонии мокрота слизисто-гнойной, появилось ощущение затруднённого дыхания, иногда сопровождавшееся свистящими хрипами. В течение 5 лет стала беспокоить одышка при ходьбе, а затем и в покое. За год до госпитализации впервые появились отёки голеней, проходящий после приёма мочегонных. Периодически отмечается субфебрильная температура.

Состояние больного тяжёлое. Диффузный цианоз, акроцианоз. Отёки нижних конечностей, поясничной области, передней стенки живота. Перкуторно над лёгкими определяется коробочный звук. Аускультативно: по передней поверхности выслушиваются сухие хрипы низкого тембра. ЧД 26 в 1 мин, АД 140/70 мм рт.ст., асцит, печень выступает на

8 см из-под рёберного края, диурез 600 мл/с. Анализ крови: Нв 170 г/л, эритроциты $4,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,6 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула нормальная, СОЭ 10 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1020, белок 0,66 ‰, единичные эритроциты. Анализ мокроты: характер – слизисто-гнойный, микроскопически – много лейкоцитов. Рентгенологически: повышенная прозрачность лёгочных полей, лёгочный рисунок перестроен, тяжист. Справа и слева в синусах жидкость, выбухает конус лёгочной артерии. ЭКГ – ритм синусовый, тахикардия, отклонение ЭОС вправо, высокий РП, Ш, AVF, перегрузка правого желудочка.

- Выделите основные клинические синдромы.
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Программа лечения.

ЗАДАЧА №2

26-летняя женщина поступила в клинику в связи с болями в грудной клетке, связанными с дыханием. Несколько месяцев тому назад у больной отмечались артралгии,

а за две недели до поступления – припухлость мелких суставов кистей.

Объективно выявлена небольшая деформация и ограничение подвижности в лучезапястных суставах, тахикардия до 100 уд/мин, повышение температуры до 37,80. Рентгенологически: в правой плевральной полости небольшое количество жидкости. В анализе крови: Нв 100 г/л, ретикулоциты 4%, лейкоциты $3,0 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты $60 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 40 мм/час.

- Сформулируйте предварительную диагностическую концепцию.
- Назначьте план обследования больной.
- Возможные лечебные программы в зависимости от результатов обследования.

ЗАДАЧА №3

Больная 39 лет в течение 15 лет после родов страдает варикозным расширением вен нижних конечностей, тромбозом глубоких вен. После выполнения значительной физической нагрузки у неё внезапно появилась одышка, боль в левой половине грудной клетки. Через два дня повысилась температура до 39,0, озноб, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты с прожилками крови.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. В легких небольшое количество сухих хрипов и в левой подлопаточной области звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Число дыханий 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 90 ударов в 1 мин. АД 110/70 мм рт.ст. Анализ крови: НВ-120 г/л, лейкоциты – $11,4 \cdot 10^9/\text{л}$, эоз-2%, п-7, с-65, м-6, лимф-20, СОЭ – 27 мм/час.

- Ваш предполагаемый диагноз.
- Какие методы исследования необходимо провести?
- Назначьте лечение.
- Ваша дальнейшая тактика.

ЗАДАЧА №4

У больной 49 лет, длительно страдавшей ревматизмом с формированием митрального стеноза и постоянной формой мерцательной аритмии, внезапно развились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в спину, выраженная одышка, холодный пот, чувство страха смерти. Состояние больной крайне тяжелое, в сознании. Кожные покровы с цианотичным оттенком, влажные. В легких – единичные сухие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, ЧДД – 28 в 1 мин. Тоны сердца глухие, тахикардия (115 уд в 1 мин). АД – 90/60 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберного края на 3 см. Пастозность голеней.

- Какое осложнение развилось у больной?
- Какие изменения на ЭКГ Вы ожидаете увидеть?
- Какие методы исследования помогут Вам подтвердить диагноз?
- неотложные мероприятия.

ЗАДАЧА №5

Больной 70 лет по поводу множественных переломов правой нижней конечности длительное время находился на скелетном вытяжении, соблюдал постельный режим. После снятия вытяжения и наложения гипсовой повязки больному разрешили вставать. На второй день при ходьбе больной внезапно упал, потерял сознание.

Кожные покровы с цианотичным оттенком, холодный пот. Единичные дыхательные движения, ЧСС – 50 уд в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. АД 60/20 мм рт.ст. На ЭКГ – идиовентрикулярный ритм.

- Какое осложнение развилось у больного?

- Ваши действия.
- Как можно предупредить данное осложнение у больных пожилого возраста?

ЗАДАЧА №6

У больного 50 лет на фоне простудного заболевания после приступа интенсивного кашля внезапно возникли сильные прокалывающие боли в правой половине грудной клетки, резкая одышка. Состояние резко ухудшалось, усиливалась одышка, появился цианоз кожных покровов, головокружение, перебои в работе сердца.

При осмотре: состояние больного тяжёлое. Кожные покровы с цианотичным оттенком, одутловатость лица. Над правым лёгочным полем тимпанический перкуторный звук, аускультативно – резко ослабленное дыхание. Рентгенологически: свободный газ в правой плевральной полости, смещение средостения влево.

- Какое осложнение развилось у больного?
- Каковы могут быть последствия?
- Ваша тактика.

ЗАДАЧА №7

Женщина 52 лет во время купания в пруду почувствовала судороги в правой и левой икроножных мышцах. Спасательный катер вынул пострадавшую из воды через 8 минут.

Состояние критическое, самостоятельного дыхания нет, пульс, АД не определяются. Зрачки широкие, на свет реагируют.

- Чем обусловлено состояние пострадавшей?
- Ваши действия.
- Какие последствия утопления в пресной воде можно ожидать после успешной реанимации пострадавшей?

ЗАДАЧА №8

У больной 49 лет, длительно страдавшей ревматизмом с формированием митрального стеноза и постоянной формой мерцательной аритмии, внезапно развились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в спину, выраженная одышка, холодный пот, чувство страха смерти.

Состояние больной крайне тяжёлое, в сознании, кожные покровы с цианотичным оттенком, влажные. В лёгких единичные сухие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания. ЧДД 36 в 1 мин. Тоны сердца глухие, пульс 115 уд/мин, частые экстрасистолы, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см, безболезненная. Периферических отёков нет.

- Какое осложнение развилось у больной?
- Ваши мероприятия?
- Какие методы исследования могут подтвердить диагноз?

ЗАДАЧА №9

Больной 46 лет страдает хроническим алкоголизмом, состоит на учёте у нарколога. Госпитализирован по СМП в крайне тяжёлом состоянии, вял, заторможен, на вопросы отвечает с трудом. Температура 38,5, кожные покровы бледны, ЧД 28 в 1 мин, ЧСС 120 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. В анализе крови: НВ 110 г/л, лейкоциты $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 52 мм/час, токсигенная зернистость нейтрофилов. Рентгенологически – диффузное затемнение нижней и средней доли справа, в динамике – множественные полости распада с горизонтальными уровнями жидкости.

- Какие основные синдромы имеются в данном случае?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Опишите предполагаемый анализ мокроты.

- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №10

Больной 63 лет поступил в клинику с жалобами на одышку в покое, ощущение затруднённого дыхания, кашель с выделением гнойной мокроты, отёки нижних конечностей, увеличение живота. В течение многих лет – бронхит курильщика, последние три года отмечает усиления кашля и увеличение количества гнойной мокроты, периодически повышение температура до 38,0, усиление одышки, в связи с чем повторно лечился стационарно.

При предыдущих госпитализациях рентгенологически в лёгких эмфизема, диффузный пневмосклероз, бронхоэктазы, выбухание дуги лёгочной артерии, увеличение правого желудочка.

Состояние больного средней степени тяжести. Диффузный цианоз лица, «часовые стёкла», «барабанные палочки». ЧД 26 в 1 мин. Грудная клетка эмфизематозная, перкуторно над лёгкими коробочный звук, дыхание жестковатое, при форсированном дыхании – рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, ЧСС 96 уд/мин. Асцит, пропальпировать печень не удаётся, массивные отёки ног. ЭГК – мерцание предсердий, признаки гипертрофии правого желудочка, диффузные изменения миокарда.

- Поставьте диагноз.
- Предполагаемые причины отёчного синдрома.
- Составьте план обследования больного.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №11

Больной 70 лет доставлен в приёмное отделение с диагнозом левосторонняя плевропневмония, документированная рентгенологически в поликлинике утром этого же дня.

При осмотре состояние больного крайне тяжёлое. Серо-пепельный цианоз. Мраморность кожи, пастозность голеней. Дыхание поверхностное, 36-38 в 1 мин. В лёгких дыхание не проводится слева в нижних отделах, выслушивается шум трения плевры.

ЧСС 110 уд/мин, АД 80/40 мм рт.ст.

- Какие синдромы Вы диагностируете у больного?
- Поставьте клинический диагноз.
- Врачебная тактика.

ЗАДАЧА №12

Больной 30 лет после перенесённой черепно-мозговой травмы в течение 5 лет страдает эпилепсией. Последние два месяца отмечает учащение приступов, однако, к неврологу не обращался. Поводом для госпитализации послужило повышение температуры до 39,0, боли в грудной клетке справа в нижних отделах, общая слабость, головная боль, ощущение затруднённого дыхания, кашель с выделением мокроты жёлтого цвета.

При осмотре состояние больного средней степени тяжести, температура 38,20, ЧД 22 в мин, укорочением перкуторного звука в нижних отделах справа. ЧСС 110 уд/мин, ритм правильный, АД 120/80 мм рт.ст. В анализе крови НВ 120 г/л, лейкоц 12*10⁹/л, СОЭ 40 мм рт.ст. Рентгенологически – в нижней доле справа инфильтрация без чётких границ.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какие данные анамнеза необходимо уточнить?
- Составьте план обследования больного.

- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №13

У 53-летнего мужчины после вдыхания паров аммиака во время аварии на работе появилась одышка в покое. При аускультации выявлены многочисленные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы в лёгких. При рентгенографии обнаружено усиление лёгочного рисунка и инфильтративные тени.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №14

Больной 41 года госпитализирован с жалобами на отёки ног и увеличение живота. При осмотре выявлено увеличение печени, асцит, правосторонний гидроторакс. Рентгенологически сердце не увеличено, лёгкие прозрачны. Год назад больному проводилась лучевая терапия по поводу лимфогранулематоза.

- Какой ведущий синдром выявляется у больного?
 - Сформулируйте клинический диагноз.
 - Какому виду лечения следует отдать предпочтение?
1. Дигоксин в сочетании с диуретиками
 2. Глюкокортикоиды и цитостатики
 3. Перикардэктомия
 4. Пункция перикарда
 5. Пересадка сердца.

ЗАДАЧА №15

Больная 50 лет обратилась к врачу с жалобами на одышку, тупую боль в правой половине грудной клетки. За последние полгода похудела на 6 кг, периодически отмечался субфебрилитет. При пункции плевральной полости получена жидкость красноватого цвета. Содержание белка в выпоте 4,5 г/л, большое количество эритроцитов и лейкоцитов.

- Как Вы охарактеризуете полученный пунктат?
 - При каких заболеваниях встречается?
 - Какое исследование в первую очередь следует провести для уточнения причины выпота?
1. Бронхоскопия.
 2. Маммография.
 3. Рентгенография желудка.
 4. Колоноскопия.
 5. Проба Манту.

ЗАДАЧА №16

У 52-летнего пациента, жалующегося на одышку, обнаружен плевральный выпот. При пункции плевральной полости получена белая непрозрачная жидкость, без запаха, похожая на молоко, с большим содержанием белка и триглицеридов.

- Назовите характер экссудата?
 - Наиболее вероятная причина выпота?
1. Пневмония.
 2. Туберкулёз.
 3. Лимфома.
 4. Ревматоидный артрит.
 5. Панкреатит.
- Составьте план обследования больного.

ЗАДАЧА №17

У 36-летней женщины, предъявлявшей жалобы на одышку, боли в грудной клетке при дыхании, рентгенологически было выявлено наличие жидкости в плевральной полости. Анамнез без особенностей. При осмотре определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Со стороны других органов патологии не выявлено. Анализы крови и мочи в пределах нормы. При плевральной пункции получена светло-жёлтая жидкость с относительной плотностью 1010 и содержанием белка 30 г/л. При микроскопическом исследовании осадка полученной жидкости преобладали лимфоциты и мезотелиальные клетки. После парацентеза и удаления примерно 1,5 л жидкости при гинекологическом осмотре высказано предположение о наличии опухоли яичника.

- Как Вы думаете, что явилось причиной гидроторакса и асцита?
- Назовите наиболее информативный метод исследования у данной больной?

ЗАДАЧА №18

Больной 39 лет поступил с жалобами на одышку, кашель с обильной кровянистой мокротой. Около 15 лет беспокоил кашель с небольшим количеством мокроты. Больной курит. Два года назад после перенесённого «гриппа» состояние больного резко ухудшилось, усилилась одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты, в которой последние 2-3 недели появилась алая кровь.

Состояние больного средней тяжести, одышка в покое до 25 дыханий в 1 мин. Грудная клетка обычной формы, отмечается западение и выбухание межрёберных промежутков при дыхании справа в подмышечной области, там же определяется притупление перкуторного звука, несколько усиленное с «амфорическим» оттенком дыхания и большое количество влажных крупнопузырчатых хрипов. Над остальными отделами лёгких выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, ритмичны, 84 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется, периферических отёков нет.

- Какие два основных синдрома выявляются у больного?
- При каких заболеваниях они могут встречаться?
- Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Показано ли хирургическое лечение, и при каких условиях?

ЗАДАЧА №19

Больной 22 лет заболел остро: повысилась температура до 38,0, появился сухой кашель, боль в грудной клетке при дыхании, выраженное притупление перкуторного звука и резкое ослабление дыхания слева, одышка до 30 в 1 мин, тахикардия до 110 уд/мин. Рентгенологически выявлена жидкость в левой плевральной полости до 3 ребра. В крови - лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ до 40 мм/час.

- Какое лечебно-диагностическое мероприятие необходимо выполнить у данного больного в первую очередь?
- Определите круг заболеваний, между которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
- Какие дополнительные методы исследования необходимы для установления правильного диагноза?

ЗАДАЧА №20

Больной 28 лет доставлен в клинику с жалобами на сильные боли в животе опоясывающего характера, рвоту, появившиеся два дня тому назад после приёма больших доз алкоголя. В анамнезе дважды после приёма алкоголя возникали аналогичные приступы. Заключение хирурга: необходимо проводить дифференциальную диагностику

между острым гастритом, острым панкреатитом и прободной язвой желудка.

При объективном обследовании: повышение температуры до 38,0, ослабление дыхания слева ниже угла лопатки, болезненность в верхнем квадранте живота, больше слева. При рентгенологическом исследовании грудной клетки – жидкость в левой плевральной полости. По данным ЭГДС, язвы не обнаружено.

- Ваша диагностическая гипотеза.
- Составьте план обследования больного.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №21

Больной 17 лет госпитализирован с жалобами на слабость и одышку при незначительной физической нагрузке, периодическое повышение температуры до 37,2-37,60 в течение последних 6 месяцев. За три месяца до госпитализации стал отмечать увеличение живота, в связи с чем проводился парацентез с удалением нескольких литров асцитической жидкости.

Состояние больного при поступлении средней степени тяжести, лежит низко. Одутловатость лица, набухшие шейные вены. ЧД 22 в 1 мин. Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечный толчок не определяется. Расширение границ сердца влево и вправо на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 86 уд/мин. Печень выступает из-под рёберного края на 6 см, пропальпировать селезёнку не удаётся. Асцит. Умеренные отёки голеней. ЭКГ – ритм синусовый, тахикардия, снижение вольтажа QRS, инверсия зубца Т в грудных отведениях. Рентгенологически – размеры сердечной тени увеличены, амплитуда сокращений желудочков резко снижена, в легких туберкулёзные очаги различной плотности.

- Выделите ведущий синдром у больного.
- Чем он, по Вашему мнению, обусловлен?
- Какие предположения Вы можете высказать по поводу этиологии заболевания в данном случае?

ЗАДАЧА №22

Больная 30 лет доставлена больницу бригадой СМП в крайне тяжёлом состоянии. Контакт с больной затруднён. АД 220/150 мм рт.ст., на лице эритема, отёки на ногах. Выявлена жидкость в брюшной полости, увеличение размеров печени. В анализе крови: Нв 90 г/л, эр 2,0*10¹²/л, лейкоц 3,0*10⁹/л, СОЭ 50 мм/час. В анализе мочи массивная протеинурия, эритроциты 20-30 в п/зр. На рентгенограмме грудной клетки обнаружена жидкость в полости перикарда и плевральных полостях.

- Предварительный диагноз.
- Назначьте план обследования больной.
- Лечение.

ЗАДАЧА №23

Больная 69 лет доставлена в клинику в тяжёлом состоянии с жалобами на резкую слабость, одышку, тяжесть за грудиной, кашель. В анамнезе в течение 10 лет беспокоят боли в сердце при ходьбе, три года назад перенесла инфаркт миокарда. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад, когда после переохлаждения появился озноб, повысилась температура до 39,0, появились боли в грудной клетке и небольшой сухой кашель. Принимала сульфадиметоксин. Через два дня температура нормализовалась, однако оставались боли в грудной клетке при дыхании и боли за грудиной, нарастала одышка и кашель со скудной мокротой. В день поступления был приступ удушья, сжимающие боли за грудиной, клочущее дыхание, в связи с чем с подозрением на инфаркт миокарда госпитализирована.

Объективно: состояние больной тяжёлое, положение ортопноэ, выражен цианоз губ, акроцианоз. В лёгких справа почти на всём протяжении укорочение перкуторного звука, в верхних отделах справа дыхание бронхиальное, в нижних отделах – ослабленное. Слева в нижних отделах незвучные, влажные хрипы в значительном количестве, число дыханий 40 в 1 мин. АД 70/50 мм рт.ст., тахикардия 112 уд/мин, тоны сердца глухие. ЭКГ – синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо, подъём сегмента ST в V1 - V4, депрессия сегмента ST в V5-6. В анализе крови Нв 140 г/л, лейкоц 13,1*10⁹/л, нейтрофилы 78%, СОЭ 40 мм/час, в нейтрофилах токсигенная зернистость.

- Согласны ли Вы с диагнозом врача скорой помощи? Почему?
- Назовите полный клинический диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №24

Больная 57 лет поступила с жалобами на приступы удушья. Приступы стали возникать 7 лет назад, чаще осенью и весной, при резкой смене погоды, провоцируются вдыханием пыли, резкими запахами. В аллергологической лаборатории была выявлена положительная кожная реакция на домашнюю пыль. Больная в детстве болела экземой, в последние годы отмечает появление кожного зуда при контакте с пищевой содой. Воспалительными заболеваниями лёгких не болела.

Объективно: над лёгкими коробочный перкуторный звук, большое количество рассеянных сухих хрипов на фоне удлинённого выдоха, тоны сердца звучные, пульс ритмичный 86 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Печень не увеличена, периферических отёков нет.

- Какой диагноз и какую форму заболевания Вы устанавливаете?
- Какая терапия наиболее целесообразна:
 - а) в период обострения
 - б) в период ремиссии.

Раздел 5. Нефрология. Гематология.

Задача №1

Больной 55 лет доставлен в больницу в коматозном состоянии. Со слов родственников, он болен много лет; в последнее время потерял аппетит, часто появлялась тошнота, рвота, сонливость. В день госпитализации потерял сознание.

Объективно: Истощение, бледность. Язык сухой запах мочевины изо рта. В лёгких сухие хрипы. Сердце – систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте, шум трения перикарда. АД 170/90 мм рт.ст. В анализе крови: Нв 80 г/л, лейкоц 16*10⁹, в анализе мочи: относительная плотность 1007, белок 0,66 г/л, в осадке единичные эритроциты.

- Укажите ведущий синдром.
- Назначьте план обследования больного.
- Назовите лечебные мероприятия.

ЗАДАЧА №2

Больной, 38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» с подозрением на пищевое отравление. При поступлении жалуется на постоянную тошноту, рвоту после каждого приема пищи, сухость во рту. Ухудшение самочувствия возникло в последние дни без видимой причины. В течение последнего года заметил повышенную утомляемость, часто стали беспокоить общая слабость, головокружение. Последние 3 года находится под наблюдением в связи с повышением АД. В прошлом часто болел ангиной. 12 лет назад была проведена тонзилэктомия, после чего ангины прекратились. 10 лет назад в моче

случайно был обнаружен белок, но больше по этому поводу не обследовался, При осмотре: Кожные покровы бледные, пониженного питания. Небольшая одутловатость лица. Отмечаются отдельные подергивания мышцы туловища и верхних конечностей. Левая граница сердца расширена влево на 2 см. 1 тон ослаблен над верхушкой, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 88 в мин., АД 170/15 мм рт.ст. В задненижних отделах легких жесткое дыхание. Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника. Анализ крови: эр. 2,1 •10⁹, Нв 92 г/л, лк. 7,2 х10⁹/л, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, лк. 12 в поле зрения, эр. измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. Креатинин крови: 0,356 ммоль/л. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА №3

Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища наклонах. Кроме того, заметил, что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи. После охлаждения 3 нед назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурацилина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появились тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился и в поликлинику. Были сданы анализы крови и мочи. На следующий день, поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения. При осмотре: пульс 70 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/105 мм. рт.ст. 1 тон над верхушкой ослабленной звучности, 2 тон усилен над аортой. Других изменений со стороны внутренних органов.

Анализ крови: эр. 4,3х10¹² /л, НБ 140 г/л, л. 7,()х10⁹ /л, СОЭ 22 мм/ч. Анализ мочи; относительная плотность 1028, белок 1,65 г/л, л. 5-6 в поле зрения, эр. выщелоченные 10-15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА №4

Больная 25 лет поступила в кардиореанимационное отделение с диагнозом «отёк лёгких». Из анамнеза: в марте этого года перенесла фолликулярную ангину, примерно через две недели проснулась утром с сильной головной болью, выраженным отёком лица. Вызванный участковый врач зафиксировал повышение АД до 170/100 мм рт.ст, был поставлен диагноз «Гипертонический криз», назначена гипотензивная терапия. Состояние больной не улучшалось, и только через месяц была направлена на госпитализацию. В стационаре был диагностирован острый гломерулонефрит, назначены мочегонные, гипотензивные средства, преднизолон. Самочувствие и состояние больной несколько улучшилось, снизилось АД до 140/90, уменьшились отёки, улучшились (но не нормализовались) анализы мочи. По просьбе больной через месяц выписана с рекомендацией амбулаторного приёма преднизолона. По совету экстрасенса, к которому больная обратилась в связи с плохим самочувствием, отёками, повышенным АД, был отменён преднизолон, что вызвало резкое ухудшение состояния больной: уменьшилось количество мочи, резко усилились отёки, стала нарастать одышка, и в связи с развившимся приступом удушья больная была госпитализирована.

При осмотре – выраженная бледность кожи и слизистых, одутловатость лица, анасарка. В лёгких масса влажных разнокалиберных хрипов, тоны сердца приглушены, ЧСС 80 уд/мин, АД 180/110 мм рт.ст. Анализ крови: Нв 94 г/л, лейкоц 5,6*10¹²/л, п/я 1%, сегм 73%, лимф 19%, мон 7%, СОЭ 70 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 33%0, лейкоц 15-20 в п/зр, эр 10-15 в п/зр, гиалиновые цилиндры 6-8 в п/зр, восковидные цилиндры 5-7 в п/зр.

Суточная протеинурия 41 г. В биохимическом анализе крови: общий белок 42 г/л, альбумины 34,5%, глобулины: α_1 5,6%, α_2 35,15, γ 10,6%. Холестерин 15,2 ммоль/л (N до 5,6), β -липопротеиды 110 ммоль/л (N - 55), мочевины 8,2 ммоль/л (N 1,7-8,3), креатинин 86 мкмоль/л (N 48-98). При УЗИ выявлено увеличение размеров печени, почек. Рентгенография легких: застойные явления, корни недостаточно структурны, отмечено наличие выпота в плевральных полостях. Сердце расширено в поперечнике, увеличен левый желудочек.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимо назначить больной?
- Какие врачебные ошибки Вы можете отметить в данном случае?
- Назначьте лечение больной?
- Каков прогноз?

ЗАДАЧА №5

Больной 23 лет поступил в неврологическое отделение в бессознательном состоянии (наркотическое опьянение). В течение 5 лет употребляет в/в наркотики (героин).

В течение последней недели отмечалось повышение температуры до 39,0 с потрясающими ознобами, проливными потами

При осмотре состояние больного тяжёлое, кожные покровы бледные с землистым оттенком. В лёгких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум над мечевидным отростком и по правому краю грудины в нижней её трети. Тахикардия до 110 уд/мин, Ч/Д 26 в 1 мин. Печень выступает из-под рёберного края на 3 см, мягко-эластичной консистенции. Пальпируется селезёнка на 1 см ниже рёберного края. В анализе крови Нв 104 г/л, лейкоц 12*10⁹/л, СОЭ 60 мм /час. ЭХО КГ – на створках трикуспидального клапана определяются «пушистые» вегетации, регургитация 2-3 ст.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследования больного.
-
- Какие изменения Вы ожидаете увидеть в результатах исследований?
- Каков прогноз у данного больного?

ЗАДАЧА №6

Больной 27 лет перенёс ОРВИ, осложнившуюся бактериальным фарингитом. Специфического лечения не получал. Через две недели появилось недомогание, головная боль, вялость. Стал отмечать небольшие отёки по утрам на лице, к вечеру – отёки стоп и голеней. Обратился к участковому врачу, выявлено повышенное АД, назначен анаприлин. Улучшений не было. Через несколько дней в анализе мочи была обнаружена протеинурия, эритроциты 30-40 в п/зр.

- Ваш предварительный диагноз.
- Ваша тактика
- Назначьте план обследования больного.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №7

Больной 43 лет заболел 7 месяцев назад. После перенесённой ангины появились отёки, артериальная гипертензия, моча цвета «мясных помоев». Лечился в стационаре, получал фуросемид, ампициллин, гипотензивные препараты. Было некоторое улучшение, но все симптомы не исчезли. Месяц назад состояние больного вновь ухудшилось:

усилилась головная боль, тупые боли в поясничной области, слабость, ухудшение зрения. Госпитализирован.

При осмотре: бледен, лицо одутловато. Выраженные отёки голеней, стоп, поясничной области. Границы сердца расширены влево, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 64 уд/мин, АД 180/120 мм рт. ст. В нижних отделах лёгких незвонкие влажные хрипы. Печень у рёберного края. ЭКГ – признаки перегрузки левого желудочка. Глазное дно – гипертоническая ангиоретинопатия.

- Предварительный диагноз.
- О каком синдроме Вы должны подумать прежде всего?
- План обследования больного.
- Какой препарат является препаратом выбора при подтверждении Вашего предположения о ведущем синдроме?

ЗАДАЧА №8

61-летняя женщина в течение 12 лет страдает ревматоидным артритом. Явилась на диспансерный осмотр. В настоящее время беспокоят боли в коленных и плечевых суставах и мелких суставах кистей, утренняя скованность в течение 1,5 часов, появились отёки на нижних конечностях. Больная получает индометацин 150 мг/сутки, метатрексат 7,5 мг/сутки.

Объективно: ульнарная девиация кистей, ограничение движений в коленных, лучезапястных, плечевых суставах. Отёки век, отёки голеней (остаётся ямка после надавливания). В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, 72 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: Hb 100 г/л, лейкоц 7,8*10⁹/л, СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 3,2‰, лейкоц 4-5 в п/зр, эритроцитов нет. РФ 1:160. Креатинин сыворотки крови 100 мкмоль/л.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- С чем связаны, по Вашему мнению, отёки у больной?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
- Нуждается ли больная в коррекции лечения?

ЗАДАЧА №9

Больной 22 лет жалуется на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, повышенную жажду. Частые простудные заболевания. Кожа сухая, бледная. АД 145/90 – 165/110 мм рт.ст. Пульс 75 уд/мин. Левая граница сердца смещена влево на 1 см, тоны умеренно приглушены, акцент 2 тона над аортой. В анализе крови Hb 42 г/л, лейкоц 10*10⁹/л, СОЭ 38 мм/час, мочевины 14,5 ммоль/л (N 2,5-8,3), креатинин 240 мкмоль/л (N-48-98). Суточное количество мочи 2800 мл.

В анализе мочи относительная плотность 1011, белок 0,099‰, лейкоц 1-2 в п/зр, эритроц 8-10 изменённых в п/зр, гиалиновые цилиндры 1-2 в п/зр.

- О каком заболевании можно думать?
- Какие исследования должны подтвердить диагноз?

ЗАДАЧА №10

Больная 25 лет жалуется на тупую боль в поясничной области, отдающую в нижние отделы живота, частое болезненное мочеиспускание. Заболела 2 года назад после родов. В анамнезе частые ангины. Состояние больной удовлетворительное, температура субфебрильная. Симптом поколачивания слабopоложительный. В анализе крови: эритроц 4*10¹²/л, лейкоц 6*10⁹/л, лейкоцитарная формула без изменений. Анализ мочи:

относительная плотность 1004-1010, белок 0,033 г/л, лейкоциты до 100 в п/зр, выщелоченных эритроцитов 10-15 в п/зр, цилиндры гиалиновые 1-2 в п/зр. Уровень креатинина крови 82 мкмоль/л.

- О каком заболевании следует думать?
- Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Ваш примерный план лечения.

ЗАДАЧА №11

У больной 27 лет после ангины появились отеки стоп, АД 150/100 мм рт.ст., протеинурия до 1,65%, микрогематурия. Диагностирован острый гломерулонефрит. Проведено лечение пенициллином, гипотензивными и мочегонными средствами неэффективно. В течение 2 месяцев держаться выраженные отеки лица, голеней, стоп, стойкая протеинурия (до 6,6%), АД 130/90 – 150/100 мм рт.ст.

- Какие особенности течения ОГН имеют место в данном случае?
- Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
- Коррекция лечения.

ЗАДАЧА №12

Больной 26 лет через неделю после купания в холодной воде появилась одутловатость лица, отметил покраснение мочи, тяжесть голове. При осмотре выявлено повышение АД до 180/100 мм рт.ст., в анализах мочи – протеинурия 6,6% и гематурия. С детства страдает хроническим гнойным бронхитом, подозревали наличие бронхоэктазов, но специальных исследований не проводилось. Анализ крови без отклонений от нормальных показателей, СОЭ 16 мм/час. Уровень креатинина сыворотки крови нормальный.

- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Какие исследования необходимо назначить больному?
- Показана ли этому больному пункционная биопсия почек?
- Программа лечения больного в зависимости от выявленной патологии.

ЗАДАЧА №13

Больной 49 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на пастозность лица и ног, одышку при небольшой физической нагрузке, нарушение зрения, носовое кровотечение. В анамнезе повторные госпитализации с подобными жалобами. При обследовании выявлено смещение левой границы сердца влево на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, глухость тонов, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. АД 160/100 мм рт.ст. Пульс 88 уд/мин. В анализе крови умеренная анемия, креатинин 300 мкмоль/л. В анализе мочи небольшая протеинурия, гематурия (10-20 выщелоченных эритроцитов в п/зр), цилиндрурия, относительная плотность 1010-1013. Глазное дно: границы сосочков завуалированы, мелкоочечные кровоизлияния и белые очаги дегенерации равномерно распределены по всему глазному дну.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какие исследования необходимо назначить больному?
- Назначьте лечение.
- Каков прогноз?

ЗАДАЧА №14

У 21-летнего студента на фоне хорошего самочувствия и занятий с полной нагрузкой появилось болезненное опухание большого пальца на стопе, прошедшего от ультрафиолетового облучения. Через некоторое время развилась слабость, головокружение, носовые кровотечения, анемия (70 г/л). В анализе мочи белок 0,99%,

эритроциты 10-20 в п/зр, лейкоциты 5-8 в п/зр, относительная плотность 1006. В анализе крови Hb 62 г/л, эритроциты $1,94 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $12 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 72 мм/час.

В сыворотке крови креатинин 1570 мкмоль/л. Глазное дно: сужение артерий и расширение вен сетчатки. Диагностирована фолликулярная ангина, температура 38,50, вскоре снизившаяся до нормальных цифр. Рвота, судороги, спутанное сознание, шум трения перикарда. Через две недели после поступления в клинику больной умер.

- Сформулируйте клинический диагноз. Назовите основные синдромы.

ЗАДАЧА №15

Больная 65 лет заболела остро, после переохлаждения появились ноющие боли в поясничной области, болезненное учащенное мочеиспускание, мутная моча, повышение температуры – 38,0.

Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны 82 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» положительный в правой половине поясничной области. В анализе крови: Hb 110 г/л, лейкоциты $12,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 26 мм/час. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты $0,9 \cdot 10^3$ /мл, лейкоциты $80 \cdot 10^3$ /мл.

- Предварительный диагноз.
- Назначьте план обследования больной.
- Какие лекарственные препараты необходимо назначить?

ЗАДАЧА №16

Больной 40 лет обратился к врачу с жалобами на изменение цвета мочи («мясные помои») в течение нескольких дней. Аналогичные эпизоды отмечал три месяца назад, к врачу не обращался. Температура тела не повышена, самочувствие вполне удовлетворительное.

- Какие дополнительные сведения нужно получить из анамнеза настоящего заболевания и анамнеза жизни?
- Перечислите заболевания, о которых нужно думать в первую очередь?
- Назначьте план обследования больного.
- Какие изменения в анализе мочи Вы ожидаете увидеть?
- По результатам данных обследования в консультации каких специалистов может нуждаться больной?
- Как Вы относитесь к назначению гемостатических препаратов в данном случае?
- Какие рекомендации по диете Вы дадите больному?

ЗАДАЧА №17

Больная 50 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, головную боль, массивные отёки ног, поясничной области, передней брюшной стенки. Из анамнеза известно, что больная в течение 15 лет страдает сахарным диабетом. Последние два года получает инсулин. Диабет в настоящее время в стадии компенсации. Год назад больная перенесла инфаркт миокарда, артериальная гипертензия с 40-летнего возраста.

- Какие вопросы необходимо задать больной для уточнения диагноза?
- Ведущий синдром у больной.
- Чем может быть обусловлен данный синдром в данном случае?
- Какие изменения Вы можете обнаружить в анализе мочи?
- Какие Ваши дальнейшие действия в зависимости от результатов анализа мочи?

- Что Вы ожидаете увидеть при рентгенологическом исследовании грудной клетки?
- Какие изменения белковых фракций крови могут быть обнаружены?
- Появление лихорадки, асимметричных отёков на нижних конечностях о каком осложнении заставит Вас подумать?

ЗАДАЧА №18

Больной 48 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, давящие боли за грудиной при ходьбе. Вышеуказанные жалобы появились год назад, постепенно прогрессировали. Состояние было расценено как стенокардия, получал лечение нитратами, β -блокаторами – без эффекта. В течение года отмечает усиленное выпадение волос, повышение потребности в кислых, солёных продуктах. При очередном обращении в поликлинику выявлено снижение Нв до 34 г/л, в связи с чем экстренно госпитализирован. В анамнезе – редкие простудные заболевания, пневмония, хронический геморрой с редкими обострениями.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Выраженная бледность слизистых и кожных покровов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими лёгочный звук, дыхание везикулярное, ЧД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум над областью сердца, ритм правильный 94 в мин, А/Д 110/70 мм рт.ст. Печень, селезёнка не увеличены. Койлонихии.

В анализе крови: Нв 40 г/л, цв. показатель 0,78, ретикулоциты 10%, тромбоциты $300 \cdot 10^9$ /л, лейкоц 7,8 $\cdot 10^9$ /л, п/я 4%, сегм 72%, эоз 2%, лимф 18%, мон 4%. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо 5,8 мкмоль/л. Анализ мочи, билирубин, креатинин, сахар крови в пределах нормы. ЭГК – ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

- Какие ведущие клинические синдромы имеют место у больного?
- Чем они обусловлены?
- Предварительный диагноз.
- Составьте план обследования.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №19

Больная 16 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, недомогание, появившиеся в течение последних 6 месяцев. Отмечала также снижение аппетита, тяжесть в эпигастрии, за это время выросла на 6 см (рост 170 см). Менструации с 12 лет, обильные по 6 дней, безболезненные.

При осмотре – астеничного телосложения, отмечена ломкость и деформация ногтей в виде поперечной исчерченности. Бледность кожи и слизистых. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке и по левому краю грудины. ЧСС 90 ударов в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

Анализ крови: Нв – 76 г/л, эр $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, цв.показатель 0,6, ретикулоциты 0,5%, тромбоциты $325 \cdot 10^9$ /л, лейкоц $3,5 \cdot 10^9$ /л, п/я 1%, сегм 50%, э 2%, лимф 37%, мон 10%, СОЭ 18 мм/час. Сывороточное железо 4,5 мкмоль/л. При R_0 исследовании желудка, ирригоскопии, ректороманоскопии, колоноскопии патологии не выявлено.

- Какие вопросы ещё Вы зададите больной?
- Предполагаемый диагноз.
- Дополнительные методы исследования и консультации специалистов для уточнения диагноза.

- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №20

Больная 45 лет жалуется на боли в животе, метеоризм, тошноту, поносы, чередующиеся с запорами. В течение последних двух лет появилась слабость, периодические обмороки, сердцебиения, одышка.

При осмотре бледна, кожа сухая, тургор снижен. Ногти расслаиваются, деформированы. Ангулярный стоматит. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца сохранены, учащены до 100 уд в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, болезненен в эпигастрии, в области пупка и по ходу толстой кишки. Печень и селезёнка не пальпируются. При ЭГДС – гастродуоденит, обнаружена небольшая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гинекологической патологии не выявлено. Анализ крови: Нв 85 г/л, эр 4*10¹²/л, цв.показатель 0,63, ретикулоциты 2%, тромбоциты 300*10⁹/л, лейкоц 4,2*10⁹/л, п/я 8%, сегм 52%, э 2%, лимф 30%, мон 8%, СОЭ 36 мм /час. Сывороточное железо 9 ммоль/. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании пищевода, желудка и тонкой кишки выявлена картина энтерита.

- Дополнительные исследования, которые Вы назначите больной.
- Предполагаемый диагноз.
- Врачебная тактика.

ЗАДАЧА №21

Больная 35 лет обратилась к терапевту по направлению женской консультации, где она наблюдалась по поводу беременности (20 недель) в связи со снижением уровня гемоглобина. В течение года упорные поносы, в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Во время беременности поносы уредились, прибавила в весе, но в течение последнего месяца появилась слабость, головокружение.

При осмотре бледна. Периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 92 удара в 1 мин. АД 130/80 мм рт.ст. Язык малинового цвета с единичными афтами. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, параумбиликальной области, печень не увеличена. Анализ крови: Нв 80 г/л, эр 2,0*10¹²/л, цв.показатель 1,1, ретикулоциты 0,1%, тромбоциты 250*10⁹/л, макроцитоз, лейкоц 3,2*10⁹/л, п/я 3%, сегм 65%, эоз 1%, лимф 25%, мон 6%, полисегментация ядер нейтрофилов, СОЭ 26 мм рт.ст.

- Предполагаемый диагноз.
- Лечение.

ЗАДАЧА №22

Больная 61 года поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, похудание, снижение аппетита, отвращение к мясу, боли в эпигастрии, шум в ушах.

Объективно: резко пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые бледны, кожа с землистым оттенком. Грудина при поколачивании умеренно болезненна. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. ЧСС 92 уд. В 1 мин. АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Где пальпируется плотное образование, легко смещаемое, с неровными контурами. Печень на 2 см выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Отёков нет. Анализ крови: Нв 85 г/л, эр 1,75, цв.показатель 1,3, лейкоц 5,5, э 1%, п/я 8%, сегм 60%, лимф 23,5%, мон 8%, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты 1800, СОЭ 39 мм/час. Макроцитоз.

- Предполагаемый диагноз
- Составьте план обследования больной.
- Какие изменения Вы ожидается увидеть в миелограмме?

- Ваша лечебная тактика.

ЗАДАЧА №23

Больная 42 лет страдает меноррагиями с юности. У больной неоднократно снижался гемоглобин до 85-90 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/л$, цветовой показатель 0,75. Получала перорально препараты железа с эффектом. Настоящее ухудшение после перенесённой ОРВИ, усилилась слабость, появились головокружения, ухудшился аппетит, похудела. Снижение гемоглобина при поступлении в клинику 72 г/л, цветовой показатель 0,65. На фоне лечения препаратами железа отмечена положительная динамика, улучшилось самочувствие, повысился Нв до 113 г/л. Однако оставался сниженным аппетит.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Нуждается ли больная в дальнейшем пребывании в клинике?

ЗАДАЧА №24

Больная 45 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при малейшей физической нагрузке, отсутствие аппетита, неустойчивый стул. Больной считает себя три года, с момента, когда появилась слабость, повышенная утомляемость. К врачам не обращалась. В последние два месяца к прежним жалобам присоединились головная боль, шум в ушах, прогрессивно нарастающая одышка, жжение в кончике языка, тяжесть в эпигастрии, шаткость походки, чувство онемения в стопах.

Объективно: несколько повышенного питания, кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, склеры субиктеричны. Язык отёчен, красный с трещинами и афтами. Периферические лимфоузлы не увеличены. Границы сердца расширены влево, систолический шум над всеми точками, ЧСС 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Печень увеличена (на 2 см выступает из-под края рёберной дуги), при пальпации мягкая, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Анализ крови: Нв 56 г/л, эр $1,2 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 1,4, лейкоц 2,5*10⁹/л, эоз 0%, п/я 4%, сегм 56%, лимф 36%, мон 4%, СОЭ 32 мм/час. Макроцитоз, базофильная пунктация эритроцитов, полисегментация нейтрофилов.

- Предварительный диагноз.
- Какие синдромы выявлены у больной?
- Составьте план обследования больной.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №25

Больная 70 лет выписана из клиники с диагнозом анемия Аддисон-Бирмера. При выписке самочувствие больной вполне удовлетворительное. Одышки в покое и незначительной нагрузке нет, остаётся небольшая слабость. Аппетит хороший.

При осмотре в поликлинике: кожа несколько бледна, слизистые обычной окраски. ЧД 18-20 в 1 мин. АД 140/80. Язык со сглаженным сосочковым слоем, красный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Отёков нет. Анализ крови: Нв 110 г/л, эр $3,3 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 1,0, лейкоц $5,1 \cdot 10^9/л$, э 2%, сегм 70%, лимф 21%, мон 4%, тромбоциты $210 \cdot 10^9/л$, СОЭ 15 мм/час.

- Ваша дальнейшая тактика.

Раздел 6. Профессиональные болезни.

Задача № 1.

Больной Н., 34 г., работал в течение 14 лет формовщиком в литейном цехе.

Профессиональные вредности: кварцсодержащая пыль (концентрация в 4 раза превышала

ПДК), повышенная температура воздуха в помещении.

При поступлении на работу признавался практически здоровым. Через 10 лет от начала работы появились кашель, одышка при физической нагрузке, общая слабость.

Объективно: в легких хрипов нет, дыхание ослабленное.

ОАК в пределах нормы, при биохимическом исследовании крови выявлена небольшая гамма-глобулинемия. На рентгенограмме органов грудной клетки выявлены эмфизема легких, деформация легочного рисунка за счет мелкопятнистых теней узелкового типа.

1. Предварительный диагноз:
 - а. Хронический пылевой бронхит
 - б. Хроническая пневмония
 - в. Силикоз
 - г. Туберкулез легких
 - д. Асбестоз
2. Течение заболевания
 - а. Быстро прогрессирующее
 - б. Медленно прогрессирующее
 - в. Регрессирующее
3. Основной фактор, вызвавший развитие болезни
 - а. Кварцосодержащая пыль
 - б. Повышенная температура воздуха
 - в. Пониженная температура воздуха
4. Окончательное заключение о профессиональном характере заболевания может осуществить
 - а. Врач-терапевт
 - б. Врач-пульмонолог
 - в. Врач-профпатолог (единолично)
 - г. Врач-профпатолог (в составе ВК)

Задача №2

Больной 33 года, в течение 12 лет работал на горно-обогатительной фабрике, имел контакт с минеральной пылью, содержащей менее 1% свободной двуокиси кремния (ПДК превышалось в 2 раза) и неблагоприятными температурными условиями. При прохождении им первичного медосмотра (ПМО) признавался практически здоровым, 3 года назад появились кашель со скудной мокротой, одышка при физической нагрузке, обострения 2-3 раза в год. Температура тела не повышалась. При физикальном обследовании: в легких жесткое дыхание, единичные рассеянные сухие хрипы. ОАК без патологии.

При рентгенологическом исследовании легких изменения не обнаружены.

1. Предварительный диагноз:
 - а. Силикоз
 - б. Хронический пылевой бронхит
 - в. Пневмония
 - г. Эмфизема легких
2. Стадия заболевания
 - а. Первая
 - б. Вторая
 - в. Третья
3. Какие факторы сыграли основную роль в развитии заболевания
 - а. Контакт с минеральной пылью
 - б. Неблагоприятные метеоусловия

- в. Наследственная предрасположенность
- г. Вирусная инфекция

Задача № 3.

Больной 43 года в течение последних четырех лет работал на предприятии по производству асбестовых изделий, имел контакт с асбестовой пылью, превышающей ПДК в 3 раза. В течение последних 2 лет отмечает кашель с трудноотделяемой мокротой с обострениями 3-4 раза в году, одышку при небольшом физическом напряжении, боли в грудной клетке, общую слабость.

При прохождении ПМО признавался практически здоровым.

При аускультативном обследовании в легких на фоне несколько ослабленного дыхания определяются единичные рассеянные сухие хрипы.

ОАК без патологии. При рентгеноскопическом исследовании ОГК нерезкое усиление легочного рисунка сетчатого характера, утолщение плевры, незначительное уплотнение легочных корней.

1. Предварительный диагноз:
 - а. Силикоз
 - б. Асбестоз
 - в. Карбокониоз
 - г. Силикосидероз
2. Предполагаемая стадия заболевания
 - а. Первая
 - б. Вторая
 - в. Третья
3. Какой основной фактор сыграл роль в развитии заболевания
 - а. Контакт с асбестовой пылью
 - б. Неблагоприятные метеоусловия
 - в. Наследственная предрасположенность

Задача №4

Больной 35 лет в течение 16 лет работал забойщиком на угольной шахте, имел контакт с угольной пылью, превышающей ПДК в 4 раза. В течение последних двух лет отмечает кашель с выделением мокроты серого цвета, одышку при физической нагрузке.

При физикальном исследовании: грудная клетка расширена в базальных отделах, подвижность нижних краев легких ограничена, перкуторно-коробочный звук над боковыми отделами легких; аускультативно – рассеянные сухие хрипы. ОАК без патологии

При рентгенологическом исследовании ОГК выявлено усиление и деформация легочного рисунка, признаки базальной эмфиземы.

1. Предполагаемый диагноз:
 - а. Антракоз, пылевой бронхит
 - б. Пылевой бронхит
 - в. Силикоз
 - г. Силикосидероз
2. Какой основной фактор сыграл роль в развитии заболевания
 - а. Угольная пыль
 - б. Кварцсодержащая пыль
 - в. Неблагоприятные метеоусловия
3. Какие основные синдромы можно выделить
 - а. Бронхообструктивный

- б. Повышенной возбудимости
- в. Интоксикационный
- г. Воспалительный

Задача № 5.

Больной Н., 37 лет, жалобы на одышку при физической нагрузке, кашель с незначительным отделением мокроты, боли в области грудной клетки в течение последнего года. Последние годы работал на производстве по изготовлению изделий пиротехники, имел контакт с порошкообразным аммиаком. Средствами индивидуальной защиты пользовался не регулярно. Курит с 18 лет.

При физикальном исследовании: перкуторно коробочный звук над нижними отделами легких; аускультативно – единичные рассеянные хрипы. ОАК без патологии.

На рентгенограмме ОГК – усиление и деформация легочного рисунка, множественные узелковые образования с четкими контурами диаметром 0,5-0,7 см, повышенная прозрачность легочных полей в нижних отделах.

1. Предварительный диагноз:
 - а. Хронический пылевой бронхит
 - б. Аллюминоз
 - в. Хроническая пневмония
 - г. Силикоз
2. Основные факторы, вызвавшие развитие болезни
 - а. Кварцосодержащая пыль
 - б. Пыль металла
 - в. Метеорологические факторы
 - г. Курение
3. Данное заболевание относится к группе
 - а. Силикоза
 - б. Метакониозов
 - в. карбокониозов

Задача № 6.

Больная С., 33 года, жалобы на приступы затрудненного дыхания во время работы в течение последнего года. В выходные дни и в отпускной период приступы отсутствуют. Работает в течение 13 лет на фармацевтическом производстве, имеет контакт с лекарственными препаратами (антибиотиками).

При ПМО признавалась практически здоровой. Частые респираторные заболевания отрицает.

Объективно: со стороны внутренних органов не выявлено. В ОАК эозинофилия. При рентгенологическом исследовании ОГК патология не обнаружена.

1. Предположительный диагноз:
 - а. Пылевой бронхит
 - б. Силикоз
 - в. Профессиональная бронхиальная астма
 - г. Непрофессиональная бронхиальная астма
 - д. Обструктивный бронхит
2. Основной фактор, вызвавший развитие болезни
 - а. Профессиональный контакт с антибиотика
 - б. Инфекционный
 - в. Метеорологический
 - г. Бытовой контакт с антибиотиками
3. Степень заболевания

- а. Легкая
- б. Среднетяжелая
- в. Тяжелая
- 4. В целях дополнительного обследования показаны
 - а. исследование внешнего дыхания
 - б. аллергологические пробы
 - в. бронхоскопия
 - г. бронхография

Задача № 7

Больной, 40 лет, работал обрубщиком в течение 20 лет. Имел контакт с легкой вибрацией (70% рабочего времени с параметрами выше ПДУ). Болеет в течение последующих 5-6 лет.

Жалобы на постоянные ноющие боли, онемение, слабость пальцев рук, повышенную чувствительность к низким температурам, зябкость, побеление пальцев правой руки. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологический статус: функция ЧМН не нарушена. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических знаков нет. Координация и статика не нарушены. Отмечается гипергидроз ладоней. Кисти рук цианотичные. Температура кожи рук 25,7°.

Паллестетиометрия: на руках пороги вибрационной чувствительности повышен на высоте 30 кг.

Динамометрия справа 20 кг, слева – 30 кг.

РВГ: **** интенсивности пульсового кровенаполнения артерий кистей и предплечий, артериальный тонус повышен, признаки венозного полнокровия. При рентгенографии кистей патологии не выявлено.

1. Имеются клинические синдромы:
 - а. Вегетативно-сенсорная полиневропатия верхних конечностей
 - б. Ангиоспастический
 - в. Полиневропатический
 - г. Вестибулярный
2. Клинический диагноз
 - а. Вибрационная болезнь 1-2 ст.
 - б. Вибрационная болезнь 2-3 ст.
 - в. Болезнь Рейно
 - г. ссиндромомия
3. Противопоказана работа с
 - а. Вибрацией
 - б. Охлаждением
 - в. Нервным напряжением

Задача № 8

Больной 30 лет, в течение 3 лет работал на предприятии по производству кинескопов. Последние 7 лет работает бухгалтером. Заболел ОРВИ, принимал антибиотики. Отмечено появление на этом этапе значительной одышки, резкий подъем температуры, кашель. В легких выслушиваются множественные мелкопузырчатые хрипы. При рентгенологическом исследовании обнаружены множественные узелковые тени в легких. Обнаружено снижение диффузной способности легких.

1. Предположительный диагноз:
 - а. Пневмония
 - б. Асбестоз
 - в. Силикоз
 - г. Бериллиоз

2. Основной этиологический фактор заболевания
 - а. Бериллий
 - б. Кварцесодержащая пыль
 - в. Вирусная инфекция
 - г. Угольная пыль
3. Развитие заболевания
 - а. Быстро прогрессирующее
 - б. Медленно прогрессирующее
 - в. Регрессирующее
4. Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать диагностику
 - а. Милиарный туберкулез
 - б. Синдром Хаммена-Рича
 - в. Саркоидоз
 - г. Пневмония

Задача №9

Больная К., 35 лет, в течение 17 лет работала на предприятии химической промышленности в контакте с сероуглеродом с превышением ПДК в 5-10 раз. При ПМО признавалась практически здоровой.

Жалобы на боли и онемение в руках и ногах, головные боли, повышенную утомляемость. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Неврологический статус: ЧМН – постоянный горизонтальный нистагм в обе стороны.

Снижен корнеальный рефлекс. Гипалгезия по полиневритическому типу в виде перчаток и носков. Координация и статика в норме. Сухожильные рефлексы оживлены, патологических знаков нет. Гипергидроз кистей и стоп. Колебания АД от 110/70 до 150/90 мм рт.ст. Эмоционально лабильна.

1. Предположительный диагноз:
 - а. Острая интоксикация сероуглеродом
 - б. Хроническая интоксикация сероуглеродом
 - в. Нейро-циркуляторная дистония
 - г. Болезнь Рейно
2. Основные клинические синдромы
 - а. Астено-вегетативный
 - б. Вегетативно сенсорная невропатия конечностей
 - в. Вестибулярный
3. Противопоказана работа в контакте
 - а. С токсическими веществами
 - б. Со значительным физическим напряжением
 - в. Любой вид работы

Задача №10

Больной 70 лет, жалобы на постоянную одышку смешанного характера, кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, в течение 3-х месяцев присоединилась субфебрильная температура по вечерам, потливость.

В 50-летнем возрасте выставлен диагноз силикоз 1-2 стадии в областном центре профпатологии. Профмаршрут: в течение 14 лет работал проходчиком на шахте ТВМК. После выявления силикоза переведен на другую работу.

В настоящее время инвалид по профзаболеванию. Курит много лет.

В ОАК СОЭ 30 мм/час. На рентгенограмме ОГК легочной рисунок усилен, легочные поля эмфизематозны, на этом фоне множественные узелковые тени в базальных отделах до 1 см в диаметре, в верхней доле левого легкого очаговая тень размером 2х2 см.

1. Какое осложнение силикоза можно предположить:

- а. Пневмония
- б. Силикотуберкулез
- в. Хронический бронхит
- г. Синдром Каплана
- 2. Для подтверждения диагноза показано
 - а. Проба Манту
 - б. Проба Квейма
 - в. паллестезиометрия
- 3. Необходимо обследование и лечение в условиях
 - а. Фтизиатрического лечебного учреждения
 - б. Пульмонологического отделения
 - в. Центра профпатологии

Задача №11

Больной 35 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение больницы. Рабочий предприятия по производству красителей. В результате аварийной ситуации на производстве имел контакт с аминобензолом. Появился внезапный кашель, чихание, головная боль, головокружение, тошнота, слабость.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа и слизистые серо-синей окраски. В легких жесткое дыхание, ЧДД 25 в минуту, пульс 90 в минуту, ритмичный, АД 100-60 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

- 1. Предположительный диагноз:
 - а. Острая интоксикация аминсоединениями
 - б. Пищевая токсикоинфекция
 - в. Ботулизм
- 2. Патогенез интоксикации обусловлен образованием
 - а. Метгемоглобина
 - б. Карбоксигемоглобина
 - в. Сенсibilизация организма к аминсоединениям бензола
- 3. В периферической крови находят
 - а. Ретикулоцитоз
 - б. Тельца Гейкца
 - в. Тромбоцитоз
- 4. Степень отравления можно оценить как
 - а. Легкую
 - б. Среднетяжелую
 - в. Тяжелую

Задача № 12

Больной 42 года, механик авторемонтной мастерской, в день обращения занимался ремонтом автомобиля с плохой вентиляцией. Прежде считал себя практически здоровым. Жалобы на слабость, головную боль, головокружение, тошноту.

Объективно: заторможен, кожа бледно розовой окраски. Тону сердца приглушены, ЧСС 90 в минуту, АД 110/80 мм рт.ст. живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. В крови HbCO 25%.

- 1. Предположительный диагноз:
 - а. Острая интоксикация окисью углерода
 - б. Острая интоксикация сероуглеродом
 - в. Острая интоксикация сероводородом
 - г. Острая интоксикация хлором
- 2. Патогенез интоксикации обусловлен
 - а. Образованием метгемоглобина

- б. Образованием карбоксигемоглобина
- в. Острым гемолизом
- 3. Степень интоксикации
 - а. Легкая
 - б. Среднетяжелая
 - в. Тяжелая
- 4. Показаны следующие мероприятия:
 - а. Экстренная госпитализации
 - б. Оксигенотерапия
 - в. Кофеин, аскорбиновая кислота парентерально
 - г. Согревание
 - д. Все перечисленное

Блок Педиатрия:

Задача №1

Мать девочки 3 лет обратилась в поликлинику по поводу постоянного сухого кашля, беспокоящего ребенка по ночам, на протяжении последних 3 месяцев, а также в связи с эпизодом свистящего дыхания, возникшего после игры с котенком, продолжавшегося около 30 минут, прошедшего самостоятельно.

Из анамнеза известно, что мать ребенка страдает полинозом. Беременность протекала на фоне пиелонефрита. Грудное вскармливание до 6 месяцев. После перевода на искусственное вскармливание отмечены проявления атопического дерматита на щеках. Часто болеет ОРВИ.

При осмотре кожа сухая. Зев чистый. Язык «географический». Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 20. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 104. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дать план обследования.
3. Какие формы бронхиальной астмы указаны в рабочей классификации?

Задача № 2

Мальчик 2 лет, поступил в приемное отделение детской больницы с жалобами на насморк с обильным серозным отделяемым, свистящее дыхание с затрудненным выдохом, возникшее 3 часа назад после приезда за город на дачу (время года апрель).

Из анамнеза известно, что у матери появляются элементы крапивницы после употребления цитрусовых фруктов. Отец с детства страдает экземой. Акушерский анамнез: данная беременность протекала у мамы на фоне токсикоза первой половины (тошнота, рвота, дерматит), II половины (отеки, следы белка в моче). Роды путем кесарева сечения. Ребенок находился на грудном вскармливании до 9 месяцев. В 6 месяцев после введения в рацион морковного сока возникло покраснение щек. В 9 месяцев после контакта с цветами мимозы у ребенка развился приступ удушья. Врач неотложной помощи ввел эуфиллин, тавегил, после чего приступ купировался. На втором году жизни дважды перенес ОРВИ с затяжным течением.

При осмотре состояние тяжелое. Выражена бледность кожи и слизистых, акроцианоз, экспираторная одышка. ЧД 42. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук тимпанический. Дыхание форсировано, с участием вспомогательной мускулатуры, при аускультации – ослаблено. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 160.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз.
- 2.Дать схему лечения больного.
- 3.Что такое астматический статус?

Задача № 3

Саша К., 10 лет, болен бронхиальной астмой с 5 лет. Поступил в стационар с жалобами на сухой кашель, приступ удушья, возникший 2 дня назад, который снялся ингаляцией беротека.

Анамнез жизни: бабушка страдает дерматитом и бронхиальной астмой.

Анамнез заболевания: у мальчика приступы удушья возникают ежемесячно, ночные приступы 1 раз в 2 месяца, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена эпидермальная, бытовая аллергия. Ребенок получает базисную терапию тайледом. Наблюдается у аллерголога и у ЛОР-врача по поводу круглогодичного аллергического ринита. Состояние ухудшается в холодную влажную погоду и после физических нагрузок.

При осмотре кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, в обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД – 26. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 100.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз.
- 2.Какое лечение следует назначить?
- 3.Что такое обострение бронхиальной астмы?

Задача №4

Маша К., 8 лет. Болеет бронхиальной астмой с 5 лет. Приступы удушья еженедельные, часто ночные, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена бытовая, эпидермальная, пищевая, лекарственная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Приступы удушья чаще возникают дома в холодную, влажную, ветряную погоду, провоцируются физическими нагрузками. Отмечается круглогодичный аллергический риносинусит, постоянный сухой кашель.

При поступлении предъявляет жалобы на сухой кашель, заложенность носа. Кожные покровы сухие, бледные. В зеве умеренная гиперемия дужек. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы в обеих легких. ЧД – 22. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 90.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты – $11 \times 10^9/\text{л}$, э- 9%, м – 4%, СОЭ – 14 мм/час.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Назначьте лечение.
- 3.Чем характеризуется интермитирующая форма бронхиальной астмы?

Задача № 5

Аня С., 9 лет, стоит на диспансерном учете с 2-х лет с диагнозом «респираторный аллергоз». В 4 года появились типичные приступы удушья, чаще возникающие дома после игры с собакой. Провоцирующими факторами также являются физическая нагрузка и холодная погода. Приступы возникают 2-3 раза в месяц, ночные приступы отсутствуют. Периодически беспокоит сухой кашель.

Наследственность не отягощена. Отмечается аллергическая реакция в виде сыпи на антибиотики пенициллинового ряда. Получает базисную терапию инталом. Родители

ребенка обратились к аллергологу с жалобами на сухой кашель и приступ удушья.

При осмотре: физическая активность сохранена. Дыхание форсировано. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы в обеих легких. ЧД – 28. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 105. ПСВ – 82%. По данным спирографии выявлены умеренные нарушения бронхиальной проходимости.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Что такое базисная терапия?

Задача №6

Миша К., 10 лет, стоит на диспансерном учете с 7 лет с диагнозом бронхиальная астма. Поступил в стационар с жалобами на приступ удушья, сопровождающийся приступообразным кашлем.

Из анамнеза жизни известно, что у отца ребенка дерматит, у бабушки – бронхиальная астма. Приступы удушья возникают ежемесячно, чаще осенью и весной, иногда в ночное время, снимаются беротеком. Отмечается круглогодичная заложенность носа.

При осмотре: кожные покровы бледные, чистые. ЧД – 26. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание ослаблено. В обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 100.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Что такое астматический статус?

Задача №7

Мать девочки 4 лет обратилась в поликлинику по поводу сухого кашля, беспокоящего ребенка по ночам, на протяжении последних 3 месяцев, а также в связи с эпизодом свистящего дыхания, возникшего после игры с котенком, продолжавшегося около 30 минут, прошедшего самостоятельно.

Из анамнеза известно, что мать ребенка страдает полинозом. Беременность протекала на фоне пиелонефрита. Грудное вскармливание до 5 месяцев. После перевода на искусственное вскармливание отмечены проявления атопического дерматита на щеках. Часто болеет ОРВИ.

При осмотре кожа сухая. Зев чистый. Язык «географический». Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 20. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 104. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дать план обследования.
3. Какие формы бронхиальной астмы указаны в рабочей классификации?

Задача № 8

Мальчик 3 лет, поступил в приемное отделение детской больницы с жалобами на насморк с обильным серозным отделяемым, свистящее дыхание с затрудненным выдохом, возникшее 3 часа назад после приезда за город на дачу (время года апрель).

Из анамнеза известно, что у матери появляются элементы крапивницы после употребления цитрусовых фруктов. Отец с детства страдает экземой. Акушерский анамнез:

данная беременность протекала у мамы на фоне токсикоза первой половины (тошнота, рвота, дерматит), II половины (отеки, следы белка в моче). Роды путем кесарева сечения. Ребенок находился на грудном вскармливании до 9 месяцев. В 6 месяцев после введения в рацион морковного сока возникло покраснение щек. В 10 месяцев после контакта с цветами мимозы у ребенка развился приступ удушья. Врач неотложной помощи ввел эуфиллин, тавегил, после чего приступ купировался. На втором году жизни дважды перенес ОРВИ с затяжным течением.

При осмотре состояние тяжелое. Выражена бледность кожи и слизистых, акроцианоз, экспираторная одышка. ЧД 42. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук тимпанический. Дыхание форсировано, с участием вспомогательной мускулатуры, при аускультации – ослаблено. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 160.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Дать схему лечения больного.
3. Что такое астматический статус?

Задача № 9

Витя К., 11 лет, болен бронхиальной астмой с 5 лет. Поступил в стационар с жалобами на сухой кашель, приступ удушья, возникший 2 дня назад, который снялся ингаляцией беротека.

Анамнез жизни: бабушка страдает бронхиальной астмой.

Анамнез заболевания: у мальчика приступы удушья возникают ежемесячно, ночные приступы 1 раз в 2 месяца, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена эпидермальная, бытовая аллергия. Ребенок получает базисную терапию тайледом. Наблюдается у аллерголога и у ЛОР-врача по поводу круглогодичного аллергического ринита. Состояние ухудшается в холодную влажную погоду и после физических нагрузок.

При осмотре кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, в обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД – 26. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 100.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Какое лечение следует назначить?
3. Что такое обострение бронхиальной астмы?

Задача №10

Марина К., 9 лет. Болеет бронхиальной астмой с 5 лет. Приступы удушья еженедельные, часто ночные, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена бытовая, эпидермальная, пищевая, лекарственная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Приступы удушья чаще возникают дома в холодную, влажную, ветряную погоду, провоцируются физическими нагрузками. Отмечается круглогодичный аллергический риносинусит, постоянный сухой кашель.

При поступлении предъявляет жалобы на сухой кашель, заложенность носа. Кожные покровы сухие, бледные. В зеве умеренная гиперемия дужек. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы в обеих легких. ЧД – 22. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 90.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты – 11×10^9 /л, э- 9%, м – 4%, СОЭ – 14 мм/час.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Назначьте лечение.
- 3.Чем характеризуется интермитирующая форма бронхиальной астмы?

Задача № 11

Катя С., 9 лет, стоит на диспансерном учете с 2-х лет с диагнозом «респираторный аллергоз». В 4 года появились типичные приступы удушья, чаще возникающие дома после игры с собакой. Провоцирующими факторами также являются физическая нагрузка и холодная погода. Приступы возникают 2-3 раза в месяц, ночные приступы отсутствуют. Периодически беспокоит сухой кашель.

Наследственность не отягощена. Отмечается аллергическая реакция в виде сыпи на антибиотики пенициллинового ряда. Получает базисную терапию инталом. Родители ребенка обратились к аллергологу с жалобами на сухой кашель и приступ удушья.

При осмотре: физическая активность сохранена. Дыхание форсировано. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы в обеих легких. ЧД – 28. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 105. ПСВ – 82%. По данным спирометрии выявлены умеренные нарушения бронхиальной проходимости.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Назначьте лечение.
- 3.Что такое базисная терапия?

Задача №12

ВАся К., 11 лет, стоит на диспансерном учете с 7 лет с диагнозом бронхиальная астма. Поступил в стационар с жалобами на приступ удушья, сопровождающийся приступообразным кашлем.

Из анамнеза жизни известно, что у отца ребенка дерматит, у бабушки – бронхиальная астма. Приступы удушья возникают ежемесячно, чаще осенью и весной, иногда в ночное время, снимаются беротеком. Отмечается круглогодичная заложенность носа.

При осмотре: кожные покровы бледные, чистые. ЧД – 26. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание ослаблено. В обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 100.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Наметьте план обследования.
- 3.Что такое астматический статус?

Задача № 13

Девочка 2 лет, поступила в приемное отделение детской больницы с жалобами на насморк с обильным серозным отделяемым, свистящее дыхание с затрудненным выдохом, возникшее 3 часа назад после приезда за город на дачу (время года апрель).

Из анамнеза известно, что у матери появляются элементы крапивницы после употребления цитрусовых фруктов. Отец с детства страдает экземой. Акушерский анамнез: данная беременность протекала у мамы на фоне токсикоза первой половины (тошнота,

рвота, дерматит), II половины (отеки, следы белка в моче). Роды путем кесарева сечения. Ребенок находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В 6 месяцев после введения в рацион морковного сока возникло покраснение щек. В 9 месяцев после контакта с цветами мимозы у ребенка развился приступ удушья. Врач неотложной помощи ввел эуфиллин, тавегил, после чего приступ купировался. На втором году жизни дважды перенес ОРВИ с затяжным течением.

При осмотре состояние тяжелое. Выражена бледность кожи и слизистых, акроцианоз, экспираторная одышка. ЧД 42. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук тимпанический. Дыхание форсировано, с участием вспомогательной мускулатуры, при аускультации – ослаблено. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 160.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Дать схему лечения больного.
3. Что такое астматический статус?

Задача № 14

Алеша К., 10 лет, болен бронхиальной астмой с 5 лет. Поступил в стационар с жалобами на сухой кашель, приступ удушья, возникший 2 дня назад, который снялся ингаляцией беротека.

Анамнез жизни: бабушка страдает дерматитом и бронхиальной астмой.

Анамнез заболевания: у мальчика приступы удушья возникают ежемесячно, ночные приступы 1 раз в 2 месяца, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена эпидермальная, бытовая аллергия. Ребенок получает базисную терапию тайледом. Наблюдается у аллерголога и у ЛОР-врача по поводу круглогодичного аллергического ринита. Состояние ухудшается в холодную влажную погоду и после физических нагрузок.

При осмотре кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка вздута. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, в обеих легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧД – 26. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 100.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Какое лечение следует назначить?
3. Что такое обострение бронхиальной астмы?

Задача №15

Наташа К., 8 лет. Болеет бронхиальной астмой с 5 лет. Приступы удушья еженедельные, часто ночные, снимаются беротеком. При проведении аллергопроб обнаружена бытовая, эпидермальная, пищевая, лекарственная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Приступы удушья чаще возникают дома в холодную, влажную, ветряную погоду, провоцируются физическими нагрузками. Отмечается круглогодичный аллергический риносинусит, постоянный сухой кашель.

При поступлении предъявляет жалобы на сухой кашель, заложенность носа. Кожные покровы сухие, бледные. В зеве умеренная гиперемия дужек. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослаблено, выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы в обеих легких. ЧД – 22. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 90.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоциты – 11×10^9 /л, э- 9%, м – 4%,

СОЭ – 14 мм/час.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Назначьте лечение.
- 3.Чем характеризуется интермитирующая форма бронхиальной астмы?

Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме:

«Бронхиальная астма у детей»

Задача № 1

- 1.Бронхиальная астма, атопическая , легкое интермитирующее течение, период обострения.
1. Ребенку следует взять общий анализ крови, иммунограмму, произвести спирографию и пикфлоуметрию.
2. В рабочей классификации указаны две формы бронхиальной астмы: атопическая и неатопическая.

Задача №2

- 1.Бронхиальная астма, атопическая, легкое персистирующее течение, приступный период. Аллергический ринит.
- 2.Лечение: кислород, сальбутамол через спейсер, эуфиллин внутривенно капельно, муколитические препараты (бромгексин, АСС), кромоген, гипоаллергенная диета.

Задача №3.

- 1.Клинический диагноз: бронхиальная астма атопическая, средней степени тяжести, приступный период.
- 2.Лечение: эуфиллин в/в капельно, беротек в ингаляции, теопек, отхаркивающие препараты (лазолван, бромгексин), кислород, гипоаллергенная диета.
- 3.Обострение бронхиальной астмы – это тот отрезок времени, когда определяется явный или скрытый синдром бронхиальной обструкции.

Задача № 4.

- 1.Клинический диагноз: бронхиальная астма, атопическая, тяжелое течение, период обострения. Аллергический риносинусит.
- 2.Для снятия обострения следует назначить эуфиллин в/в капельно, цефазолин в/м, ингаляции беротека, бекотид, отхаркивающие средства (лазолван), физиолечение (СМТ с папаверином на грудную клетку), массаж грудной клетки.
- 3.Интермитирующая форма бронхиальной астмы характеризуется тем, что приступы удушья возникают 3-4 раза в год.

Задача №5.

- 1.Диагноз: бронхиальная астма, атопическая, легкое персистирующее течение, приступный период.
- 2.Для снятия приступа следует назначить сальбутамол, теопек, бромгексин, СМТ с папаверином, массаж грудной клетки, усилить базисную терапию инталом.
- 3.Базисная терапия направлена на снятие аллергического воспаления бронхов.

Задача №6.

- 1.Диагноз: бронхиальная астма атопическая, средней степени тяжести, приступный период.
- 2.План обследования: общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист, исследование протеинограммы, иммунограммы, ЭКГ, спирография, пикфлоуметрия.

3. Астматический статус – это приступ удушья, продолжающийся

Задача № 7

1. Бронхиальная астма, atopическая, легкое интермитирующее течение, период обострения.
3. Ребенку следует взять общий анализ крови, иммунограмму, произвести спирографию и пикфлоуметрию.
4. В рабочей классификации указаны две формы бронхиальной астмы: atopическая и неатопическая.

Задача №8

1. Бронхиальная астма, atopическая, легкое персистирующее течение, приступный период. Аллергический ринит.
2. Лечение: кислород, сальбутамол через спейсер, эуфиллин внутривенно капельно, муколитические препараты (бромгексин, АСС), кромоген, гипоаллергенная диета.

Задача №9.

1. Клинический диагноз: бронхиальная астма atopическая, средней степени тяжести, приступный период.
2. Лечение: эуфиллин в/в капельно, беротек в ингаляции, теопек, отхаркивающие препараты (лазолван, бромгексин), кислород, гипоаллергенная диета.
3. Обострение бронхиальной астмы – это тот отрезок времени, когда определяется явный или скрытый синдром бронхиальной обструкции.

Задача № 10.

1. Клинический диагноз: бронхиальная астма, atopическая, тяжелое течение, период обострения. Аллергический риносинусит.
2. Для снятия обострения следует назначить эуфиллин в/в капельно, цефазолин в/м, ингаляции беротека, бекотид, отхаркивающие средства (лазолван), физиолечение (СМТ с папаверином на грудную клетку), массаж грудной клетки.
3. Интермитирующая форма бронхиальной астмы характеризуется тем, что приступы удушья возникают 3-4 раза в год.

Задача №11.

1. Диагноз: бронхиальная астма, atopическая, легкое персистирующее течение, приступный период.
2. Для снятия приступа следует назначить сальбутамол, теопек, бромгексин, СМТ с папаверином, массаж грудной клетки, усилить базисную терапию инталом.
3. Базисная терапия направлена на снятие аллергического воспаления бронхов.

Задача №12.

1. Диагноз: бронхиальная астма atopическая, средней степени тяжести, приступный период.
2. План обследования: общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист, исследование протеинограммы, иммунограммы, ЭКГ, спирография, пикфлоуметрия.
3. Астматический статус – это приступ удушья, продолжающийся

Задача №13

1. Бронхиальная астма, atopическая, легкое персистирующее течение, приступный период. Аллергический ринит.

2.Лечение: кислород, сальбутамол через спейсер, эуфиллин внутривенно капельно, муколитические препараты (бромгексин, АСС), кромоген, гипоаллергенная диета.

Задача №14.

- 1.Клинический диагноз: бронхиальная астма atopическая, средней степени тяжести, приступный период.
- 2.Лечение: эуфиллин в/в капельно, беротек в ингаляции, теопек, отхаркивающие препараты (лазолван, бромгексин), кислород, гипоаллергенная диета.
- 3.Обострение бронхиальной астмы – это тот отрезок времени, когда определяется явный или скрытый синдром бронхиальной обструкции.

Задача № 15.

- 1.Клинический диагноз: бронхиальная астма, atopическая, тяжелое течение, период обострения. Аллергический риносинусит.
- 2.Для снятия обострения следует назначить эуфиллин в/в капельно, цефазолин в/м, ингаляции беротека, бекотид, отхаркивающие средства (лазолван), физиолечение (СМТ с папаверином на грудную клетку), массаж грудной клетки.
- 3.Интермиттирующая форма бронхиальной астмы характеризуется тем, что приступы удушья возникают 3-4 раза в год.

Ситуационные задачи по теме: «Лейкозы у детей»

Задача N 1.

Мальчик, 5 лет, поступил в ЦРБ с жалобами на необильные геморрагические высыпания на коже, повышение температуры, плохой аппетит. Со слов родителей мальчик заболел три недели назад, когда стал менее активным, побледнел, однако продолжал посещать детский сад. За 3 дня до поступления в стационар у него повысилась температура до 37,8°C и появились геморрагии на коже. В гемограмме: эритроциты – $3,43 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, тромбоциты – $20 \times 10^9/л$, лейкоциты – $1,2 \times 10^9/л$, метамиелоциты – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 3%, лимфоциты – 90%, моноциты – 2%, СОЭ – 34 мм/ч. Учитывая клинико-гематологическое состояние, ребенок был направлен на госпитализацию для дальнейшего обследования и лечения в отделение гематологии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, выражены бледность, вялость, недомогание, на коже ног и в области ягодиц петехиально-экхимотозная сыпь. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Лимфатические узлы размерами 1×1,5 см, безболезненные, эластичные, подвижные. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, на верхушке – систолический шум. Живот слегка вздут, болезнен при пальпации в области печени. Печень пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, селезенка – на уровне пупка, плотная. Зев чистый, бледный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 67 г/л, тромбоциты – $20 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$, бласты – 49%, сегментоядерные – 5%, лимфоциты – 46%, СОЭ – 62 мм/ч.

Миелограмма при поступлении: бласты – 84%, нейтрофильные миелоциты – 0,5%, миелоциты – 1,5%, метамиелоциты – 1,5%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 1%, моноциты – 0, плазматические клетки – 1%, ретикулярные клетки – 3%, нормоциты базофильные – 1%, нормоциты полихроматофильные – 2%, нормоциты оксифильные – 0,5%. Мегакарициты не обнаружены.

Цитохимические реакции показали, что бластные клетки дают отрицательную реакцию на мелопероксидазу и липиды, и положительную на гликоген.

1. Поставить диагноз,
2. Обосновать диагноз
3. Составить план дальнейшего обследования и лечения.

Задача N 2.

Саша Н., 11 лет, поступила с жалобами на слабость, боли в ногах, головную боль, понижение аппетита. Объективно выражены бледность, геморрагические высыпания петехиально-экхиматозного характера, увеличены лимфоузлы в области шеи, печень и селезенка выступают на 5-6 см ниже края реберной дуги. Ребенок пониженного питания.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 70 г/л; цветной показатель – 0,95; тромбоциты – 9,3 тыс; лейкоциты – $2,6 \times 10^9$ /л; бластные клетки – 81%; метамиелоциты – 0,5%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 5%; лимфоциты – 11%; моноциты – 0,5%; СОЭ – 30 мм/ч.

В костном мозге – 90% бластных клеток, пероксидазоположительных.

1. Поставить диагноз,
2. Обосновать диагноз.
3. Составить план дальнейшего обследования и лечения.

Задача N 3.

Ирина Л., 14 лет. Находилась в клинике повторно, была выписана в стадии полной ремиссии острого миелобластного лейкоза на поддерживающей терапии преднизолоном и 6-меркаптопурином. Стал развиваться побочный синдром Иценко-Кушинга, в связи с чем девочка через три месяца после начала поддерживающей терапии прекратила принимать преднизолон. Через месяц после отмены химиопрепаратов в тяжелом состоянии была доставлена в отделение гематологии.

При поступлении отмечена слабость, резкая бледность, головокружение, над верхушкой сердца выраженный систолический шум, тахикардия, геморрагии на коже, маточное кровотечение; печень пальпировалась у края реберной дуги, селезенка на 6 см ниже; заметный синдром Кушинга; некротическая ангина.

Анализ крови: гемоглобин – 50 г/л; эритроциты – $1,7 \times 10^{12}$; цветовой показатель – 0,99; ретикулоциты – 8%°; тромбоциты – 20 тыс; лейкоциты - 88×10^9 /л; миелобласты – 84%; миелоциты – 1%; метамиелоциты – 1%; палочкоядерные – 11%; сегментоядерные – 3%; лимфоциты – 0; СОЭ – 50 мм/ч.

Миелограмма: миелобласты – 98%; ретикулярные клетки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз,
2. Обосновать диагноз.
3. Какова дальнейшая тактика.

Задача N 4.

Света Ч., 4 года поступила в отделение гематологии с жалобами на повышение температуры, увеличение лимфатических узлов. Мать считает девочку больной около двух недель, когда у нее стала повышаться температура до 38°C .

Состояние при поступлении тяжелое. Бледность кожи и видимых слизистых, мелкие

геморрагии на коже туловища, ног. Лимфатические узлы повсеместно увеличены, размерами 1,5×2 см. Систолический шум над областью сердца, ЧСС 120 в мин. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на 3 см.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,72 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 110 г/л; тромбоциты – 120 тыс; лейкоциты – $1,2 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 15%; лимфоциты – 80%; моноциты – 3%.

Миелограмма – бласты – 66%. Реакция на миелопероксидазу в бластных клетках отрицательная. Ликвор – форменные элементы не наблюдались.

1. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.
2. Составить план дальнейшего обследования
3. Составить план лечения .

Задача N 5.

Дима П., 4,5 лет, поступил с жалобами на быструю утомляемость, слабость, боли в ногах, бледность.

Мальчик от второй беременности, родился с весом 3400г, длиной 52 см. На грудном вскармливании находился до 3 месяцев, начал сидеть с 6 месяцев, ходить с года. Привит по возрасту. За 2 месяца до поступления у ребенка развилась пневмония, присоединился множественный фурункулез, стоматит. Лечился в районной больнице, затем в детском хирургическом отделении. Выписан домой, вскоре после выписки появилась боль в ногах, слабость, быстрая утомляемость, ребенок стал бледным.

При поступлении состояние тяжелое, выражена бледность кожи с серым оттенком, трещины углов рта, единичные «синяки» на голеньях. Живот вздут, печень выступала на 2,5 см, селезенка на 1,5 см ниже края реберной дуги, лимфоузлы 1,5×1,5 см, плотные, безболезненные.

В общем анализе крови: эритроциты – $2,5 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 70 г/л; цветовой показатель – 0,81; тромбоциты – 30 тыс; лейкоциты – $2,5 \times 10^9$ /л; промиелоциты – 2%; эозинофилы – 5%; палочкоядерные – 12,5%; сегментоядерные – 14%; лимфоциты – 30,5%; моноциты – 36%; СОЭ – 35 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 45%; в значительном количестве встречаются крупные клетки с эксцентрически расположенным «бластным ядром». Цитохимически в бластных клетках получена отрицательная реакция на пероксидазу в 99%.

1. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.
2. Составить дальнейший план обследования
3. Составить план лечения

Задача № 6.

Света Л., 10 лет, переведена из хирургического отделения. Девочка от первых родов, развивалась нормально, ничем ранее не болела. Заболела остро. Повысилась температура до 38°C, появились головная боль, слабость, головокружение, боль в горле. На 8-е сутки увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Состояние тяжелое: выражены бледность, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги,

селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 68 г/л; цветовой показатель – 0,89; тромбоциты – 5 тыс; лейкоциты – 18×10^9 /л; бластные клетки – 75%; сегментоядерные – 3%; лимфоциты – 22%; СОЭ – 60 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 88%. Цитохимические реакции в бластных клетках были все отрицательны: реакция на пероксидазу, липиды, гликоген и др.

1. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.

2. Составить дальнейший план обследования.

Задача № 7.

Полина Л, 7 лет, за 10 дней до поступления жаловалась на боли в животе, появились тошнота, рвота, при обследовании обнаружены плотные опухолевые образования в брюшной полости, выпот в плевральную полость. На томограмме определена тень в средостении, заподозрена лимфома.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 113 г/л; цветовой показатель – 1; тромбоциты – 5 тыс; лейкоциты – 72×10^9 /л; бластные клетки – 11%; миелоциты – 14%, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 19%, сегментоядерные – 33%; лимфоциты – 16%; моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 64%. Цитохимические реакции в бластных клетках были все отрицательны: реакция на пероксидазу, липиды, гликоген и др.

Вопросы

1. Поставьте диагноз

2. Обосновать диагноз.

3. Составить дальнейший план обследования.

Задача N 8.

Мальчик, 5 лет, поступил в ЦРБ с жалобами на необильные геморрагические высыпания на коже, повышение температуры, плохой аппетит. Со слов родителей мальчик заболел три недели назад, когда стал менее активным, побледнел, однако продолжал посещать детский сад. За 3 дня до поступления в стационар у него повысилась температура до $37,8^{\circ}\text{C}$ и появились геморрагии на коже. В гемограмме: эритроциты – $3,43 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 110 г/л, тромбоциты – 20×10^9 /л, лейкоциты – $1,2 \times 10^9$ /л, метамиелоциты – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 3%, лимфоциты – 90%, моноциты – 2%, СОЭ – 34 мм/ч. Учитывая клинико-гематологическое состояние, ребенок был направлен на госпитализацию для дальнейшего обследования и лечения в отделение гематологии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, выражены бледность, вялость, недомогание, на коже ног и в области ягодиц петехиально-экхиматозная сыпь. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Лимфатические узлы размерами $1 \times 1,5$ см, безболезненные, эластичные, подвижные. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, на верхушке – систолический шум. Живот слегка вздут, болезнен при пальпации в области печени. Печень пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, селезенка – на уровне пупка, плотная. Зев чистый, бледный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 67 г/л, тромбоциты – 20×10^9 /л, лейкоциты – $11,2 \times 10^9$ /л, бласты – 49%, сегментоядерные – 5%, лимфоциты – 46%, СОЭ – 62 мм/ч.

Миелограмма при поступлении: бласты – 84%, нейтрофильные миелоциты – 0,5%,

миелоциты – 1,5%, метамиелоциты – 1,5%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 1%, моноциты – 0, плазматические клетки – 1%, ретикулярные клетки – 3%, нормоциты базофильные – 1%, нормоциты полихроматофильные – 2%, нормоциты оксифильные – 0,5%. Мегакарициты не обнаружены.

Цитохимические реакции показали, что бластные клетки дают отрицательную реакцию на мелопероксидазу и липиды, и положительную на гликоген.

1. Поставить диагноз, дать ему обоснование.
2. Составить план дальнейшего обследования
3. Составить план лечения.

Задача N 9.

Мальчик, 5 лет, поступил в ЦРБ с жалобами на необильные геморрагические высыпания на коже, повышение температуры, плохой аппетит. Со слов родителей мальчик заболел три недели назад, когда стал менее активным, побледнел, однако продолжал посещать детский сад. За 3 дня до поступления в стационар у него повысилась температура до 37,8°C и появились геморрагии на коже. В гемограмме: эритроциты – $3,43 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, тромбоциты – $20 \times 10^9/л$, лейкоциты – $1,2 \times 10^9/л$, метамиелоциты – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 3%, лимфоциты – 90%, моноциты – 2%, СОЭ – 34 мм/ч. Учитывая клинико-гематологическое состояние, ребенок был направлен на госпитализацию для дальнейшего обследования и лечения в отделение гематологии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, выражены бледность, вялость, недомогание, на коже ног и в области ягодиц петехиально-экхиматозная сыпь. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Лимфатические узлы размерами 1×1,5 см, безболезненные, эластичные, подвижные. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, на верхушке – систолический шум. Живот слегка вздут, болезнен при пальпации в области печени. Печень пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, селезенка – на уровне пупка, плотная. Зев чистый, бледный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 67 г/л, тромбоциты – $20 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$, бласты – 49%, сегментоядерные – 5%, лимфоциты – 46%, СОЭ – 62 мм/ч.

Миелограмма при поступлении: бласты – 84%, нейтрофильные миелоциты – 0,5%, миелоциты – 1,5%, метамиелоциты – 1,5%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 1%, моноциты – 0, плазматические клетки – 1%, ретикулярные клетки – 3%, нормоциты базофильные – 1%, нормоциты полихроматофильные – 2%, нормоциты оксифильные – 0,5%. Мегакарициты не обнаружены.

Цитохимические реакции показали, что бластные клетки дают отрицательную реакцию на мелопероксидазу и липиды, и положительную на гликоген.

4. Поставить диагноз,
5. Обосновать диагноз
6. Составить план дальнейшего обследования и лечения.

Задача N 10.

Саша Н., 11 лет, поступила с жалобами на слабость, боли в ногах, головную боль, понижение аппетита. Объективно выражены бледность, геморрагические высыпания петехиально-экхиматозного характера, увеличены лимфоузлы в области шеи, печень и селезенка выступают на 5-6 см ниже края реберной дуги. Ребенок пониженного питания.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 70 г/л; цветной показатель – 0,95; тромбоциты – 9,3 тыс; лейкоциты – $2,6 \times 10^9$ /л; бластные клетки – 81%; метамиелоциты – 0,5%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 5%; лимфоциты – 11%; моноциты – 0,5%; СОЭ – 30 мм/ч.

В костном мозге – 90% бластных клеток, пероксидазоположительных.

4. Поставить диагноз,
5. Обосновать диагноз.
6. Составить план дальнейшего обследования и лечения.

Задача N 11.

Ирина Л., 14 лет. Находилась в клинике повторно, была выписана в стадии полной ремиссии острого миелобластного лейкоза на поддерживающей терапии преднизолоном и 6-меркаптопурином. Стал развиваться побочный синдром Иценко-Кушинга, в связи с чем девочка через три месяца после начала поддерживающей терапии прекратила принимать преднизолон. Через месяц после отмены химиопрепаратов в тяжелом состоянии была доставлена в отделение гематологии.

При поступлении отмечена слабость, резкая бледность, головокружение, над верхушкой сердца выраженный систолический шум, тахикардия, геморрагии на коже, маточное кровотечение; печень пальпировалась у края реберной дуги, селезенка на 6 см ниже; заметный синдром Кушинга; некротическая ангина.

Анализ крови: гемоглобин – 50 г/л; эритроциты – $1,7 \times 10^{12}$; цветовой показатель – 0,99; ретикулоциты – 8%; тромбоциты – 20 тыс; лейкоциты – 88×10^9 /л; миелобласты – 84%; миелоциты – 1%; метамиелоциты – 1%; палочкоядерные – 11%; сегментоядерные – 3%; лимфоциты – 0; СОЭ – 50 мм/ч.

Миелограмма: миелобласты – 98%; ретикулярные клетки.

Вопросы:

4. Поставьте диагноз,
5. Обосновать диагноз.
6. Какова дальнейшая тактика.

Задача N 12.

Света Ч., 4 года поступила в отделение гематологии с жалобами на повышение температуры, увеличение лимфатических узлов. Мать считает девочку больной около двух недель, когда у нее стала повышаться температура до 38°C.

Состояние при поступлении тяжелое. Бледность кожи и видимых слизистых, мелкие геморрагии на коже туловища, ног. Лимфатические узлы повсеместно увеличены, размерами 1,5×2 см. Систолический шум над областью сердца, ЧСС 120 в мин. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на 3 см.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,72 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 110 г/л; тромбоциты – 120 тыс; лейкоциты – $1,2 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 15%; лимфоциты – 80%; моноциты – 3%.

Миелограмма – бласты – 66%. Реакция на миелопероксидазу в бластных клетках

отрицательная. Ликвор – форменные элементы не наблюдались.

4. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.
5. Составить план дальнейшего обследования
6. Составить план лечения .

Задача N 13.

Дима П., 4,5 лет, поступил с жалобами на быструю утомляемость, слабость, боли в ногах, бледность.

Мальчик от второй беременности, родился с весом 3400г, длиной 52 см. На грудном вскармливании находился до 3 месяцев, начал сидеть с 6 месяцев, ходить с года. Привит по возрасту. За 2 месяца до поступления у ребенка развилась пневмония, присоединился множественный фурункулез, стоматит. Лечился в районной больнице, затем в детском хирургическом отделении. Выписан домой, вскоре после выписки появилась боль в ногах, слабость, быстрая утомляемость, ребенок стал бледным.

При поступлении состояние тяжелое, выражена бледность кожи с серым оттенком, трещины углов рта, единичные «синяки» на голени. Живот вздут, печень выступала на 2,5 см, селезенка на 1,5 см ниже края реберной дуги, лимфоузлы 1,5×1,5 см, плотные, безболезненные.

В общем анализе крови: эритроциты – $2,5 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 70 г/л; цветовой показатель – 0,81; тромбоциты – 30 тыс; лейкоциты – $2,5 \times 10^9$ /л; промиелоциты – 2%; эозинофилы – 5%; палочкоядерные – 12,5%; сегментоядерные – 14%; лимфоциты – 30,5%; моноциты – 36%; СОЭ – 35 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 45%; в значительном количестве встречаются крупные клетки с эксцентрически расположенным «бластным ядром». Цитохимически в бластных клетках получена отрицательная реакция на пероксидазу в 99%.

4. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.
5. Составить дальнейший план обследования
6. Составить план лечения

Задача № 14.

Света Л., 10 лет, переведена из хирургического отделения. Девочка от первых родов, развивалась нормально, ничем ранее не болела. Заболела остро. Повысилась температура до 38°C, появились головная боль, слабость, головокружение, боль в горле. На 8-е сутки увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Состояние тяжелое: выражены бледность, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 68 г/л; цветовой показатель – 0,89; тромбоциты – 5 тыс; лейкоциты – 18×10^9 /л; бластные клетки – 75%; сегментоядерные – 3%; лимфоциты – 22%; СОЭ – 60 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 88%. Цитохимические реакции в бластных клетках были все отрицательны: реакция на пероксидазу, липиды, гликоген и др.

3. Поставьте диагноз, дайте ему обоснование.

4. Составить дальнейший план обследования.

Задача № 15.

Полина Л, 7 лет, за 10 дней до поступления жаловалась на боли в животе, появились тошнота, рвота, при обследовании обнаружены плотные опухолевые образования в брюшной полости, выпот в плевральную полость. На томограмме определена тень в средостении, заподозрена лимфома.

Анализ крови при поступлении: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 113г/л; цветовой показатель – 1; тромбоциты – 5 тыс; лейкоциты – 72×10^9 /л; бластные клетки – 11%; миелоциты – 14%, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 19%, сегментоядерные – 33%; лимфоциты – 16%; моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/ч.

Миелограмма: бластные клетки – 64%. Цитохимические реакции в бластных клетках были все отрицательны: реакция на пероксидазу, липиды, гликоген и др.

Вопросы

4. Поставьте диагноз

5. Обосновать диагноз.

6. Составить дальнейший план обследования.

Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме: «Лейкозы у детей»

Задача N 1.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

2. Диагноз поставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Характерных клинических проявлений (выраженный интоксикационный синдром; геморрагический синдром в виде петехиально-экхиматозной сыпи на коже ног и ягодиц; пролиферативный синдром, проявляющийся увеличением печени до 4см, селезенки до уровня пупка);

В) Данных гемограммы: снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитопения, ускорение СОЭ; лейкемический вариант – на основании лейкоцитоза и бластемии.

Г) Результаты миелограммы: количество бластных клеток в костном мозге больше 30%;

Д) Цитохимические реакции: отрицательная реакция бластных клеток на миелопероксидазу и липиды свидетельствует о лимфобластном характере лейкоза.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение $\frac{1}{2}$ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (Л-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (общегигиенические мероприятия, инфузионная терапия,

профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранении ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача № 2.

1. Острый миелобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

2. Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром (слабость, головная боль, сниженный аппетит); геморрагический синдром (геморрагические высыпания петехиально-экхимотозного характера); пролиферативный синдром (увеличение печени и селезенки на 5-6 см, лимфоузлов шеи);

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение СОЭ; лейкемический вариант – на основании бластемии;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 90%);

Д) Пероксидазоположительные цитохимические реакции свидетельствуют о миелобластном характере бластных клеток.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Ребенку показана терапия по протоколу AML-BFM-87, принятых в России для лечения ОМЛ и включающим в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), синтетические гликозиды (випизид, этопозид), антиметаболиты (цитозар), антрациклиновые антибиотики (даунорубин, адриамицин), алкалоиды (винкристин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 2 лет.

Задача N 3.

1. Рецидив I (ранний) миелобластного лейкоза.

2. Диагноз установлен на основании:

А) данных анамнеза – самостоятельно отменена поддерживающая терапия;

Б) клинических проявлений – интоксикационного синдрома (слабость, головокружение); геморрагического синдрома (геморрагии на коже, маточное кровотечение); пролиферативного синдрома (увеличение селезенки на 6 см); некротической ангины.

В) Анализа крови: снижения гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, выраженного лейкоцитоза - $88 \times 10^9 / \text{л}$; бластемии, повышения СОЭ до 50 мм/ч.

Г) Данных миелограммы: миелобласты – 98%;

Д) Ранним рецидив называется в том случае, если он возникает в течение 6 месяцев после окончания химиотерапии.

3. С момента установления диагноза необходимо начало сверхинтенсивного химиотерапевтического лечения (Rez I), предусматривающего проведение терапии блоками.

Задача N 4.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, алейкемический вариант.

Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром (повышение температуры до субфебрильных цифр, бледность кожи и слизистых); геморрагический синдром (мелкие геморрагии на коже туловища и ног); пролиферативный синдром (увеличение всех групп лимфатических узлов, а также печени и селезенки на 3 см);

В) Данных гемограммы: снижение количества тромбоцитов, лейкоцитов, увеличения СОЭ; алейкемический вариант – на основании отсутствия бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 66%);

Д) Пероксидазоотрицательные цитохимические реакции свидетельствуют о лимфобластном характере бластных клеток.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

3. Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомицин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранении ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача N 5.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, алейкемический вариант.

Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания (постепенное начало, «маски», на фоне которых протекает заболевание: пневмония, фурункулез);

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром, геморрагический синдром, пролиферативный синдром;

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, увеличения СОЭ; лейкемический вариант – на основании отсутствия бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 45%);

Д) Пероксидазоотрицательные цитохимические реакции свидетельствуют о лимфобластном характере бластных клеток.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

3. Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (общегигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача № 6.

1. Острый лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант, недифференцированный вариант

2. Диагноз выставлен на основании:

А) данных анамнеза: на 8-е сутки от начала заболевания увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Б) Клинических проявлений: головная боль, слабость, головокружение, боль в горле, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение лейкоцитов, увеличения СОЭ; лейкемический вариант – на основании 75% бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 20% (в данном случае – 88%);

Д) отрицательные цитохимические реакции позволяют предположить недифференцированный вариант.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно весь комплекс цитохимических реакций, иммунофенотипирование, цитогенетику для более точной верификации диагноза, комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования

для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Задача № 7.

1. Острый лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант, недифференцированный вариант

2. Диагноз выставлен на основании:

А) данных анамнеза: на 8-е сутки от начала заболевания увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Б) Клинических проявлений: головная боль, слабость, головокружение, боль в горле, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение лейкоцитов, увеличения СОЭ; лейкемический вариант – на основании 11% бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 20% (в данном случае – 64%);

Д) отрицательные цитохимические реакции позволяют предположить недифференцированный вариант.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно весь комплекс цитохимических реакций, иммунофенотипирование, цитогенетику для более точной верификации диагноза, комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Задача N 8.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

Диагноз поставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Характерных клинических проявлений (выраженный интоксикационный синдром; геморрагический синдром в виде петехиально-экхиматозной сыпи на коже ног и ягодиц; пролиферативный синдром, проявляющийся увеличением печени до 4 см, селезенки до уровня пупка);

В) Данных гемограммы: снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитопения, ускорение СОЭ; лейкемический вариант – на основании лейкоцитоза и бластемии.

Г) Результаты миелограммы: количество бластных клеток в костном мозге больше 30%;

Д) Цитохимические реакции: отрицательная реакция бластных клеток на миелопероксидазу и липиды свидетельствует о лимфобластном характере лейкоза.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы

мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранении ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача N 9.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

2. Диагноз поставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Характерных клинических проявлений (выраженный интоксикационный синдром; геморрагический синдром в виде петехиально-экхимотозной сыпи на коже ног и ягодиц; пролиферативный синдром, проявляющийся увеличением печени до 4см, селезенки до уровня пупка);

В) Данных гемограммы: снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитопения, ускорение СОЭ; лейкемический вариант – на основании лейкоцитоза и бластемии.

Г) Результата миелограммы: количество бластных клеток в костном мозге больше 30%;

Д) Цитохимические реакции: отрицательная реакция бластных клеток на миелопероксидазу и липиды свидетельствует о лимфобластном характере лейкоза.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранении ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача № 10.

2. Острый миелобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант.

2. Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром (слабость, головная боль, сниженный аппетит); геморрагический синдром (геморрагические высыпания петехиально-экхиматозного характера); пролиферативный синдром (увеличение печени и селезенки на 5-6 см, лимфоузлов шей);

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение СОЭ; лейкемический вариант – на основании бластемии;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 90%);

Д) Пероксидазоположительные цитохимические реакции свидетельствуют о миелобластном характере бластных клеток.

3. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Ребенку показана терапия по протоколу AML-BFM-87, принятых в России для лечения ОМЛ и включающим в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), синтетические гликозиды (випизид, этопозид), антиметаболиты (цитозар), антрациклиновые антибиотики (даунорубин, адриамицин), алкалоиды (винкристин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (общегигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 2 лет.

Задача N 11.

2. Рецидив I (ранний) миелобластного лейкоза.

2. Диагноз установлен на основании:

А) данных анамнеза – самостоятельно отменена поддерживающая терапия;

Б) клинических проявлений – интоксикационного синдрома (слабость, головокружение); геморрагического синдрома (геморрагии на коже, маточное кровотечение); пролиферативного синдрома (увеличение селезенки на 6 см); некротической ангины.

В) Анализа крови: снижения гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, выраженного лейкоцитоза - 88×10^9 /л; бластемии, повышения СОЭ до 50 мм/ч.

Г) Данных миелограммы: миелобласты – 98%;

Д) Ранним рецидив называется в том случае, если он возникает в течение 6 месяцев после окончания химиотерапии.

3. С момента установления диагноза необходимо начало сверхинтенсивного химиотерапевтического лечения (Rez I), предусматривающего проведение терапии блоками.

Задача N 12.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, алейкемический вариант.

Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания;

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром (повышение температуры до субфебрильных цифр, бледность кожи и слизистых); геморрагический синдром (мелкие геморрагии на коже туловища и ног); пролиферативный синдром (увеличение всех групп лимфатических узлов, а также печени и селезенки на 3 см);

В) Данных гемограммы: снижение количества тромбоцитов, лейкоцитов, увеличения СОЭ; алейкемический вариант – на основании отсутствия бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 66%);

Д) Пероксидазоотрицательные цитохимические реакции свидетельствуют о лимфобластном характере бластных клеток.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

3. Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (обще-гигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача N 13.

1. Острый лимфобластный лейкоз, период развернутых клинических проявлений, алейкемический вариант.

Диагноз выставлен на основании:

А) Анамнеза заболевания (постепенное начало, «маски», на фоне которых протекает заболевание: пневмония, фурункулез);

Б) Клинических проявлений: интоксикационный синдром, геморрагический синдром, пролиферативный синдром;

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, увеличения СОЭ; алейкемический вариант – на основании отсутствия бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 30% (в данном случае – 45%);

Д) Пероксидазоотрицательные цитохимические реакции свидетельствуют о лимфобластном характере бластных клеток.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно комплекс

лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

3. Этому ребенку показана терапия по протоколу ALL-BFM-90, принятая в России. Она включает в себя интенсивную химиотерапию в течение ½ года, которая состоит из следующих протоколов: индукция ремиссии, консолидация ремиссии, интенсификация ремиссии. При этом применяются следующие препараты: глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон), алкалоиды (винбластин, винкристин), антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозар), алкилирующие соединения (циклофосфан), ферментные препараты (L-аспарагиназа), антрациклиновые антибиотики (рубомидин, доксорубин). Согласно программе интенсивная химиотерапия проводится одновременно с сопроводительным лечением (общегигиенические мероприятия, инфузионная терапия, профилактика инфекционных осложнений, вторичных токсических поражений внутренних органов, мукозитов, дерматитов, противорвотная терапия). Спустя две недели после окончания интенсивной терапии и сохранения ремиссии переходят на поддерживающую терапию еще в течение 1,5 лет.

Задача № 14.

2. Острый лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант, недифференцированный вариант

2. Диагноз выставлен на основании:

А) данных анамнеза: на 8-е сутки от начала заболевания увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Б) Клинических проявлений: головная боль, слабость, головокружение, боль в горле, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение лейкоцитов, увеличения СОЭ; лейкемический вариант – на основании 75% бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 20% (в данном случае – 88%);

Д) отрицательные цитохимические реакции позволяют предположить недифференцированный вариант.

2. В плане обследования необходимо провести дополнительно весь комплекс цитохимических реакций, иммунофенотипирование, цитогенетику для более точной верификации диагноза, комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Задача № 15.

1. Острый лейкоз, период развернутых клинических проявлений, лейкемический вариант, недифференцированный вариант

2. Диагноз выставлен на основании:

А) данных анамнеза: на 8-е сутки от начала заболевания увеличились шейные и подчелюстные лимфоузлы, в результате чего с подозрением на эпидемический паротит направлена в инфекционную больницу, а оттуда в хирургическое отделение с подозрением на гнойный лимфаденит. В подчелюстной области появились конгломераты: слева - 8×6 см, справа – 2,5×2 см, болезненные.

Б) Клинических проявлений: головная боль, слабость, головокружение, боль в горле, полиморфная геморрагическая сыпь, гематома в области предплечья, печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка на уровне пупка, плотная, безболезненная.

В) Данных гемограммы: снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличение лейкоцитов, увеличения СОЭ; лейкомический вариант – на основании 11% бластных клеток в периферической крови;

Г) Данных миелограммы: количества бластных клеток – более 20% (в данном случае –64%);

Д) отрицательные цитохимические реакции позволяют предположить недифференцированный вариант.

3.В плане обследования необходимо провести дополнительно весь комплекс цитохимических реакций, иммунофенотипирование, цитогенетику для более точной верификации диагноза, комплекс лабораторно-инструментальных методов обследования для определения состояния внутренних органов и систем организма перед началом терапии: биохимические показатели крови, анализы мочевого осадка, функциональные пробы почек, печени, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенографию грудной клетки.

Ситуационные задачи по теме: «Язвенная болезнь у детей»

Задача №1

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована.

у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в левом подреберье. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, эр -4,2 x 10¹²/л; Лейк-7,2 x 10⁹/л; п/я - 3%, сегм. нейтр. - 51%, э - 3%, л-36%, м -7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АЛТ - 19 ед/л, АсАТ - 24 ед/л, ЩФ - 138 ед/л (норма 70-140), амилаза - 100 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенка около 1мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз язвенной болезни.

Задача № 2

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений - отрыжка, редко изжога.

Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю в музыкальной школе. Режим дня и питания не соблюдает.

Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Сердце: ЧСС - 116 ударов в мин, АД - 90/50 мм. рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень не увеличена, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо - Робсона.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$; Нв - 72 г/л; Ц.П. - 0,77; ретикулоциты - 50% анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - $8,7 \times 10^9/л$; н/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - $390 \times 10^9/л$; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; рН - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины 55%, глобулины: α_1 - 6%, α_2 - 10%, β_1 , β_2 - 13%, γ - 16%, АсАТ - 34 ед/л, АлАТ, - 29 ед/л, ЩФ - 80 ед/л (норма 70-142), общий билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба - 3 ед; амилаза - 68 ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденоскопия при поступлении: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая оболочка пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Про изведен местный гемостаз.

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: эндоскопическая картина та же, признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального

отдела на НР.

Биопсийный тест на НР: (+++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная; сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56х27 мм) со стойким перегибом в с/з, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. В клинической картине на первый план выступает какое состояние ребенка при поступлении?

Задача № 3.

Олег Д., 14 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на интенсивные боли в околопупочной области, возникающие утром натощак, реже в ночное время. После приема пищи боли уменьшаются, однако полностью не исчезают и появляются вновь через 40 мин. – 1 час. Кроме болей в животе беспокоят тошнота, изжога, горечь во рту.

Наследственный анамнез: отягощен, у отца язвенная болезнь желудка, в анамнезе отмечалось кровотечение. У дяди по линии матери язвенная болезнь 12 перстной кишки.

Объективно: мальчик высокого роста (180 см.), астеничного телосложения. Кожные покровы бледные, влажные, выражены “тени” под глазами. Язык густо обложен белым налетом. Пальпация живота затруднена из-за мышечного напряжения, симптом Менделя положительный, пузырьные симптомы отрицательные. Стул – запоры до 3-х суток.

Фиброгастродуоденоскопия: слизистая оболочка желудка яркая, гиперемирована, большое количество желудочного сока натощак. Слизистая 12 перстной кишки диффузно гиперемирована, на задней стенке луковицы язва с подрытыми краями, покрыта фибрином, диаметром 5 мм.

Ph –метрия желудка: базальные показатели рН в пределах 1,0 – 1,1.

Исследование биоптата слизистой желудка, 12 перстной кишки: наличие хеликобактер-пилори не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте комплексное лечение.

Задача № 4

Максим О., 12 лет, заболел внезапно: во время контрольной работы в школе почувствовал слабость, чувство “дурноты”, тошноту, затем потерял сознание. В медицинском кабинете школы пришел в себя, появилась рвота “кофейной гущей”. Вызвана бригада скорой помощи, ребенок доставлен в хирургический стационар детской больницы. При экстренной эндоскопии выявлена язва бульбарного отдела, которая интенсивно кровоточила. После проведения неотложных мероприятий и остановки кровотечения переведен в гастроэнтерологическое отделение.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, кожные покровы бледные. Язык густо обложен белым налетом. Живот при пальпации несколько напряжен, незначительно болезненный в пилорoduodenальной области. Симптом Менделя положительный. Печень у края реберной дуги. Симптомы Кера, Ортнера, Мэрфи положительные.

Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Нв-108 г/л, эрит.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $4,6 \times 10^9$ /л, с/нейтр.-56%,

пал.нейтр.-3%, эоз.-4%, лимф.-29%, мон.-7%, баз.-1%.

Общий анализ мочи: цвет: светло-желт., уд.вес – 1018, лейкоц.-1-2 в п/з., эпителий – 1-2 в п/з., эритроциты – 0 в п/з., глюкоза- отриц., белок – отриц.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные причины кровотечений из желудка и 12 перстной кишки.
3. Перечислите неотложные мероприятия при данном осложнении.

Задача № 5

Наташа К., 14 лет, обратилась на прием к гастроэнтерологу с жалобами на боли в животе приступообразного характера, возникающие преимущественно на голодный желудок, реже после еды. В последнюю неделю боли участились, беспокоят не только днем, но и в ночное время. Дважды отмечалась рвота, после которой девочка почувствовала облегчение.

Объективно: умеренно выражены симптомы общей интоксикации (бледность, «тени» под глазами). Язык густо обложен белым налетом. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. При пальпации живота выражен дефанс в пилорoduоденальной зоне, резко положительный симптом Менделя. Печень пропальпировать не удалось. Стул 1 раз в 2 дня.

От предложенной госпитализации в отделение гастроэнтерологии девочка отказалась. Обследование и лечение решено проводить амбулаторно под контролем гастроэнтеролога.

ЗАДАНИЕ:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Назначьте лечение. Дайте советы по диете и режиму питания.

Задача № 6.

Сережа К., 14 лет, поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, околопупочной области преимущественно натощак, проходят после приема пищи. В последние 2 недели боли беспокоят не только в дневное время, но и ночью. Отмечает так же тошноту по утрам, отрыжку кислым, запоры.

В поликлинике мальчику было проведена эзофагогастрoduоденоскопия: в луковице 12 перстной кишки выявлен дефект слизистой, размерами 0,4х0,6 мм, покрыт фибрином, слизистая гиперемирована, отечна, имеются так же единичные эрозии в области луковицы 12 перстной кишки. Осмотрен гастроэнтерологом детской поликлиники, рекомендована госпитализация в стационар.

Объективно: Мальчик пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы чистые, язык густо обложен белым налетом. Тоны сердца достаточной громкости, пульс 76 уд. в мин. Дыхание везикулярное. Живот доступен пальпации, умеренно болезненный при пальпации в эпигастриальной области, пилорoduоденальной зоне, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена. Стул 1 раз в 2-3 дня, без патологических примесей.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите симптомы, характерные для данного заболевания.
3. Составьте план обследования ребенка.

Задача № 7

Костя К., 13 лет, обратился к гастроэнтерологу детской поликлиники с жалобами на тошноту, боли в области желудка, тошноту, рвоту, приносящую облегчение. Вялость, слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза известно, что два года тому назад с аналогичными жалобами лечился в отделении гастроэнтерологии, выставлен диагноз: Язвенная болезнь желудка. Рекомендации после выписки не соблюдал, питался нерегулярно, в течение последнего года трижды лечился в стационаре по поводу обострения язвенной болезни (последний раз 2 месяца назад).

Наследственность: отягощена, у папы язвенная болезнь желудка, у мамы – гастрит, дедушка по линии отца прооперирован по поводу рака желудка.

Объективно: мальчик пониженного питания. Бледноват, выражены “тени ” под глазами, язык розовый, обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена, пузырьные симптомы отрицательные. Стул 1 раз в 2 дня, ”овечий”.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
3. Перечислите основные принципы лечения.

Задача №8

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована.

у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положительный в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в левом подреберье. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, эр -4,2 x 10¹²/л; Лейк-7,2 x 10⁹/л; п/я - 3%, сегм. нейтр. - 51%, э - 3%, л-36%, м -7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлА Т - 19 ед/л, АсАТ - 24 ед/л, ЩФ - 138 ед/л (норма 70-140), амилаза - 100 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима однородная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55х21 мм с перегибом в дне, содержимое его однородное, стенка около 1мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз язвенной болезни.

Задача № 9

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений - отрыжка, редко изжога.

Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю в музыкальной школе. Режим дня и питания не соблюдает.

Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Сердце: ЧСС - 116 ударов в мин, АД - 90/50 мм. рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень не увеличена, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо - Робсона.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$; Нв - 72 г/л; Ц.П. - 0,77; ретикулоциты - 50% анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - $8,7 \times 10^9/л$; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - $390 \times 10^9/л$; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; pH - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины 55%, глобулины: α_1 - 6%, α_2 - 10%, β_1 , β_2 - 13%, γ - 16%, АсАТ - 34 ед/л, АлАТ, - 29 ед/л, ЩФ - 80 ед/л (норма 70-142), общий билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба - 3 ед; амилаза - 68 ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая оболочка пестрая с плоскими выпуклостями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5х1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Про изведен местный гемостаз.

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: эндоскопическая картина та же, признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест на НР: (+++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная; сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56х27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. В клинической картине на первый план выступает какое состояние ребенка при поступлении?

Задача № 10.

Олег Д., 14 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на интенсивные боли в околопупочной области, возникающие утром натощак, реже в ночное время. После приема пищи боли уменьшаются, однако полностью не исчезают и появляются вновь через 40 мин. – 1 час. Кроме болей в животе беспокоят тошнота, изжога, горечь во рту.

Наследственный анамнез: отягощен, у отца язвенная болезнь желудка, в анамнезе отмечалось кровотечение. У дяди по линии матери язвенная болезнь 12 перстной кишки.

Объективно: мальчик высокого роста (180 см.), астеничного телосложения. Кожные покровы бледные, влажные, выражены “тени” под глазами. Язык густо обложен белым налетом. Пальпация живота затруднена из-за мышечного напряжения, симптом Менделя положительный, пузырьные симптомы отрицательные. Стул – запоры до 3-х суток.

Фиброгастродуоденоскопия: слизистая оболочка желудка яркая, гиперемирована, большое количество желудочного сока натощак. Слизистая 12 перстной кишки диффузно гиперемирована, на задней стенке луковицы язва с подрытыми краями, покрыта фибрином, диаметром 5 мм.

Ph –метрия желудка: базальные показатели pH в пределах 1,0 – 1,1.

Исследование биоптата слизистой желудка, 12 перстной кишки: наличие хеликобактер-пилори не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте комплексное лечение.

Задача № 11

Максим О., 12 лет, заболел внезапно: во время контрольной работы в школе почувствовал слабость, чувство “дурноты”, тошноту, затем потерял сознание. В медицинском кабинете школы пришел в себя, появилась рвота “кофейной гущей”. Вызвана бригада скорой помощи, ребенок доставлен в хирургический стационар детской больницы. При экстренной эндоскопии выявлена язва бульбарного отдела, которая интенсивно кровоточила. После проведения неотложных мероприятий и остановки кровотечения переведен в гастроэнтерологическое отделение.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, кожные покровы бледные. Язык густо обложен белым налетом. Живот при пальпации несколько напряжен, незначительно болезненный в пилорoduоденальной области. Симптом Менделя положительный. Печень у края реберной дуги. Симптомы Кера, Ортнера, Мэрфи положительные.

Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Нв-108 г/л, эрит.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $4,6 \times 10^9$ /л, с/нейтр.-56%, пал.нейтр.-3%, эоз.-4%, лимф.-29%, мон.-7%, баз.-1%.

Общий анализ мочи: цвет: светло-желт., уд.вес – 1018, лейкоц.-1-2 в п/з., эпителий – 1-2 в п/з., эритроциты – 0 в п/з., глюкоза- отриц., белок – отриц.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные причины кровотечений из желудка и 12 перстной кишки.
3. Перечислите неотложные мероприятия при данном осложнении.

Задача № 12

Наташа К., 14 лет, обратилась на прием к гастроэнтерологу с жалобами на боли в животе приступообразного характера, возникающие преимущественно на голодный желудок, реже после еды. В последнюю неделю боли участились, беспокоят не только днем, но и в ночное время. Дважды отмечалась рвота, после которой девочка почувствовала облегчение.

Объективно: умеренно выражены симптомы общей интоксикации (бледность, «тени» под глазами). Язык густо обложен белым налетом. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. При пальпации живота выражен дефанс в пилорoduоденальной зоне, резко положительный симптом Менделя. Печень пропальпировать не удалось. Стул 1 раз в 2 дня.

От предложенной госпитализации в отделение гастроэнтерологии девочка отказалась. Обследование и лечение решено проводить амбулаторно под контролем гастроэнтеролога.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования.
3. Назначьте лечение. Дайте советы по диете и режиму питания.

Задача № 13.

Сережа К., 14 лет, поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, околопупочной области преимущественно натощак, проходят после приема пищи. В последние 2 недели боли беспокоят не только в дневное время, но и ночью. Отмечает так же тошноту по утрам, отрыжку кислым, запоры.

В поликлинике мальчику было проведена эзофагогастродуоденоскопия: в луковице 12 перстной кишки выявлен дефект слизистой, размерами 0,4х0,6 мм, покрыт фибрином, слизистая гиперемирована, отечна, имеются так же единичные эрозии в области луковицы 12 перстной кишки. Осмотрен гастроэнтерологом детской поликлиники, рекомендована госпитализация в стационар.

Объективно: Мальчик пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы чистые, язык густо обложен белым налетом. Тоны сердца достаточной громкости, пульс 76 уд. в мин. Дыхание везикулярное. Живот доступен пальпации, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области, пилорoduоденальной зоне, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена. Стул 1 раз в 2-3 дня, без патологических примесей.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите симптомы, характерные для данного заболевания.
3. Составьте план обследования ребенка.

Задача № 14

Костя К., 13 лет, обратился к гастроэнтерологу детской поликлиники с жалобами на тошноту, боли в области желудка, тошноту, рвоту, приносящую облегчение. Вялость, слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза известно, что два года тому назад с аналогичными жалобами лечился в отделении гастроэнтерологии, выставлен диагноз: Язвенная болезнь желудка. Рекомендации после выписки не соблюдал, питался нерегулярно, в течение последнего года трижды лечился в стационаре по поводу обострения язвенной болезни (последний раз 2 месяца назад).

Наследственность:отягощена, у папы язвенная болезнь желудка, у мамы – гастрит, дедушка по линии отца прооперирован по поводу рака желудка.

Объективно: мальчик пониженного питания. Бледноват, выражены “тени ” под глазами, язык розовый, обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена, пузырьные симптомы отрицательные. Стул 1 раз в 2 дня, ”овечий”.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
3. Перечислите основные принципы лечения.

Задача № 15

Костя К., 13 лет, обратился к гастроэнтерологу детской поликлиники с жалобами на тошачковые боли в области желудка, тошноту, рвоту, приносящую облегчение. Вялость, слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза известно, что два года тому назад с аналогичными жалобами лечился в отделении гастроэнтерологии, выставлен диагноз: Язвенная болезнь желудка. Рекомендации после выписки не соблюдал, питался нерегулярно, в течение последнего года трижды лечился в стационаре по поводу обострения язвенной болезни (последний раз 2 месяца назад).

Наследственность: отягощена, у папы язвенная болезнь желудка, у мамы – гастрит, дедушка по линии отца прооперирован по поводу рака желудка.

Объективно: мальчик пониженного питания. Бледноват, выражены “тени ” под глазами, язык розовый, обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия, симптом Менделя положительный. Печень не увеличена, пузырьные симптомы отрицательные. Стул 1 раз в 2 дня, ”овечий”.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
3. Перечислите основные принципы лечения.

Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме: «Язвенная болезнь у детей»

Задача № 1

1.Язвенная болезнь 12 - перстной кишки, активность II- III степени, НР - ассоциированная. Реактивный панкреатит.

2. Этиопатогенез заболевания: основную роль в патогенезе ЯБ играет дисбаланс между факторами агрессии (кислотно-пептический фактор) и факторами защиты органов гастродуоденальной зоны (состояние слизистой барьера, уменьшение выделения бикарбонатов, ухудшение кровоснабжения, нарушение процессов регенерации слизистой). Особое значение в развитии язвенной болезни придается хеликобактер пилори. В формировании ЯБ участвуют нервно-психические, конституционально-наследственные, эндокринные механизмы, лекарственные и токсические воздействия, нарушения режима питания.

3.Дифференциальный диагноз язвенной болезни проводят со следующими заболеваниями: вторичные симптоматические язвы (гепатогенные, панкреатогенные, эндокринные и др.), лекарственные язвы, стрессовые язвы, хронический гастрит, хронический гиперацидный гастродуоденит и др.

Задача № 2

1. Клинический диагноз основной: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, активность I степени. Осложнения: дуоденальное кровотечение, постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Реактивный панкреатит. Перегиб средней трети желчного пузыря.

2. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания (боли в животе около 2,5 лет с локализацией в эпигастрии, появляются утром натощак, при длительных перерывах в еде, беспокоят иногда ночью, купируются приемом пищи), диспепсические расстройства (отрыжка, реже изжога), данных ЭГДС (дефект слизистой в области луковицы 12 перстной кишки размером 1,5х1,7 см), положительного биопсийного теста на НР.

3. В клинике на первый план выступают симптомы язвенного кровотечения: сонливость, головокружения, дважды была кратковременная потеря сознания, АД снижено, в анализе крови признаки постгеморрагической анемии.

Задача № 3

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки (язва луковицы), I-II стадии, фаза обострения. Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной способностью желудка, фаза обострения.

2. План обследования:

1. Общий анализ крови.

2. Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий.

3. Копрограмма.

4. Реакция Грегерсена.

5. УЗИ органов брюшной полости.

6. Анализ кала на дисбактериоз.

3. Лечение: 1. Диета 1а на 5-7 дней. 2. Режим полупостельный. 3. Эрадикационная терапия (препараты висмута, антибиотики; противомикробные средства: макмирор, метронидазол, фуразолидон; блокаторы H₂-рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы). 4. Антациды (альмагель, фосфагель, маалокс, гастал и др.). 5. Седативная терапия. 6. Иглорефлексотерапия.

Задача № 4

1. Предварительный диагноз Основной: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, фаза обострения. Осложнения: дуоденальное язвенное кровотечение.

2. Основные причины кровотечений из желудка и 12 перстной кишки: геморрагический гастрит, язвенная болезнь, эрозивные полипы, синдром Мэллори – Вейса, портальная гипертензия.

3. Неотложные мероприятия при язвенном кровотечении: 1. Гемостатические мероприятия проводятся эндоскопически; 2. Прием пищи и лекарственных средств через рот полностью исключаются: в течение 1-2х суток, ребенок получает только питье через рот. 3. Альмагель рег ос. 4. Холод на эпигастральную область. 5. Каждые 4-6 часов необходимо делать очистительную клизму для удаления крови из кишечника. 6. Восполнение ОЦК под контролем гематокрита, АД, пульса, коррекция белкового обмена (в/в введение эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, альбумина и др.). 7. Антибиотики широкого спектра действия для профилактики септических осложнений. 8. При отсутствии эффекта от консервативной терапии – хирургическое лечение.

Задача № 5

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки (язва луковицы), I-II стадии, фаза обострения. Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной способностью желудка, фаза обострения?

2. План обследования:
 1. Общий анализ крови.
 2. Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий.
 3. Копрограмма.
 4. Реакция Грегерсена.
 5. УЗИ органов брюшной полости.
 6. Эзофагогастродуоденоскопия.
 7. Анализ кала на дисбактериоз.
 8. Фракционное исследование желудочного сока (после ЭГДС).
3. Лечение: 1. Диета 1а на 5-7 дней. 2. Режим полупостельный. 3. Эрадикационная терапия (препараты висмута, антибиотики, нитрофураны, блокаторы H_2 – рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы.). 4. Антациды (альмагель, фосфагель, маалокс и др.). 5. Седативная терапия. 6. Иглорефлексотерапия.

Задача № 6

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, I-II стадии, фаза обострения. Эрозии луковицы 12-ти перстной кишки.
2. На боли в эпигастрии, околопупочной области преимущественно натощак, проходят после приема пищи. Характерен мойнигановский ритм болей (голод-боль-прием пищи - облегчение). В последние 2 недели боли беспокоят не только в дневное время, но и ночью. Отмечает так же тошноту по утрам, отрыжку кислым, запоры.

Объективно: Живот доступен пальпации, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области, пилорoduodenальной зоне, симптом Менделя положительный.

3. План обследования: 1. Общий анализ крови. 2. Реакция Грегерсена. 3. Эзофагогастродуоденоскопия. 4. РН-метрия. 5. Определение хеликобактер-пилори в биоптате слизистой желудка и 12 перстной кишки.

Задача № 7

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь желудка, непрерывно рецидивирующее течение, фаза обострения.
2. Обострению заболевания способствовали следующие факторы: нарушение режима питания, курение, наследственная отягощенность по язвенной болезни.
3. Основные принципы лечения язвенной болезни: в период обострения режим полупостельный, диета (стол 1а, 1б, затем 1), антациды, эрадикационная терапия (антибиотики, антимикробные средства, препараты, обладающие антисекреторными свойствами – блокаторы H_2 – рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы, препараты висмута- Де-нол), седативная и симптоматическая терапия.

Задача № 8

1. Язвенная болезнь 12 - перстной кишки, активность II- III степени, НР - ассоциированная. Реактивный панкреатит.
2. Этиопатогенез заболевания: основную роль в патогенезе ЯБ играет дисбаланс между факторами агрессии (кислотно-пептический фактор) и факторами защиты органов гастродуоденальной зоны (состояние слизистой барьера, уменьшение выделения бикарбонатов, ухудшение кровоснабжения, нарушение процессов регенерации слизистой). Особое значение в развитии язвенной болезни придается хеликобактер пилори. В формировании ЯБ участвуют нервно-психические, конституционально-наследственные, эндокринные механизмы, лекарственные и токсические воздействия, нарушения режима питания.

3. Дифференциальный диагноз язвенной болезни проводят со следующими заболеваниями: вторичные симптоматические язвы (гепатогенные, панкреатогенные, эндокринные и др.), лекарственные язвы, стрессовые язвы, хронический гастрит, хронический гиперацидный гастродуоденит и др.

Задача № 9

1. Клинический диагноз основной: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, активность I степени. Осложнения: дуоденальное кровотечение, постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Реактивный панкреатит. Перегиб средней трети желчного пузыря.

2. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания (боли в животе около 2,5 лет с локализацией в эпигастрии, появляются утром натощак, при длительных перерывах в еде, беспокоят иногда ночью, купируются приемом пищи), диспепсические расстройства (отрыжка, режé изжога), данных ЭГДС (дефект слизистой в области луковицы 12 перстной кишки размером 1,5х1,7 см), положительного биопсийного теста на НР.

3. В клинике на первый план выступают симптомы язвенного кровотечения: сонливость, головокружения, дважды была кратковременная потеря сознания, АД снижено, в анализе крови признаки постгеморрагической анемии.

Задача № 10

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки (язва луковицы), I-II стадии, фаза обострения. Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной способностью желудка, фаза обострения.

2. План обследования:

1. Общий анализ крови.

2. Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий.

3. Копрограмма.

4. Реакция Грегерсена.

5. УЗИ органов брюшной полости.

6. Анализ кала на дисбактериоз.

3. Лечение: 1. Диета 1а на 5-7 дней. 2. Режим полупостельный. 3. Эрадикационная терапия (препараты висмута, антибиотики; противомикробные средства: макмирор, метронидазол, фуразолидон; блокаторы H₂-рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы). 4. Антациды (альмагель, фосфагель, маалокс, гастал и др.). 5. Седативная терапия. 6. Иглорефлексотерапия.

Задача № 11

1. Предварительный диагноз Основной: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, фаза обострения. Осложнения: дуоденальное язвенное кровотечение.

2. Основные причины кровотечений из желудка и 12 перстной кишки: геморрагический гастрит, язвенная болезнь, эрозивные полипы, синдром Мэллори – Вейса, портальная гипертензия.

3. Неотложные мероприятия при язвенном кровотечении: 1. Гемостатические мероприятия проводятся эндоскопически; 2. Прием пищи и лекарственных средств через рот полностью исключаются: в течение 1-2х суток, ребенок получает только питье через рот. 3. Альмагель рег os. 4. Холод на эпигастральную область. 5. Каждые 4-6 часов необходимо делать очистительную клизму для удаления крови из кишечника. 6. Восполнение ОЦК под контролем гематокрита, АД, пульса, коррекция белкового обмена (в/в введение эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, альбумина и др.). 7. Антибиотики широкого спектра действия для профилактики септических осложнений. 8. При отсутствии эффекта от консервативной терапии – хирургическое лечение.

Задача № 12

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки (язва луковицы), I -II стадии, фаза обострения. Хронический гастродуоденит с повышенной секреторной способностью желудка, фаза обострения?

2. План обследования:

1. Общий анализ крови.

2. Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий.

3. Кoproграмма.

4. Реакция Грегерсена.

5. УЗИ органов брюшной полости.

6. Эзофагогастродуоденоскопия.

7. Анализ кала на дисбактериоз.

8. Фракционное исследование желудочного сока (после ЭГДС).

3. Лечение: 1. Диета 1а на 5-7 дней. 2. Режим полупостельный. 3. Эрадикационная терапия (препараты висмута, антибиотики, нитрофураны, блокаторы H_2 – рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы.). 4. Антациды (альмагель, фосфагель, маалокс и др.). 5. Седативная терапия. 6. Иглорефлексотерапия.

Задача № 13

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, I-II стадии, фаза обострения. Эрозии луковицы 12-ти перстной кишки.

2. На боли в эпигастрии, околопупочной области преимущественно натощак, проходят после приема пищи. Характерен мойнигановский ритм болей (голод-боль-прием пищи - облегчение). В последние 2 недели боли беспокоят не только в дневное время, но и ночью. Отмечает так же тошноту по утрам, отрыжку кислым, запоры.

Объективно: Живот доступен пальпации, умеренно болезненный при пальпации в эпигастриальной области, пилорoduоденальной зоне, симптом Менделя положительный.

3. План обследования: 1. Общий анализ крови. 2. Реакция Грегерсена. 3. Эзофагогастродуоденоскопия. 4. РН-метрия. 5. Определение хеликобактер-пилори в биоптате слизистой желудка и 12 перстной кишки.

Задача № 14

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь желудка, непрерывно рецидивирующее течение, фаза обострения.

2. Обострению заболевания способствовали следующие факторы: нарушение режима питания, курение, наследственная отягощенность по язвенной болезни.

3. Основные принципы лечения язвенной болезни: в период обострения режим полупостельный, диета (стол 1а, 1б, затем 1), антациды, эрадикационная терапия (антибиотики, антимикробные средства, препараты, обладающие антисекреторными свойствами – блокаторы H_2 – рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы, препараты висмута- Де-нол), седативная и симптоматическая терапия.

Задача № 15

1. Клинический диагноз: Язвенная болезнь желудка, непрерывно рецидивирующее течение, фаза обострения.

2. Обострению заболевания способствовали следующие факторы: нарушение режима питания, курение, наследственная отягощенность по язвенной болезни.

3. Основные принципы лечения язвенной болезни: в период обострения режим

полупостельный, диета (стол 1а, 1б, затем 1), антациды, эрадикационная терапия (антибиотики, антимикробные средства, препараты, обладающие антисекреторными свойствами – блокаторы H₂ – рецепторов гистамина, блокаторы протонной помпы, препараты висмута- Де-нол), седативная и симптоматическая терапия.

Ситуационные задачи по теме: «Заболевания желчевыделительной системы у детей»

Задача № 1

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые выше перечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.

Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, хронический гастродуоденит.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Орнтера - Грекова (+). Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$; Лейк- $7,0 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 66%, э-2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, АЛТ - 30 ед/л, АсАТ - 40 ед/л, ЩФ - 150 ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Диастаза мочи: 32 ед.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85х37 мм (норма 75х30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите отягощающие факторы заболевания.

Задача № 2

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема

пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) - калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины - единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, ц.п. - 0,93, Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$; Лейк. $9,5 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 64%, э - 1%, л - 26%, м - 7%, СОЭ - 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; pH - 5,5; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество, л-ты - 0-1 в п/з, Эр - о; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, АЛА Т - 40 ед/л, АсАТ - 40 ед/л, ЩФ - 158 ед/л (норма 70-140), амилаза - 93 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая оболочка желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечебное питание.

Задача № 3

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребенок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении. 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец - хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) - калькулезный холецистит.

Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1 см из подреберья. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера(+), Георгиевского-Мюсси (+).

Общий анализ крови: НБ - 130 г/л, эр - $4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,95, лейкоц. $8,6 \times 10^9/л$; я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%, СОЭ - 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная; pH - 6,5;

плотность - 1025; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет; желчные пигменты- (+++).

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины 55%, глобулины: α_1 - 3%, α_2 - 12%, β_1 , β_2 - 12%, γ - 18%; АлАТ - 50 ед/л, АсАТ - 60 ед/л, ЩФ - 160 ед/л (норма 70-140), амилаза - 80 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 5 ед, билирубин - 32 мкмоль/л, из них связ. 12 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь - стенки до 6мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа - гетерогенная эхогенность; головка - 19мм (норма 18), тело - 15 мм (норма 15), хвост - 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какой фактор спровоцировал обострение заболевания у ребенка?

Задача № 4

Больная Катя В., 6 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в околопупочной области и правом подреберье «ноющего» характера, возникающие чаще после жирной пищи. Девочку часто беспокоит тошнота, иногда бывает рвота. Аппетит постоянно снижен, последние два года недостаточно прибавляет в массе. Объективно: ребенок пониженного питания. Кожа бледная, сухая, неравномерно пигментирована. Миндалины гипертрофированы, рыхлые. Язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены. При аускультации сердца небольшая приглушенность I тона на верхушке сердца и короткий систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области правого подреберья. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси. Печень выступает из-под реберья на 2 см, уплотнена, болезненная. Селезенка не увеличена. Стул типа «овечьего», 3-4 раза в неделю.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Указать характерные симптомы для предполагаемого диагноза.
3. Наметить план диагностического обследования.

Задача № 5

Света С., 7 лет поступила в больницу на обследование с подозрением на ревматизм, с жалобами на колющие боли в области сердца, периодические боли в области сердца, боли в правом подреберье, раздражительность, быструю утомляемость. Больна полгода, когда появились выше описанные жалобы.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела 36,3°C. Кожа и видимые слизистые чистые. Масса 27,5 кг, рост – 116 см. Микрополиадения. Со стороны зева имеются явления хронического тонзиллита (консультирована оториноларингологом). Девочка подвижная, неуравновешенная, плаксивая, раздражительная, часто дает невротические реакции. Границы сердца не изменены, тоны чистые, пульс 94 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 100/60 мм. рт. ст. В легких перкуторно - легочный звук, дыхание везикулярное. Живот не вздут, при пальпации мягкий, отмечается легкая болезненность в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Симптом Ортнера положительный. Определяется болезненность в холедохопанкреатической точке.

Холецистография: через 30 и 45 мин. после внутривенного введения билигноста на

снимках определяется тень желчного пузыря грушевидной формы средней интенсивности, хорошо выражена краевая полоска и феномен трехслойности, граница между слоями не очень четкая. На снимках через 2 часа после введения контрастного вещества поперечник пузыря равен 3,3 см, длинник 9,5 см, тень пузыря неоднородная. Выражен феномен трехслойности. Симптом краевой полоски не выражен. На снимках через один час после желчегонного завтрака определяется тень сократившегося желчного пузыря размером в поперечнике 1,7 см, в длину 6,7 см. Показатели двигательной функции = 0,7.

Поперечник желчного пузыря сократился меньше чем на половину. Заключение: по таблице оценки двигательной функции желчного пузыря определяется замедленное опорожнение за счет слабого сокращения желчного пузыря. Признаков холецистита нет. Гемограмма: Эр. $4,14 \times 10^{12}/л$, Нв – 114 г/л, ЦП – 0,83, лейкоц.- $6,2 \times 10^9/л$, э-1%, п – 1%, с – 68%, л – 29%, м – 1%, СОЭ – 4 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назвать факторы, предрасполагающие к заболеванию.
3. Назначить лечение.

Задача №6

Девочка 9 лет, осмотрена педиатром по поводу субфебрилитета и болей в животе.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад стала жаловаться на боли в животе умеренной интенсивности, довольно продолжительные, локализующиеся вокруг пупка, не связанные с едой. Девочка стала раздражительной, ночью скрипит зубами. Примерно 2,5 месяца назад у нее появились непродуктивный кашель, преимущественно по ночам, субфебрилитет. Кашель был расценен как проявление фарингита, который самостоятельно купировался через 2 недели.

В течение последних 3-х недель также отмечает жалобы на боли в правом боку при быстрой ходьбе, беге, прыжках. Изредка отмечается тошнота и горечь во рту преимущественно после приема жареных блюд, блинов, шоколада, кондитерских изделий.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-й нормально протекавшей беременности, 2-х срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Летом жила у бабушки в деревне.

Осмотр: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень сухие, бледные, периорбитальный цианоз. В углах рта - заеды. Видимые слизистые оболочки чистые. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье и левой подвздошной области, положительные симптомы Кера, Ортнера, Мерфи. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$; Лейк. $7,5 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-53%, э -7%, л - 25%, м - 10%, б - 3%, СОЭ - 11 мм/час.

В ан. кала обнаружены яйца аскарид.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85х37 мм (норма 75х30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить клинический диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения аскаридоза.
5. Составьте план лечения.

Задача № 7

Люда К., 8 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в животе, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Объективно: самочувствие удовлетворительное. Симптомы интоксикации умеренно выражены. Кожные покровы бледные, “тени” под глазами. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 82 в минуту. Живот умеренно болезненный в правом подреберье, пузырьные симптомы отрицательны, печень не увеличена.

В анализе крови: проведенном амбулаторно: Нв-122 г/л, Эр.- $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк.- $6,8 \times 10^9/л$; п-1%, э-14%, с-58%, л-25%, м-2%, СОЭ-10 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

В анализе кала: обнаружены яйца аскарид.

Фракционное дуоденальное зондирование: пузырьный рефлекс получен не сразу - через 30 мин., после введения нескольких раздражителей (сульфат магния, 0,25% новокаин, 5% глюкоза). Порция В обильная (100 мл.), темно-коричневого цвета. При микроскопии – лейкоц. 1-2 в п/з., цилиндрический эпителий – 2-4 в п/з.

УЗИ желчного пузыря: желчный пузырь увеличен в объеме, после приема желчегонного завтрака сократился всего на 20 %. Стенки пузыря не изменены, печень не увеличена, паренхима печени без особенностей.

ЗАДАНИЕ: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Дайте заключение по результатам обследования. 3. Составьте план лечения.

Задача № 8

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые выше перечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.

Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, хронический гастродуоденит.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера - Грекова (+). Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$; Лейк- $7,0 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 66%, э-2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, АЛА Т - 30 ед/л, АсАТ - 40 ед/л, ЩФ - 150 ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Диастаза мочи: 32 ед.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85х37 мм (норма 75х30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите отягощающие факторы заболевания.

Задача № 9

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) - калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины - единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, ц.п. - 0,93, Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$; Лейк. $9,5 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-64%, э-1%, л-26%, м-7%, СОЭ-15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; pH - 5,5; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество, л-ты - 0-1 в п/з, Эр - о; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, АлА Т - 40 ед/л, АсАТ - 40 ед/л, ЩФ - 158 ед/л (норма 70-140), амилаза - 93 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая оболочка желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечебное питание.

Задача № 10

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребенок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении. 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец - хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) - калькулезный холецистит.

Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1 см из подреберья. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера(+), Георгиевского-Мюсси (+).

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, эр - $4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,95, лейкоц $8,6 \times 10^9/л$; я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%, СОЭ - 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная; рН - 6,5; плотность - 1025; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет; желчные пигменты- (+++).

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины 55%, глобулины: α_1 - 3%, α_2 - 12%, β_1 , β_2 - 12%, γ - 18%; АЛТ - 50 ед/л, АсАТ - 60 ед/л, ЩФ - 160 ед/л (норма 70-140), амилаза - 80 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 5 ед, билирубин - 32 мкмоль/л, из них связ. 12 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь - стенки до 6 мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа - гетерогенная эхогенность; головка - 19 мм (норма 18), тело - 15 мм (норма 15), хвост - 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какой фактор спровоцировал обострение заболевания у ребенка?

Задача № 11

Больная Катя В., 6 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в околопупочной области и правом подреберье «ноющего» характера, возникающие чаще после жирной пищи. Девочку часто беспокоит тошнота, иногда бывает рвота. Аппетит постоянно снижен, последние два года недостаточно прибавляет в массе. Объективно: ребенок пониженного питания. Кожа бледная, сухая, неравномерно пигментирована. Миндалины гипертрофированы, рыхлые. Язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены. При аускультации сердца небольшая приглушенность I тона на верхушке сердца и короткий систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области правого подреберья. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси. Печень выступает из-под реберья на 2 см, уплотнена, болезненная. Селезенка не увеличена. Стул типа «овечьего», 3-4 раза в неделю.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Указать характерные симптомы для предполагаемого диагноза.
3. Наметить план диагностического обследования.

Задача № 12

Света С., 7 лет поступила в больницу на обследование с подозрением на ревматизм, с жалобами на колющие боли в области сердца, периодические боли в области сердца, боли в правом подреберье, раздражительность, быструю утомляемость. Болея полгода, когда появились выше описанные жалобы.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела 36,3°C. Кожа и видимые слизистые чистые. Масса 27,5 кг, рост – 116 см. Микрополиадения. Со стороны зева имеются явления хронического тонзиллита (консультирована оториноларингологом). Девочка подвижная, неуравновешенная, плаксивая, раздражительная, часто дает невротические реакции. Границы сердца не изменены, тоны чистые, пульс 94 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 100/60 мм. рт. ст. В легких перкуторно - легочный звук, дыхание везикулярное. Живот не вздут, при пальпации мягкий, отмечается легкая болезненность в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Симптом Ортнера положительный. Определяется болезненность в холедохопанкреатической точке.

Холецистография: через 30 и 45 мин. после внутривенного введения билигноста на снимках определяется тень желчного пузыря грушевидной формы средней интенсивности, хорошо выражена краевая полоска и феномен трехслойности, граница между слоями не очень четкая. На снимках через 2 часа после введения контрастного вещества поперечник пузыря равен 3,3 см, длинник 9,5 см, тень пузыря неоднородная. Выражен феномен трехслойности. Симптом краевой полоски не выражен. На снимках через один час после желчегонного завтрака определяется тень сократившегося желчного пузыря размером в поперечнике 1,7 см, в длину 6,7 см. Показатели двигательной функции = 0,7.

Поперечник желчного пузыря сократился меньше чем на половину. Заключение: по таблице оценки двигательной функции желчного пузыря определяется замедленное опорожнение за счет слабого сокращения желчного пузыря. Признаков холецистита нет. Гемограмма: Эр. $4,14 \times 10^{12}/л$, Нв – 114 г/л, ЦП – 0,83, лейкоц.- $6,2 \times 10^9/л$, э-1%, п – 1%, с – 68%, л – 29%, м – 1%, СОЭ – 4 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

4. Поставить предварительный диагноз.
5. Назвать факторы, предрасполагающие к заболеванию.
6. Назначить лечение.

Задача №13

Девочка 9 лет, осмотрена педиатром по поводу субфебрилитета и болей в животе.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад стала жаловаться на боли в животе умеренной интенсивности, довольно продолжительные, локализирующиеся вокруг пупка, не связанные с едой. Девочка стала раздражительной, ночью скрипит зубами. Примерно 2,5 месяца назад у нее появились непродуктивный кашель, преимущественно по ночам, субфебрилитет. Кашель был расценен как проявление фарингита, который самостоятельно купировался через 2 недели.

В течение последних 3-х недель также отмечает жалобы на боли в правом боку при быстрой ходьбе, беге, прыжках. Изредка отмечается тошнота и горечь во рту преимущественно после приема жареных блюд, блинов, шоколада, кондитерских изделий.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-й нормально протекавшей беременности, 2-х срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Летом жила у бабушки в деревне.

Осмотр: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень сухие, бледные, периорбитальный цианоз. В углах рта - заеды. Видимые слизистые оболочки чистые. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье и левой подвздошной области, положительные симптомы Кера, Ортнера, Мерфи. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный,

оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$; Лейк. $7,5 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-53%, э -7%, л - 25%, м - 10%, б - 3%, СОЭ - 11 мм/час.

В ан. кала обнаружены яйца аскарид.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85х37 мм (норма 75х30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить клинический диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения аскаридоза.
5. Составьте план лечения.

Задача № 14

Люда К., 8 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в животе, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Объективно: самочувствие удовлетворительное. Симптомы интоксикации умеренно выражены. Кожные покровы бледные, “тени” под глазами. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 82 в минуту. Живот умеренно болезненный в правом подреберье, пузырьные симптомы отрицательны, печень не увеличена.

В анализе крови: проведенном амбулаторно: Нв-122 г/л, Эр.- $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк.- $6,8 \times 10^9/л$; п-1%, э-14%, с-58%, л-25%, м-2%, СОЭ-10 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

В анализе кала: обнаружены яйца аскарид.

Фракционное дуоденальное зондирование: пузырьный рефлекс получен не сразу - через 30 мин., после введения нескольких раздражителей (сульфат магния, 0,25% новокаин, 5% глюкоза). Порция В обильная (100 мл.), темно-коричневого цвета. При микроскопии – лейкоц. 1-2 в п/з., цилиндрический эпителий – 2-4 в п/з.

УЗИ желчного пузыря: желчный пузырь увеличен в объеме, после приема желчегонного завтрака сократился всего на 20 %. Стенки пузыря не изменены, печень не увеличена, паренхима печени без особенностей.

ЗАДАНИЕ: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Дайте заключение по результатам обследования. 3. Составьте план лечения.

Задача № 15

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) - калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины - единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой

пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, ц.п. - 0,93, Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$; Лейк. $9,5 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-64%, э-1%, л-26%, м-7%, СОЭ-15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; pH - 5,5; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество, л-ты - 0-1 в п/з, Эр - 0; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, АЛА Т - 40 ед/л, АсАТ - 40 ед/л, ЩФ - 158 ед/л (норма 70-140), амилаза - 93 ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая оболочка желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечебное питание.

Эталоны ответов к ситуационным задачам по теме: «Заболевания желчевыведительной системы у детей»

Задача №1.

1. Диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Диагноз выставлен на основании жалоб (боли в животе тупые, ноющего характера, слабость, быструю утомляемость, головные боли), объективных данных (болезненность в правом подреберье, + симптом Ортнера), данных УЗИ органов брюшной полости (желчный пузырь увеличен в размерах, стенки не утолщены).

2. Дискинезию желчевыводящих путей необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: хронический холецистит, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит и др.

3. Отягощающие факторы данного заболевания:

- 1). Наличие вегето-сосудистой дистонии.
- 2). Наследственная предрасположенность по гастродуоденальной патологии.
- 3). Поздняя обращаемость за медицинской помощью (через 6 месяцев после выявления жалоб).

Задача № 2

1. Клинический диагноз: Хронический холецистит, рецидивирующее течение, фаза обострения. Холедохит. Хронический гастродуоденит, фаза обострения.

2. Дифференциальный диагноз хронического холецистита необходимо проводить со следующими заболеваниями: дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, дуоденит, панкреатит, паразитарные заболевания желчевыводящих путей (описторхоз, аскаридоз, фасциолез).

3. При заболеваниях желчевыделительной системы назначается диета 5, предусматривающая механическое, химическое и термическое щажение слизистой желудка и желчевыводящих путей. Белки и углеводы назначаются в пределах возрастной нормы, ограничиваются жиры животного происхождения. Питание дробное не менее 4-5 раз в сутки.

Задача № 3

1. Клинический диагноз: Желчекаменная болезнь, приступный период. Хронический холецистит. Реактивный панкреатит.

2. Дифференциальный диагноз желчекаменной болезни проводится со следующими заболеваниями: хронический холецистохолангит, острый холецистит, острый панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу, язвенная болезнь, мочекаменная болезнь и др.

3. Приступ желчекаменной болезни спровоцировал прием пищи, содержащий продукты, обладающие холецистокинетическим действием (сливочное масло, яйцо, кофе).

Задача № 4

1. Предварительный диагноз: Заболевание желчных путей. Функциональный систолический шум.

2. а) Самостоятельные боли в животе «ноющего» характера, связанные с приемом жирной пищи;

б) диспептические явления: тошнота, рвота, понижение аппетита, стул типа «овечьего»;

в) положительные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси; увеличение размеров печени. Обложенность языка.

3. План обследования: общий анализ крови, мочи. Копрологическое исследование. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. Исследование функционального состояния печени: протеинограмма, билирубин, холестерин, активность трансаминаз, тимоловая проба, сахар крови и др.

Задача № 5

1. Предварительный диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Реактивный панкреатит? Хронический тонзиллит. Астено-вегетативный синдром.

2. К развитию дискинезии желчевыводящих путей предрасполагают следующие факторы: наличие хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит), изменения со стороны нервной системы (девочка эмоционально лабильна, раздражительна, неуравновешенна, часто дает невротические реакции).

3. План лечения:

1. Диета (стол 5 с включением продуктов, обладающих желчегонным действием, исключая растительное масло, сливки, яйца).

2. Холекинетики (берберин, ксилит, сорбит, сульфат магния).

3. Желчегонные средства, содержащие желчные кислоты (аллохол, ЛИВ – 52, лиобил, тыквеол, фламин).

4. Седативные средства (настойка валерианы, пустырника).

5. ЛФК (комплекс гипотонической дискинезии).

6. Физиолечение (электрофорез с сернокислой магнезией, ДДТ, гальванизация).

7. Лечение хронического тонзиллита (КУФ на миндалины, обработка раствором Люголя).
8. Минеральная вода из расчета 5 мг/кг массы.

Задача № 6

1. Предварительный диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Аскаридоз.
2. Возможные осложнения аскаридоза: кишечная непроходимость, перитонит, желтуха, абсцессы, холангит, панкреатит, эпилептиформный синдром, механическая асфиксия.
3. План лечения:
9. Диета (стол 5 с включением продуктов, обладающих желчегонным действием, исключая растительное масло, сливки, яйца).
10. Холекинетики (берберин, ксилит, сорбит, сульфат магния).
11. Желчегонные средства, содержащие желчные кислоты (аллохол, ЛИВ – 52, лиобил, тыквеол, фламин).
12. ЛФК (комплекс гипотонической дискинезии).
13. Физиолечение (электрофорез с сернокислой магнезией, ДДТ, гальванизация).
14. Минеральная вода из расчета 5 мг/кг массы.

Задача № 7

1. Клинический диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по смешанному типу. Аскаридоз.

2. По данным исследования желчи методом фракционного дуоденального зондирования признаки воспаления отсутствуют, отмечается нарушение ритма отделения желчи (порция “В” получена после введения нескольких раздражителей), увеличение объема желчи в порции “В”, изменение цвета желчи.

По результатам УЗИ желчного пузыря имеются признаки гипотонии желчного пузыря: пузырь увеличен в размерах, после дачи желчегонного завтрака сократился только на 20%, что свидетельствует о снижении сократительной способности желчного пузыря.

В общем анализе крови эозинофилия (14%), что обусловлено наличием у девочки глистной инвазии (аскаридоз).

В анализе кала обнаружены яйца аскарид, что является подтверждением глистной инвазии.

1. План лечения:
- А. Диета 5.
- Б. Желчегонные средства (аллохол, фламин, оксафенамид).
- В. Холецистокинетики (сорбит, ксилит, сульфат магния).
- Г. Электрофорез с сульфатом магния на область правого подреберья № 7-8.
- Д. Тюбажи по Демьянову с сорбитом, ксилитом.
- Е. ЛФК при гипотонической дискинезии ЖВП.
- Ж. Лечение аскаридоза (пиперазин, декарис, вермокс).

Задача №8.

1. Диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Диагноз выставлен на основании жалоб (боли в животе тупые, ноющего характера, слабость, быструю утомляемость, головные боли), объективных данных (болезненность в правом

подреберье, + симптом Ортнера), данных УЗИ органов брюшной полости (желчный пузырь увеличен в размерах, стенки не утолщены).

2. Дискинезию желчевыводящих путей необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: хронический холецистит, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит и др.

3. Отягощающие факторы данного заболевания:

- 1). Наличие вегето-сосудистой дистонии.
- 2). Наследственная предрасположенность по гастродуоденальной патологии.
- 3). Поздняя обращаемость за медицинской помощью (через 6 месяцев после выявления жалоб).

Задача № 9

1. Клинический диагноз: Хронический холецистит, рецидивирующее течение, фаза обострения. Холедохит. Хронический гастродуоденит, фаза обострения.

2. Дифференциальный диагноз хронического холецистита необходимо проводить со следующими заболеваниями: дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, дуоденит, панкреатит, паразитарные заболевания желчевыводящих путей (описторхоз, аскаридоз, фасциолез).

3. При заболеваниях желчевыделительной системы назначается диета 5, предусматривающая механическое, химическое и термическое щажение слизистой желудка и желчевыводящих путей. Белки и углеводы назначаются в пределах возрастной нормы, ограничиваются жиры животного происхождения. Питание дробное не менее 4-5 раз в сутки.

Задача № 10

1. Клинический диагноз: Желчекаменная болезнь, приступный период. Хронический холецистит. Реактивный панкреатит.

2. Дифференциальный диагноз желчекаменной болезни проводится со следующими заболеваниями: хронический холецистохолангит, острый холецистит, острый панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу, язвенная болезнь, мочекаменная болезнь и др.

3. Приступ желчекаменной болезни спровоцировал прием пищи, содержащий продукты, обладающие холецистокинетическим действием (сливочное масло, яйцо, кофе).

Задача № 11

1. Предварительный диагноз: Заболевание желчных путей. Функциональный систолический шум.

2. а) Самостоятельные боли в животе «ноющего» характера, связанные с приемом жирной пищи;

б) диспептические явления: тошнота, рвота, понижение аппетита, стул типа «овечьего»;

в) положительные симптомы Ортнера, Кера, Мюсси; увеличение размеров печени. Обложенность языка.

3. План обследования: общий анализ крови, мочи. Копрологическое исследование. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. Исследование функционального состояния печени: протеинограмма, билирубин, холестерин, активность трансаминаз, тимоловая проба, сахар крови и др.

Задача № 12

1. Предварительный диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Реактивный панкреатит? Хронический тонзиллит. Астено-вегетативный синдром.

2. К развитию дискинезии желчевыводящих путей предрасполагают следующие факторы: наличие хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит), изменения со стороны нервной системы (девочка эмоционально лабильна, раздражительна, неуравновешенна, часто дает невротические реакции).

3. План лечения:

15. Диета (стол 5 с включением продуктов, обладающих желчегонным действием, исключая растительное масло, сливки, яйца).

16. Холекинетики (берберин, ксилит, сорбит, сульфат магния).

17. Желчегонные средства, содержащие желчные кислоты (аллохол, ЛИВ – 52, лиобил, тыквеол, фламин).

18. Седативные средства (настойка валерианы, пустырника).

19. ЛФК (комплекс гипотонической дискинезии).

20. Физиолечение (электрофорез с сернокислой магнезией, ДДТ, гальванизация).

21. Лечение хронического тонзиллита (КУФ на миндалины, обработка раствором Люголя).

22. Минеральная вода из расчета 5 мг/кг массы.

Задача № 13

4. Предварительный диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Аскаридоз.

5. Возможные осложнения аскаридоза: кишечная непроходимость, перитонит, желтуха, абсцессы, холангит, панкреатит, эпилептиформный синдром, механическая асфиксия.

6. План лечения:

23. Диета (стол 5 с включением продуктов, обладающих желчегонным действием, исключая растительное масло, сливки, яйца).

24. Холекинетики (берберин, ксилит, сорбит, сульфат магния).

25. Желчегонные средства, содержащие желчные кислоты (аллохол, ЛИВ – 52, лиобил, тыквеол, фламин).

26. ЛФК (комплекс гипотонической дискинезии).

27. Физиолечение (электрофорез с сернокислой магнезией, ДДТ, гальванизация).

28. Минеральная вода из расчета 5 мг/кг массы.

Задача № 14

1. Клинический диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей по смешанному типу. Аскаридоз.

2. По данным исследования желчи методом фракционного дуоденального зондирования признаки воспаления отсутствуют, отмечается нарушение ритма отделения желчи (порция “В” получена после введения нескольких раздражителей), увеличение объема желчи в порции “В”, изменение цвета желчи.

По результатам УЗИ желчного пузыря имеются признаки гипотонии желчного пузыря: пузырь увеличен в размерах, после дачи желчегонного завтрака сократился только на 20%, что свидетельствует о снижении сократительной способности желчного пузыря.

В общем анализе крови эозинофилия (14%), что обусловлено наличием у девочки глистной инвазии (аскаридоз).

В анализе кала обнаружены яйца аскарид, что является подтверждением глистной инвазии.

2. План лечения:

А. Диета 5.

Б. Желчегонные средства (аллохол, фламин, оксафенамид).

В. Холецистокинетики (сорбит, ксилит, сульфат магния).

Г. Электрофорез с сульфатом магния на область правого подреберья № 7-8.

Д. Тюбажи по Демьянову с сорбитом, ксилитом.

Е. ЛФК при гипотонической дискинезии ЖВП.

Ж. Лечение аскаридоза (пиперазин, декарис, вермокс).

Задача № 15

1. Клинический диагноз: Хронический холецистит, рецидивирующее течение, фаза обострения. Холедохит. Хронический гастродуоденит, фаза обострения.

2. Дифференциальный диагноз хронического холецистита необходимо проводить со следующими заболеваниями: дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистохолангит, желчекаменная болезнь, дуоденит, панкреатит, паразитарные заболевания желчевыводящих путей (описторхоз, аскаридоз, фасциолез).

3. При заболеваниях желчевыведительной системы назначается диета 5, предусматривающая механическое, химическое и термическое щажение слизистой желудка и желчевыводящих путей. Белки и углеводы назначаются в пределах возрастной нормы, ограничиваются жиры животного происхождения. Питание дробное не менее 4-5 раз в сутки.

Ситуационные задачи по теме: «Воздушно-капельные инфекции у детей» Задача N1.

Саша К., 5 лет. Родители обратились к участковому педиатру с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, светобоязнь, слезотечение. Из анамнеза известно, что заболел остро. Начало болезни сопровождалось повышением температуры тела до 39°C, появлением насморка, кашля, конъюнктивита, светобоязни. Со 2-3 дня болезни у мальчика выросли воспалительные изменения слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Температура снизилась до субфебрильных цифр. Усилился насморк, чиханье и выделение обильного серозного секрета.

При осмотре: на слизистой оболочке щек обнаружены мелкие белые «пятнышки» (папулы), окруженные красным ободком. Слизистая щек потеряла свой блеск, стала шероховатой, разрыхленной. Одновременно отмечались розовые высыпания на слизистой оболочке мягкого неба (энантема), которая вскоре образовала разлитую гиперемию зева. Лицо у ребенка было одутловатым, глаза покрасневшие, веки отечные, беспокоили светобоязнь, слезотечение, жидкие серозные выделения из носа.

На 3 день заболевания вновь поднялась температура и появились высыпания пятнисто-папулезного характера на коже лица, шеи и носогубного треугольника. На следующий день сыпь распространилась на туловище, затем на конечности. Элементы сыпи отмечались на неизменном фоне кожи. Исчезла сыпь в той же последовательности, что и появилась. На участках, где она локализовалась, осталась пигментация и мелкое отрубевидное шелушение. Температура нормализовалась.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Задача N2.

Сережа С., 6 лет., госпитализирован на 8-ой день болезни в ДИБ. При поступлении: состояние тяжелое за счет выраженного спазматического кашля.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок лечился амбулаторно с диагнозом «ОРВИ». Из амбулаторной карты больного удалось выяснить, что при нормальной температуре тела наблюдался упорный кашель. С течением времени интенсивность кашля нарастала, особенно по ночам. Он приобрел приступообразный характер: сначала было чувство першения в горле, давления в груди и беспокойство. Затем появлялся глубокий вдох, за которым следовал ряд кашлевых толчков, следующих друг за другом без передышки до полного расхода воздуха. Затем происходил новый глубокий вдох, сопровождаемый характерным протяжным звуком (свистом). Кашель заканчивался либо после отхождения небольшого количества мокроты, либо после рвоты. Со слов матери во время приступа лицо ребенка краснело, шейные вены набухали, появлялось слезотечение, язык до предела высовывался наружу. С 6-го дня болезни температура поднялась до 38°C, появилась одышка в покое, ухудшилось общее состояние, что послужило поводом для госпитализации ребенка. При рентгенологическом исследовании обнаружена инфильтрация в прикорневых зонах, распространившаяся на верхнюю долю правого легкого. В крови: лейкоцитов – 18 000, миелоцитов – 3%; юных – 5%; палочкоядерных – 10%; сегментоядерных – 32%; лимфоцитов – 53%; СОЭ – 5 мм/ч. Установлено также, что у матери в течение 3-4 нед отмечался упорный кашель.

Вопросы:

1. Поставить диагноз, дать ему обоснование.
2. Определить источник заражения.
3. Наметить основные этапы лечения.

Задача N 3.

Дима М., 6 мес., от здоровых родителей, вторых родов. На искусственном вскармливании с 2-недельного возраста. Раньше ничем не болел. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появились элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превратились в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствовала. Мальчика беспокоил зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсохли с образованием коричневатых корочек. В течение последующих 5 дней наблюдалось повторное подсыпание с интервалом в 24-28 часов, сопровождающихся подъемом температуры. Корочки держались на коже 2 недели, затем отторгались, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдались лейкопения с относительным лимфоцитозом.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Задача N 4.

Саша В., 3 лет, заболел остро. Повысилась температура до 38°C, вдоль восходящей ветви нижней челюсти появилась плотновато-эластичная болезненная припухлость, быстро распространившаяся на затылочную ямку. Опухоль в центре была эластично-плотноватой консистенции, а к периферии – мягкая, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней была не изменена. Возникли затруднения при открывании рта, жевании, глотании, артикуляции. На слизистой оболочки щеки, в области устья протока околоушной железы появилось выпячивание и покраснение. Через 2 дня описанная клиническая картина стала двусторонней.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Составить план лечения.

Задача N 5.

Лена З., 5 лет. Родители девочки обратились к участковому педиатру с жалобами на появление на коже ребенка высыпаний и субфебрильной температуры в течение 5 дней.

Из анамнеза удалось выяснить, что девочка посещает детский комбинат, где неделю назад был объявлен карантин по кори.

Ребенок от первой беременности, до 1 года находился на естественном вскармливании. Привита по возрасту (в том числе и против кори).

При осмотре: на коже щек, туловища, конечностей отмечаются единичные элементы пятнисто-папулезного характера; носовое дыхание не затруднено; в зеве – легкая гиперемия дужек. Слизистая щек разрыхлена, красная, сочная. Температура субфебрильная.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Каким образом проводится профилактика кори.

Задача N 6.

Саша З., 4лет, родители которого обратились в участковую поликлинику с жалобами на частый приступообразный кашель у ребенка.

Из анамнеза: при нормальной температуре тела и отсутствии катаральных явлений у ребенка появился сухой кашель, который продолжался около 1 недели. Затем, несмотря на проводимую самостоятельно симптоматическую терапию, кашель стал усиливаться, особенно ночью. Кашель приобрел приступообразный характер. Частота приступов была 7-8 раз в сутки. Приступ начинался глубоким вдохом, за которым следовал ряд кашлевых толчков без передышки. Чередование вдохов и кашлевых толчков (реприз) продолжалось в течение 3-5 минут, заканчиваясь отделением вязкой мокроты. Рвоты не было. Межприступный период характеризовался удовлетворительным самочувствием мальчика.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 105'.

В крови: гемоглобин – 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты - 200×10^9 /л; лейкоциты - 12×10^9 /л; эозинофилы – 2%; палочкоядерные нейтрофилы – 2%; сегментоядерные нейтрофилы – 48%; лимфоциты – 45%; моноциты – 3%; СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие предусмотрены меры профилактики коклюша.

Задача N7.

Витя К., 6 лет. Родители обратились к участковому педиатру с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, светобоязнь, слезотечение. Из анамнеза известно, что заболел остро. Начало болезни сопровождалось повышением температуры тела до 39°C , появлением насморка, кашля, конъюнктивита, светобоязни. Со 2-3 дня болезни у мальчика наросли воспалительные изменения слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Температура снизилась до субфебрильных цифр. Усилился насморк, чиханье и выделение обильного серозного секрета.

При осмотре: на слизистой оболочке щек обнаружены мелкие белые «пятнышки» (папулы), окруженные красным ободком. Слизистая щек потеряла свой блеск, стала шероховатой, разрыхленной. Одновременно отмечались розовые высыпания на слизистой оболочке мягкого неба (энантема), которая вскоре образовала разлитую гиперемию зева. Лицо у ребенка было одутловатым, глаза покрасневшие, веки отечные, беспокоили светобоязнь, слезотечение, жидкие серозные выделения из носа.

На 3 день заболевания вновь поднялась температура и появились высыпания пятнисто-папулезного характера на коже лица, шеи и носогубного треугольника. На следующий день сыпь распространилась на туловище, затем на конечности. Элементы сыпи отмечались на неизменном фоне кожи. Исчезла сыпь в той же последовательности, что и появилась. На участках, где она локализовалась, осталась пигментация и мелкое отрубевидное шелушение. Температура нормализовалась.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Задача N8.

Саша С., 7 лет., госпитализирован на 8-ой день болезни в ДИБ. При поступлении: состояние тяжелое за счет выраженного спазматического кашля.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок лечился амбулаторно с диагнозом «ОРВИ». Из амбулаторной карты больного удалось выяснить, что при нормальной температуре тела наблюдался упорный кашель. С течением времени интенсивность кашля нарастала, особенно по ночам. Он приобрел приступообразный характер: сначала было чувство першения в горле, давления в груди и беспокойство. Затем появлялся глубокий вдох, за которым следовал ряд кашлевых толчков, следующих друг за другом без передышки до полного расхода воздуха. Затем происходил новый глубокий вдох, сопровождаемый характерным протяжным звуком (свистом). Кашель заканчивался либо после отхождения небольшого количества мокроты, либо после рвоты. Со слов матери во время приступа лицо ребенка краснело, шейные вены набухали, появлялось слезотечение, язык до предела высовывался наружу. С 6-го дня болезни температура поднялась до 38°C , появилась одышка в покое, ухудшилось общее состояние, что послужило поводом для госпитализации ребенка. При рентгенологическом исследовании обнаружена

инфильтрация в прикорневых зонах, распространившаяся на верхнюю долю правого легкого. В крови: лейкоцитов – 17000 , миелоцитов – 3%; юных – 5%; палочкоядерных – 10%; сегментоядерных – 32%; лимфоцитов – 53%; СОЭ – 5 мм/ч. Установлено также, что у матери в течение 3-4 нед отмечался упорный кашель.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз, дать ему обоснование.
- 2.Определить источник заражения.
- 3.Наметить основные этапы лечения.

Задача N 9.

Алеша М., 7 мес., от здоровых родителей, вторых родов. На искусственном вскармливании с 2-недельного возраста. Раньше ничем не болел. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появились элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превратились в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствовала. Мальчика беспокоил зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсохли с образованием коричневатых корочек. В течение последующих 5 дней наблюдалось повторное подсыпание с интервалом в 24-28 часов, сопровождающихся подъемом температуры. Корочки держались на коже 2 недели, затем отторгались, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдались лейкопения с относительным лимфоцитозом.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз,
- 2.Обоснуйте диагноз.
- 3.Определить план лечения.

Задача N 10.

Боря., лет, заболел остро. Повысилась температура до 38°С, вдоль восходящей ветви нижней челюсти появилась плотновато-эластичная болезненная припухлость, быстро распространившаяся на затылочную ямку. Опухоль в центре была эластично-плотноватой консистенции, а к периферии – мягкая, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней была не изменена. Возникли затруднения при открывании рта, жевании, глотании, артикуляции. На слизистой оболочки щеки, в области устья протока околоушной железы появилось выпячивание и покраснение. Через 2 дня описанная клиническая картина стала двусторонней.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз,
- 2.Обоснуйте диагноз.
- 3.Составить план лечения.

Задача N 11.

Катя 3., 5 лет. Родители девочки обратились к участковому педиатру с жалобами на появление на коже ребенка высыпаний и субфебрильной температуры в течение 5 дней.

Из анамнеза удалось выяснить, что девочка посещает детский комбинат, где неделю назад был объявлен карантин по кори.

Ребенок от первой беременности, до 1 года находился на естественном вскармливании. Привита по возрасту (в том числе и против кори).

При осмотре: на коже щек, туловища, конечностей отмечаются единичные элементы пятнисто-папулезного характера; носовое дыхание не затруднено; в зеве – легкая гиперемия дужек. Слизистая щек разрыхлена, красная, сочная. Температура субфебрильная.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз,
- 2.Обоснуйте диагноз.
- 3.Каким образом проводится профилактика кори.

Задача N 12.

Артем 3., 4 лет, родители которого обратились в участковую поликлинику с жалобами на частый приступообразный кашель у ребенка.

Из анамнеза: при нормальной температуре тела и отсутствии катаральных явлений у ребенка появился сухой кашель, который продолжался около 1 недели. Затем, несмотря на проводимую самостоятельно симптоматическую терапию, кашель стал усиливаться, особенно ночью. Кашель приобрел приступообразный характер. Частота приступов была 7-8 раз в сутки. Приступ начинался глубоким вдохом, за которым следовал ряд кашлевых толчков без передышки. Чередование вдохов и кашлевых толчков (реприз) продолжалось в течение 3-5 минут, заканчиваясь отделением вязкой мокроты. Рвоты не было. Межприступный период характеризовался удовлетворительным самочувствием мальчика.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 105'.

В крови: гемоглобин – 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты - 200×10^9 /л; лейкоциты - 12×10^9 /л; эозинофилы – 2%; палочкоядерные нейтрофилы – 2%; сегментоядерные нейтрофилы – 48%; лимфоциты – 45%; моноциты – 3%; СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз.
- 2.Обоснуйте диагноз.
- 3.Какие предусмотрены меры профилактики коклюша.

Задача N13.

Коля К., 6 лет. Родители обратились к участковому педиатру с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, светобоязнь, слезотечение. Из анамнеза известно, что заболел остро. Начало болезни сопровождалось повышением температуры тела до 38,5°C, появлением насморка, кашля, конъюнктивита, светобоязни. Со 2-3 дня болезни у мальчика выросли воспалительные изменения слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Температура снизилась до субфебрильных цифр.

При осмотре: на слизистой оболочке щек обнаружены мелкие белые «пятнышки» (папулы), окруженные красным ободком. Слизистая щек потеряла свой блеск, стала шероховатой, разрыхленной. Одновременно отмечались розовые высыпания на слизистой оболочке мягкого неба (энантема), которая вскоре образовала разлитую гиперемию зева.

Лицо у ребенка было одутловатым, глаза покрасневшие, веки отечные, беспокоили светобоязнь, слезотечение, жидкие серозные выделения из носа.

На 3 день заболевания вновь поднялась температура и появились высыпания пятнисто-папулезного характера на коже лица, шеи и носогубного треугольника. На следующий день сыпь распространилась на туловище, затем на конечности. Элементы сыпи отмечались на неизменном фоне кожи. Исчезла сыпь в той же последовательности, что и появилась. На участках, где она локализовалась, осталась пигментация и мелкое отрубевидное шелушение. Температура нормализовалась.

Вопросы:

1. Поставить диагноз,
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определить план лечения.

Задача N14.

Игорь С., 8 лет., госпитализирован на 9-ый день болезни в ДИБ. При поступлении: состояние тяжелое за счет выраженного спазматического кашля.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок лечился амбулаторно с диагнозом «ОРВИ». Из амбулаторной карты больного удалось выяснить, что при нормальной температуре тела наблюдался упорный кашель. С течением времени интенсивность кашля нарастала, особенно по ночам. Он приобрел приступообразный характер: сначала было чувство першения в горле, давления в груди и беспокойство. Затем появлялся глубокий вдох, за которым следовал ряд кашлевых толчков, следующих друг за другом без передышки до полного расхода воздуха. Затем происходил новый глубокий вдох, сопровождаемый характерным протяжным звуком (свистом). Кашель заканчивался либо после отхождения небольшого количества мокроты, либо после рвоты. Со слов матери во время приступа лицо ребенка краснело, шейные вены набухали, появлялось слезотечение, язык до предела высовывался наружу. С 6-го дня болезни температура поднялась до 38°C, появилась одышка в покое, ухудшилось общее состояние, что послужило поводом для госпитализации ребенка. При рентгенологическом исследовании обнаружена инфильтрация в прикорневых зонах, распространившаяся на верхнюю долю правого легкого. В крови: лейкоцитов – 16 000, миелоцитов – 3%; юных – 5%; палочкоядерных – 10%; сегментоядерных – 32%; лимфоцитов – 53%; СОЭ – 5 мм/ч. Установлено также, что у матери в течение 3-4 недель отмечался упорный кашель.

Вопросы:

1. Поставить диагноз, дать ему обоснование.
2. Определить источник заражения.
3. Наметить основные этапы лечения.

Задача N 15.

Вова М., 7 мес., от здоровых родителей, вторых родов. На искусственном вскармливании с 2-недельного возраста. Раньше ничем не болел. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появились элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превратились в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствовала. Мальчика беспокоил зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсохли с образованием коричневатых корочек. В течение последующих 5 дней наблюдалось повторное подсыпание с интервалом в 24-28 часов, сопровождающихся подъемом температуры. Корочки держались на коже 2 недели, затем

отторгались, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдались лейкопения с относительным лимфоцитозом.

Вопросы:

- 1.Поставить диагноз,
- 2.Обоснуйте диагноз.
- 3.Определить план лечения.

Эталоны ответов по ситуационным задачам по теме: «Воздушно-капельные инфекции у детей»

Задача N 1.

- 1.Диагноз: Корь, средне-тяжелая форма.
- 2.Диагноз выставлен на основании характерной клиники заболевания. Различают 4 периода болезни: инкубационный, продромальный, период высыпания и период пигментации сыпи. Продромальный или катаральный период кори длится в среднем 3-5 дней. Начало болезни характеризуется подъемом температуры до фебрильных цифр, катаральными проявлениями (насморк, кашель, конъюнктивит). На слизистой щек появляются типичные изменения – пятна Бельского-Филатова-Коплика: мелкие белые пятнышки, окруженные красным ободком. Период высыпания сопровождается вновь подъемом температуры. Сыпь пятнисто-папулезного характера появляется сначала за ушами, на коже лица. Она покрывает лицо, шею и область носогубного треугольника. Со 2-го дня лихорадочного подъема температуры тела сыпь распространяется на туловище, на 3-ий день – на конечности. При этом элементы сыпи расположены на неизменном фоне. Исчезает она в той же последовательности, что и появилась. На участках, где сыпь имела, после ее угасания остается пигментация и мелкое шелушение.

3..План лечения:

Большое значение имеет гигиеническое содержание ребенка, заботливый уход, профилактика осложнений и вторичных инфекций.

Показания для госпитализации:

В случаях тяжелого течения кори и наличия осложнений;

При неблагоприятных бытовых условиях;

По эпидемиологическим показаниям (общеежитие, наличие в соседних помещениях детей, пребывание заболевших в детских соматических больницах или в других лечебно-оздоровительных учреждениях.

В помещении, где находится больной, должно быть чисто, необходим постоянный доступ свежего воздуха. Ежедневно проводят туалет видимых слизистых оболочек: промывание глаз, освобождение носа от слизи и корок, полоскание ротовой полости.

В диете: исключение трудноусвояемой пищи, особенно при лихорадочном состоянии. Ребенок должен получать достаточное количество жидкости. Показано назначение витаминов в виде свежих соков и готовых препаратов. Жаропонижающие средства используются по показаниям, нужно избегать их планового назначения, антибиотики применять не рекомендуется. Лечение конъюнктивита и ринита.

Задача N2.

- 1.Коклюш, тяжелая форма, период спазматического кашля, осложненного двусторонней бронхопневмонией.
Диагноз выставлен на основании:

данных анамнеза (появление упорного кашля при нормальной температуре); характерных клинических проявлений (реприз более 15 раз за сутки, заканчивающихся рвотой); появление одышки в покое, повышений температуры, что вероятнее всего свидетельствует о присоединении осложнения; и позволило заподозрить развитие пневмонии, которая была подтверждена рентгенологически;

анализа крови, где регистрируется лейкоцитоз и лимфоцитоз.

2. Источником инфекции, вероятнее всего, является мать. Взрослые больные коклюшем, как правило, переносят его в легкой форме, без характерных приступов спазматического кашля.

3. Лечение: Во-первых организовать строгий постельный режим; во-вторых постоянно проветривать комнату, в которой находится ребенок, создать максимально спокойную обстановку. Питание организовать малыми порциями, пища должна быть полноценной, энергетически ценной и достаточно витаминизированной.

Подключить антибактериальную терапию в связи с развитием пневмонии: препараты пенициллинового ряда (ампициллин из расчета 100 мг/кг), макролиды (сумамед, рулид, макропен) в возрастной дозировке; инфузионную терапию с целью дезинтоксикации; кислородотерапию; витаминотерапию.

Задача N3.

1. Диагноз: Ветряная оспа.

2. Выставлен на основании характерной клиники: появление ветряночной сыпи происходит одновременно с подъемом температуры тела. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появляются элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превращаются в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствует. Характерен зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсыхают с образованием коричневатых корочек. В течение последующих дней наблюдаются повторные подсыпания, сопровождающиеся подъемом температуры. Корочки держатся на коже около 2 недель, затем отторгаются, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдается лейкопения с относительным лимфоцитозом.

3. Лечение: Обеспечить гигиенический режим: ногти ребенка коротко остричь для предотвращения расчесов и удаления корочек; следить за чистотой постельного и нательного белья. Для лучшего подсыхания везикулы смазывать 2% раствором перманганата калия или 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого; в период подсыхания – теплые ванны. Симптоматическая терапия для борьбы с интоксикацией и высокой температурой.

Задача N 4.

1. Диагноз: Эпидемический паротит.

2. Диагноз выставлен на основании типичной клиники: появления плотновато-эластичной болезненной припухлости вдоль восходящей ветви нижней челюсти, быстро распространяющейся на затылочную ямку на фоне подъема температуры до 38°C. Опухоль в центре - эластично-плотноватой консистенции, а к периферии – мягкая, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней не изменена. Возникли затруднения при открывании рта, жевании, глотании, артикуляции. На слизистой оболочки щеки, в области устья протока околоушной железы появились выпячивание и покраснение. Через 2 дня описанная клиническая картина стала двусторонней.

3. Лечение симптоматическое. Ребенок должен соблюдать режим, оставаясь в постели,

полоскать рот 2% раствором гидрокарбоната натрия, пищу принимать жидкую и полужидкую. На область увеличенных желез наложить согревающий компресс, прогревать соллюкс лампой, применить УВЧ-терапию, обильное питье, поливитаминные препараты.

Задача N5.

1. Корь, митигированная форма.
2. Митигированная (ослабленная) форма кори наблюдается у привитых детей; получавших противокоревую сыворотку или гамма-глобулин. Инкубационный период при этом удлиняется до 21 дня, начальный период и период высыпаний укорачивается. Катаральные явления на слизистых оболочках выражены слабо или совсем отсутствуют. Пятна Бельского-Филатова-Коплика часто отсутствуют. Сыпь в большинстве случаев не обильна. Температура нормальная, либо субфебрильная.

3. Профилактика кори проводится в двух направлениях: общие противоэпидемические мероприятия и специфическая профилактика. Специфическая профилактика включает в себя пассивную и активную иммунизацию. Пассивная иммунизация представляет собой введение готовых антител, содержащихся в нормальной сыворотке крови; а также гамма-глобулина.

Активная иммунизация включает применение живой ослабленной коревой вакцины. Прививкам против кори подлежат дети, не болевшие ранее ею, в возрасте 15-18 мес. Иммуитет развивается почти у всех привитых детей и сохраняется в течение нескольких лет (более 5-7 лет).

Задача N 6.

1. Диагноз: Коклюш, приступный период, легкая степень тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании:
А) данных анамнеза (появление сухого кашля на фоне удовлетворительного состояния);
Б) клинических проявлений: наличие реприз, не более 15 раз за сутки, заканчивающихся быстро, без рвоты при удовлетворительном общем состоянии в межприступный период;
В) данных гемограммы: лейко- и лимфоцитоз.
3. Важнейшим условием успешности противоэпидемических мероприятий инфекции является ранняя диагностика коклюша и своевременная изоляция больного. Активная специфическая профилактика коклюша состоит в введении АКДС-вакцины. Прививкам подлежат все здоровые дети с 3-месячного возраста.

Задача N 7.

1. Диагноз: Корь, средне-тяжелая форма.
2. Диагноз выставлен на основании характерной клиники заболевания. Различают 4 периода болезни: инкубационный, продромальный, период высыпания и период пигментации сыпи. Продромальный или катаральный период кори длится в среднем 3-5 дней. Начало болезни характеризуется подъемом температуры до фебрильных цифр, катаральными проявлениями (насморк, кашель, конъюнктивит). На слизистой щек появляются типичные изменения – пятна Бельского-Филатова-Коплика: мелкие белые пятнышки, окруженные красным ободком. Период высыпания сопровождается вновь подъемом температуры. Сыпь пятнисто-папулезного характера появляется сначала за ушами, на коже лица. Она покрывает лицо, шею и область носогубного треугольника. Со 2-го дня лихорадочного подъема

температуры тела сыпь распространяется на туловище, на 3-ий день – на конечности. При этом элементы сыпи расположены на неизменном фоне. Исчезает она в той же последовательности, что и появилась. На участках, где сыпь имела, после ее угасания остается пигментация и мелкое шелушение.

3..План лечения:

Большое значение имеет гигиеническое содержание ребенка, заботливый уход, профилактика осложнений и вторичных инфекций.

Показания для госпитализации:

В случаях тяжелого течения кори и наличия осложнений;

При неблагоприятных бытовых условиях;

По эпидемиологическим показаниям (общеежитие, наличие в соседних помещениях детей, пребывание заболевших в детских соматических больницах или в других лечебно-оздоровительных учреждениях.

В помещении, где находится больной, должно быть чисто, необходим постоянный доступ свежего воздуха. Ежедневно проводят туалет видимых слизистых оболочек: промывание глаз, освобождение носа от слизи и корок, полоскание ротовой полости.

В диете: исключение трудноусвояемой пищи, особенно при лихорадочном состоянии. Ребенок должен получать достаточное количество жидкости. Показано назначение витаминов в виде свежих соков и готовых препаратов. Жаропонижающие средства используются по показаниям, нужно избегать их планового назначения, антибиотики применять не рекомендуется. Лечение конъюнктивита и ринита.

Задача N8.

1.Коклюш, тяжелая форма, период спазматического кашля, осложненного двусторонней бронхопневмонией.

Диагноз выставлен на основании:

данных анамнеза (появление упорного кашля при нормальной температуре);

характерных клинических проявлений (реприз более 15 раз за сутки, заканчивающихся рвотой); появление одышки в покое, повышений температуры, что вероятнее всего свидетельствует о присоединении осложнения; и позволило заподозрить развитие пневмонии, которая была подтверждена рентгенологически;

анализа крови, где регистрируется лейкоцитоз и лимфоцитоз.

2.Источником инфекции, вероятнее всего, является мать. Взрослые больные коклюшем, как правило, переносят его в легкой форме, без характерных приступов спазматического кашля.

3.Лечение: Во-первых организовать строгий постельный режим; во-вторых постоянно проветривать комнату, в которой находится ребенок, создать максимально спокойную обстановку. Питание организовать малыми порциями, пища должна быть полноценной, энергетически ценной и достаточно витаминизированной.

Подключить антибактериальную терапию в связи с развитием пневмонии: препараты пенициллинового ряда (ампициллин из расчета 100 мг/кг), макролиды (сумамед, рулид, макропен) в возрастной дозировке; инфузионную терапию с целью дезинтоксикации; кислородотерапию; витаминотерапию.

Задача N9.

1.Диагноз: Ветряная оспа.

2.Выставлен на основании характерной клиники: появление ветряночной сыпи происходит одновременно с подъемом температуры тела. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появляются элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до

горошины, которые через несколько часов превращаются в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствует. Характерен зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсыхают с образованием коричневатых корочек. В течение последующих дней наблюдаются повторные высыпания, сопровождающиеся подъемом температуры. Корочки держатся на коже около 2 недель, затем отторгаются, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдается лейкопения с относительным лимфоцитозом.

3.Лечение: Обеспечить гигиенический режим: ногти ребенка коротко остричь для предотвращения расчесов и удаления корочек; следить за чистотой постельного и нательного белья. Для лучшего подсыхания везикулы смазывать 2% раствором перманганата калия или 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого; в период подсыхания – теплые ванны. Симптоматическая терапия для борьбы с интоксикацией и высокой температурой.

Задача N 10.

2. Диагноз: Эпидемический паротит.

2.Диагноз выставлен на основании типичной клиники: появления плотновато-эластичной болезненной припухлости вдоль восходящей ветви нижней челюсти, быстро распространяющейся на затылочную ямку на фоне подъема температуры до 38°C. Опухоль в центре - эластично-плотноватой консистенции, а к периферии – мягкая, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней не изменена. Возникли затруднения при открывании рта, жевании, глотании, артикуляции. На слизистой оболочки щеки, в области устья протока околоушной железы появились выпячивание и покраснение. Через 2 дня описанная клиническая картина стала двусторонней.

3.Лечение симптоматическое. Ребенок должен соблюдать режим, оставаясь в постели, полоскать рот 2% раствором гидрокарбоната натрия, пищу принимать жидкую и полужидкую. На область увеличенных желез наложитьсогревающий компресс, прогревать соллюкс лампой, применить УВЧ-терапию, обильное питье, поливитаминные препараты.

Задача N11.

2. Корь, митигированная форма.

2.Митигированная (ослабленная) форма кори наблюдается у привитых детей; получавших противокоревую сыворотку или гамма-глобулин. Инкубационный период при этом удлиняется до 21 дня, начальный период и период высыпаний укорачивается.

Катаральные явления на слизистых оболочках выражены слабо или совсем отсутствуют.

Пятна Бельского- Филатова-Коплика часто отсутствуют. Сыпь в большинстве случаев не обильна. Температура нормальная, либо субфебрильная.

3.Профилактика кори проводится в двух направлениях: общие противоэпидемические мероприятия и специфическая профилактика. Специфическая профилактика включает в себя пассивную и активную иммунизацию Пассивная иммунизация представляет собой введение готовых антител, содержащихся в нормальной сыворотке крови; а также гамма- глобулина.

Активная иммунизация включает применение живой ослабленной коревой вакцины. Привикам против кори подлежат дети, не болевшие ранее ею, в возрасте 15-18 мес. Иммунитет развивается почти у всех привитых детей и сохраняется в течение нескольких лет (более 5-7 лет).

Задача N 12.

2. Диагноз: Коклюш, приступный период, легкая степень тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании:

А) данных анамнеза (появление сухого кашля на фоне удовлетворительного состояния);

Б) клинических проявлений: наличие реприз, не более 15 раз за сутки, заканчивающихся быстро, без рвоты при удовлетворительном общем состоянии в межприступный период;

В) данных гемограммы: лейко- и лимфоцитоз.

3. Важнейшим условием успешности противоэпидемических мероприятий инфекции является ранняя диагностика коклюша и своевременная изоляция больного. Активная специфическая профилактика коклюша состоит в введении АКДС-вакцины. Прививкам подлежат все здоровые дети с 3-месячного возраста.

Задача N 13.

1. Диагноз: Корь, средне-тяжелая форма.

2. Диагноз выставлен на основании характерной клиники заболевания. Различают 4 периода болезни: инкубационный, продромальный, период высыпания и период пигментации сыпи. Продромальный или катаральный период кори длится в среднем 3-5 дней. Начало болезни характеризуется подъемом температуры до фебрильных цифр, катаральными проявлениями (насморк, кашель, конъюнктивит). На слизистой щек появляются типичные изменения – пятна Бельского-Филатова-Коплика: мелкие белые пятнышки, окруженные красным ободком.

Период высыпания сопровождается вновь подъемом температуры. Сыпь пятнисто-папулезного характера появляется сначала за ушами, на коже лица. Она покрывает лицо, шею и область носогубного треугольника. Со 2-го дня лихорадочного подъема температуры тела сыпь распространяется на туловище, на 3-ий день – на конечности. При этом элементы сыпи расположены на неизменном фоне. Исчезает она в той же последовательности, что и появилась. На участках, где сыпь имела, после ее угасания остается пигментация и мелкое шелушение.

3. План лечения:

Большое значение имеет гигиеническое содержание ребенка, заботливый уход, профилактика осложнений и вторичных инфекций.

Показания для госпитализации:

В случаях тяжелого течения кори и наличия осложнений;

При неблагоприятных бытовых условиях;

По эпидемиологическим показаниям (общеежитие, наличие в соседних помещениях детей, пребывание заболевших в детских соматических больницах или в других лечебно-оздоровительных учреждениях).

В помещении, где находится больной, должно быть чисто, необходим постоянный доступ свежего воздуха. Ежедневно проводят туалет видимых слизистых оболочек: промывание глаз, освобождение носа от слизи и корок, полоскание ротовой полости.

В диете: исключение трудноусвояемой пищи, особенно при лихорадочном состоянии. Ребенок должен получать достаточное количество жидкости. Показано назначение витаминов в виде свежих соков и готовых препаратов. Жаропонижающие средства используются по показаниям, нужно избегать их планового назначения, антибиотики применять не рекомендуется. Лечение конъюнктивита и ринита.

Задача N14.

1.Коклюш, тяжелая форма, период спазматического кашля, осложненного двусторонней бронхопневмонией.

Диагноз выставлен на основании:

данных анамнеза (появление упорного кашля при нормальной температуре); характерных клинических проявлений (реприз более 15 раз за сутки, заканчивающихся рвотой); появление одышки в покое, повышений температуры, что вероятнее всего свидетельствует о присоединении осложнения; и позволило заподозрить развитие пневмонии, которая была подтверждена рентгенологически; анализа крови, где регистрируется лейкоцитоз и лимфоцитоз.

2.Источником инфекции, вероятнее всего, является мать. Взрослые больные коклюшем, как правило, переносят его в легкой форме, без характерных приступов спазматического кашля.

3.Лечение: Во-первых организовать строгий постельный режим; во-вторых постоянно проветривать комнату, в которой находится ребенок, создать максимально спокойную обстановку. Питание организовать малыми порциями, пища должна быть полноценной, энергетически ценной и достаточно витаминизированной.

Подключить антибактериальную терапию в связи с развитием пневмонии: препараты пенициллинового ряда (ампициллин из расчета 100 мг/кг), макролиды (сумамед, рулид, макропен) в возрастной дозировке; инфузионную терапию с целью дезинтоксикации; кислородотерапию; витаминотерапию.

Задача N15.

1.Диагноз: Ветряная оспа.

2.Выставлен на основании характерной клиники: появление ветряночной сыпи происходит одновременно с подъемом температуры тела. При субфебрильной температуре на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках появляются элементы пятнисто-узелковой сыпи величиной от булавочной головки до горошины, которые через несколько часов превращаются в четко отграниченные, окруженные красным ободком блестящие пузырьки с прозрачным содержимым. На ладонях и подошвах сыпь отсутствует. Характерен зуд кожных покровов. Через 2 дня пузырьки на коже подсыхают с образованием коричневатых корочек. В течение последующих дней наблюдаются повторные подсыпания, сопровождающиеся подъемом температуры. Корочки держатся на коже около 2 недель, затем отторгаются, оставляя нежную пигментацию без рубцов. В гемограмме в период высыпания наблюдается лейкопения с относительным лимфоцитозом.

3.Лечение: Обеспечить гигиенический режим: ногти ребенка коротко остричь для предотвращения расчесов и удаления корочек; следить за чистотой постельного и нательного белья. Для лучшего подсыхания везикулы смазывать 2% раствором перманганата калия или 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого; в период подсыхания – теплые ванны. Симптоматическая терапия для борьбы с интоксикацией и высокой температурой.

б) критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, который: В полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал. Глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных. Обладает клиническим мышлением. Способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, который: Прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ. Понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который: Владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности. Показывает правильные, но нетвердые знания по внутренним болезням (многословие, неграмотное назначение лабораторно-инструментальных методов исследования, лечение малоэффективными или устаревшими препаратами).

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который: Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не знает эффективных лекарственных средств, допускает в ответе грубые ошибки.

в) описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

6.3.4. Назначение рациональной фармакотерапии с выписыванием препаратов в рецептах к текущему контролю и промежуточной аттестации (зачет, экзамен)

а) типовые задания (вопросы) - образец:

1. Выписать в рецептах препараты для лечения больного со стабильной стенокардией напряжения ИФК.
2. Выписать в рецептах препараты для лечения больного с легким персистирующим течением бронхиальной астмы.
3. Выписать в рецептах препараты для лечения больного с обострением неспецифического язвенного колита средней степени тяжести.

б) критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** Назначает оптимальное лечение в соответствии с федеральными и международными рекомендациями. Не допускает ошибок в выписывании рецептов.

Оценка **«хорошо»** Назначает оптимальное лечение в соответствии с федеральными и международными рекомендациями. Допускает не более 2-х ошибок при выписывании рецептов.

Оценка **«удовлетворительно»** Назначает не все основные этиотропные и патогенетические средства, соответствующие федеральным и международным рекомендациям. Допускает более 2-х ошибок при выписывании рецептов.

Оценка **«неудовлетворительно»** Не может назначить лечение, соответствующее федеральным и международным рекомендациям. Допускает ошибки при выписывании рецептов.

в) описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».