Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.09.2025 15:43:30
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования

Кафедра Инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
_____ Т.А. Овсянникова
«26» 06 2024 года

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ (ОРДИНАТУРА)

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Поликлиническая терапия»

Врач-специалист должен обладать универсальными (УК) и профессиональными компетенциями (ПК):

Универсальные компетенции характеризуются:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Профессиональные компетенции характеризуются:

в профилактической деятельности:

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

в диагностической деятельности:

– готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

в лечебной деятельности:

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6)

в реабилитационной деятельности:

- готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

в психолого-педагогической деятельности:

- готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

Вопросы к экзамену для проведения промежуточной аттестации ординаторов по дисциплине «Поликлиническая терапия».

1. Задачи амбулаторно- поликлинической службы
2. Виды амбулаторно-поликлинических учреждений в городе и на селе
3. Категории поликлиник
4. Структура поликлиники
5. Что такое «Территориальный врачебный участок»?
6. Количество взрослого населения, обслуживаемого участковым терапевтом?
7. Права и должностные обязанности участкового терапевта
8. Перечислите основные документы, заполняемые участковым врачом в процессе
9. обслуживания пациентов
10. Дайте характеристику понятиям «временная и стойкая утрата трудоспособности»?
11. Назовите основные правила и сроки выписки листа нетрудоспособности
12. Назовите основные функции КЭК
13. Перечислите виды временной нетрудоспособности
14. На какой предельный срок выдают листок нетрудоспособности лечащий врач, КЭК?
15. Кто имеет право выдавать листок нетрудоспособности?
16. Показания и сроки выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больными
17. Что можно и что нельзя считать нарушением режима при временной нетрудоспособности?
18. Перечислите основные показания для направления больного на МСЭК
19. Дайте краткую медико-социальную характеристику группам инвалидности
20. Дайте определение понятию «Диспансеризация населения»
21. Перечислите виды медицинских осмотров
22. Какие профилактические мероприятия проводит терапевт на территориальном участке?
23. Назовите общие противопоказания для направления пациентов на санаторно-курортное лечение
24. Перечислите основные показатели, по которым оценивается работа участкового терапевта
25. Дайте характеристику профессии «врач общей практики (семейный врач)»
26. Определение понятия «неотложное состояние», классификация
27. Принципы оказания медицинской помощи больным на амбулаторно-поликлиническом этапе
28. Основы этики и деонтологии врача при оказании неотложной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе
29. Наружный массаж сердца, показания и техника проведения Критерий адекватности массажа
30. Контроль эффективности и критерии окончания реанимационных мероприятий
31. ОКС, варианты течения, неотложная помощь в амбулаторно-поликлинической практике
32. Нарушения ритма и проводимости сердца, причины развития, особенности ЭКГ-диагностики, неотложная помощь в амбулаторно-поликлинической практике

33. Гипертонический криз, виды, дифференциальная диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе, показания к госпитализации

34. Профилактика неотложных состояний в кардиологии на амбулаторно-поликлиническом этапе

35. Приступ удушья при бронхиальной астме, неотложная помощь на догоспитальном этапе Небулайзеротерапия

36. Пикфлоуметрия, вентилометрия

37. Астматический статус, неотложная помощь на догоспитальном этапе

38. Обморок, классификация, причины, дифференциальная диагностика, неотложная помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе

39. Неотложные аллергические состояния, диагностика, помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе

40. Неотложные состояния при сахарном диабете, помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе

41. Дайте определение пневмонии

42. Перечислите возможные способы проникновения инфекционных агентов в легочную ткань при пневмониях

43. Перечислите наиболее частые возбудители внебольничных пневмоний

44. Каковы факторы риска развития пневмоний

45. Современная классификация пневмоний

46. Основные клинические проявления пневмоний

47. Каковы особенности отдельных пневмоний в зависимости от этиологии?

48. Критерии диагноза внебольничная пневмония

49. План обследования больного внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях

50. Перечислите клинические показания для госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией

51. Перечислите рентгенологические признаки, диктующие необходимость госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией

52. Перечислите лабораторные данные, диктующие необходимость госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией

53. Принципы эмпирической антибактериальной терапии в практике участкового терапевта

54. Что входит в комплексное лечение внебольничной пневмонии наряду с антибактериальной терапией?

55. Что является критерием продолжительности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии?

56. Что является критерием выздоровления при внебольничной пневмонии

57. Осложнения внебольничных пневмоний и их лечение и профилактика

58. Назовите ориентировочные сроки нетрудоспособности при внебольничной пневмонии лёгкого, среднего, тяжелого течения

59. Каков план реабилитационных мероприятий после внебольничной пневмонии

60. Какие немедикаментозные методы лечения используются при внебольничной пневмонии

61. Диспансеризация больных внебольничной пневмонией

62. Санаторно-курортное лечение больных, перенесших пневмонию

63. Первичная, вторичная профилактика внебольничной пневмонии

64. Особенности клиники пневмоний в пожилом и старческом возрасте
65. Особенности лечения пневмоний в пожилом и старческом возрасте
66. Ообенности клиники и лечения пневмоний при беременности
67. Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе
68. Определение понятия бронхо-обструктивный синдром
69. Алгоритм проведения диагностического поиска при выявлении бронхо-обструктивного синдрома
70. Дать определение понятия астма
71. Факторы риска развития астмы
72. Триггеры и индукторы обострения астмы
73. Основы патогенеза астмы
74. Основные патогенетические механизмы развития бронхоконстрикции при астме
75. Классификация по степени тяжести, осложнения астмы
76. Современные методы диагностики астмы
77. Пикфлоуметрия, техника выполнения, интерпретация результатов, диагностические возможности метода
78. Вентилометрия, интерпретация результатов
79. Типы обструкции бронхов, определение степени тяжести респираторной недостаточности
80. Принципы элиминационной терапии при астме
81. Медикаментозное лечение астмы по принципу «ступени», гибкого дозирования
82. Критерии контроля течения астмы
83. Алгоритм ведения больного астмой при обострении легкой, среднетяжелой степени на амбулаторном этапе
84. Критерии эффективности первичной инициарной терапии бронхолитиками
85. Показания к госпитализации больного астмой
86. Первичная профилактика астмы
87. Вторичная профилактика астмы
88. Возможности санаторно-курортного лечения пациентов с астмой
89. Экспертиза временной нетрудоспособности при астме
90. Принципы диспансеризации больных астмой
91. Доказанные факторы риска развития ХОБЛ
92. Основные патогенетические механизмы бронхо-констрикции при ХОБЛ
93. Клиника ХОБЛ, клинические варианты
94. Классификация ХОБЛ по степени тяжести
95. Клинико-диагностический минимум обследования пациента с ХОБЛ
96. Контингент пациентов, которым показано исследование функции внешнего дыхания в поликлинике
97. Терапия инфекционного обострения ХОБЛ
98. Первичная и вторичная профилактика ХОБЛ
99. Составить схему диспансерного наблюдения больного, страдающего ХОБЛ
100. Классификация гипертонической болезни
101. Диагностические критерии артериальной гипертензии
102. Механизмы развития эндокринных гипертензий
103. Механизмы развития ятрогенных гипертензий

104.Понятие о стратификации риска развития осложнений артериальной гипертензии
105.Ассоциированные с АГ клинические состояния
106.Дать клиническую интерпретацию низкого риска развития осложнений АГ
107.Дать клиническую интерпретацию среднего риска развития осложнений АГ
108.Дать клиническую интерпретацию высокого риска развития осложнений АГ
109.Дать клиническую интерпретацию очень высокого риска развития осложнений АГ
110.Перечислить основные группы антигипертензивных препаратов, используемых в амбулаторной практике
111.Механизмы гипотензивного эффекта бета-адреноблокаторов
112.Механизмы гипотензивного эффекта ингибиторов АПФ
113.Патогенетические механизмы развития нестабильной стенокардии
114.Классификация нестабильной стенокардии
115.Варианты нестабильной стенокардии
116.Возможности диагностики нестабильной стенокардии на амбулаторном этапе
117.Тактика ведения пациента с нестабильной стенокардией
118.Принципы лечения ИБС
119.Диспансеризация больных ИБС
120.Первичная профилактика ИБС
121.Вторичная профилактика ИБС
122.Этапы реабилитации больных инфарктом миокарда
123.Виды реабилитации больных инфарктом миокарда
124.Санаторно – курортное лечение и его виды для больных ИБС
125.Дать определение понятия ХСН
126.Классификация ХСН
127.Основные клинические синдромы ХСН
128.Лабораторные методы диагностики ХСН
129.Функциональные методы диагностики ХСН
130.Виды немедикаментозной терапии больных, страдающих ХСН
131.Первичная профилактика ХСН
132.Вторичная профилактика ХСН
133.Экспертиза временной нетрудоспособности при ХСН
134.Экспертиза стойкой нетрудоспособности ХСН
135.Показания к госпитализации больных ХСН
136.Возможности кардиохирургического лечения больных ХСН
137.Принципы медикаментозной терапии в условиях поликлиники
138.Принципы немедикаментозной терапии больных ХСН
139.Современные диагностические критерии хронического некалькулёзного холецистита
140.Современные диагностические критерии хронического панкреатита
141.Факторы риска развития хронического гепатита и цирроза печени
142.Факторы риска развития хронического холецистита
143.Факторы риска развития хронического панкреатита
144.Лабораторное обследование больных с заболеваниями гепато-билиарного тракта и панкреатической зоны
145.Современные инструментальные методы исследования обследование с заболеваниями гепато-билиарного тракта и панкреатической зоны

146.План обследования больного с хроническим гепатитом и циррозом печени в амбулаторных условиях

147.План обследования больного с хроническим холециститом в амбулаторных условиях

148.План обследования больного с хроническим панкреатитом в амбулаторных условиях

149.Осложнения хронического гепатита и цирроза печени и их клинические проявления

150.Осложнения хронического холецистита и их клинические проявления

151.Осложнения хронического панкреатита и их клинические проявления

152.Показания для госпитализации при хроническом гепатите и циррозе печени

153.Показания для госпитализации при хроническом холецистите

154.Показания для госпитализации при хроническом панкреатите

155.Принципы немедикаментозного лечения хронических заболеваний гептобилиарного тракта и панкреатической зоны

156.Общие принципы медикаментозной терапии хронического гепатита и цирроза печени и методы этиотропного лечения их различных форм

157.Принципы медикаментозного лечения хронического холецистита

158.Принципы медикаментозного лечения хронического панкреатита

159.Критерии эффективности медикаментозного лечения

160.Показания к экстренному и плановому хирургическому лечению больных хроническим холециститом и хроническим панкреатитом

161.Показания к консультации врача инфекциониста

162.Неотложная помощь при остром холецистите на догоспитальном этапе

163.Неотложная помощь при остром панкреатите на догоспитальном этапе

164.Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности больных хроническим гепатитом и циррозом печени

165.Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности больных хроническим холециститом

166.Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности больных хроническим панкреатитом

167.Особенности амбулаторного ведения пожилых больных с хроническими заболеваниями гепатобилиарного тракта и панкреатической зоны

168.Диспансеризация больных с хроническим гепатитом и циррозом печени

169.Диспансеризация больных с хроническим холециститом

170.Диспансеризация больных с хроническим панкреатитом

171.Первичная и вторичная профилактика хронического гепатита и цирроза печени

172.Первичная и вторичная профилактика хронического холецистита

173.Первичная и вторичная профилактика хронического панкреатита

174.Санаторно – курортное лечение больных хроническим гепатитом и циррозом печени

175.Санаторно-курортное лечение больных с хроническим холециститом

176.Санаторно-курортное лечение больных с хроническим панкреатитом

177.Диагностические критерии синдрома раздражённой кишки

178.Факторы риска развития язвенной болезни

179.План обследования больного с язвенной болезнью в условиях поликлиники

180.План обследования больного с синдромом раздражённой кишки в условиях поликлиники

181.План обследования больного с хроническим гастритом в условиях поликлиники

182.Показания для госпитализации при язвенной болезни

183.Показания для госпитализации при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

184.Лабораторное обследование больных с заболеваниями органов пищеварения

185.Современные инструментальные методы исследования при патологии органов пищеварения

186.«Симптомы тревоги» при функциональных заболеваниях пищеварительной системы

187.Принципы диетического питания при патологии пищеварительной системы

188.Диагностика Helicobacter pylori в амбулаторных условиях

189.Принципы ранней диагностики язвенной болезни в поликлинике

190.Особенности амбулаторного ведения пожилых больных и больных старческого возраста с органической патологией органов пищеварения

191.Особенности амбулаторного ведения беременных женщин с хронической органической патологией органов пищеварения

192.Принципы медикаментозной терапии при хроническом гастрите

193.Принципы лечения функциональной диспепсии

194.Современная эрадикационная терапия при язвенной болезни

195.Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

196.Классификация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

197.Диспансеризация больных с язвенной болезнью

198.Диспансеризация больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

199.Диспансеризация больных с хроническим гастритом

200.Принципы лечения «по требованию» при язвенной болезни

201.Первичная и вторичная профилактика язвенной болезни

202.Санаторно-курортное лечение больных с функциональными заболеваниями органов пищеварения

203.Современные диагностические критерии хронической болезни почек

204.Факторы риска развития ХБП

205.План обследования больного с хроническим пиелонефритом в условиях поликлиники

206.План обследования больного с хроническим гломерулонефритом в условиях поликлиники

207.План обследования больного с хронической почечной недостаточностью в условиях поликлиники

208.Показания для госпитализации при хроническом пиелонефрите

209.Показания для госпитализации при хроническом гломерулонефрите

210.Показания для госпитализации при хронической почечной недостаточности

211.Лабораторное обследование больных с хроническими заболеваниями почек

212.Современные инструментальные методы исследования при хронических заболеваниях почек

213.Принципы диетического питания при хроническом пиелонефрите

214.Принципы диетического питания при хронической почечной недостаточности

215.Принципы медикаментозной терапии при хроническом пиелонефрите

216.Принципы медикаментозного лечения хронического гломерулонефрита

217.Современная медикаментозная терапия хронической почечной недостаточности в условиях поликлиники

218.Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности больных хроническим пиелонефритом

219.Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности больных хроническим гломерулонефритом

220.Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности больных хронической почечной недостаточностью

221.Диспансеризация больных с хроническим пиелонефритом

222.Диспансеризация больных с хроническим гломерулонефритом

223.Диспансеризация больных с хронической почечной недостаточностью

224.Возможности фитотерапии у больных с хроническим пиелонефритом в амбулаторной практике

225.Первичная и вторичная профилактика хронического пиелонефрита

226.Первичная и вторичная профилактика хронического гломерулонефрита

227.Санаторно – курортное лечение больных хроническим пиелонефритом

228.Санаторно-курортное лечение больных с хроническим гломерулонефритом

229.Определение понятия ревматоидного артрита (РА)

230.Этиология ревматоидного артрита

231.Факторы риска РА

232.Основные патогенетические механизмы РА

233.Клинические проявления РА, варианты первичной манифестации болезни

234.суставные проявления РА

235.Основные лабораторные критерии РА

236.Классификация ревматоидного артрита по Насоновой ВА

237.Характерные рентгенологические признаки (по стадиям) РА

238.Критерии РА Американской ревматологической ассоциации

239.Критерии степени активности (-высокой, -умеренной, - низкой)

240.Дифференциальная диагностика РА

241.Показания для госпитализации пациента с РА

242.Алгоритм поэтапного лечения по Насоновой ВА

243.Критерии эффективности лечения больного РА

244.Фармакотерапевтические эффекты глюкокортикостероидов, наиболее частые осложнения терапии

245.Реабилитационная терапия при РА

246.Экспертиза временной нетрудоспособности : критерии восстановления трудоспособности при РА

247.Медико-социальная экспертиза: показания к направлению больного РА на МСЭК

248.Трудовая экспертиза больного РА

249.Определение деформирующего остеартроза (остеоартрита)-ДОА

250.Дифференциальная диагностика ДОА с артритами различного происхождения

251.Ведение пациента с ДОА на амбулаторном этапе

252.Показания к госпитализации больного ДОА

253.Медикаментозная терапия болевого синдрома при ДОА

254.Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности больного ДОА
255.Возможности санаторно-курортной реабилитации пациентов, страдающих ДОА
256.Определение понятия подагра
257.Этиология и факторы риска подагры
258.Клиника подагры
259.Диагностика подагры
260.Осложнения и неотложные состояния при подагре
261.Купирование острого подагрического приступа
262.Принципы диетического питания при подагре
263.Плановая терапия подагры
264.Первичная и вторичная профилактика приступов подагры
265.Грязевые курорты края Показания и противопоказания к направлению больных
266.Определение понятия ОРВИ
267.Этиология гриппа
268.Свойства вируса гриппа А
269.Свойства вируса гриппа В
270.Свойства вируса гриппа С
271.Фазы патологического процесса, патогенеза гриппа
272.Роль иммунных механизмов в патогенезе ОРВИ
273.Эпидемиология гриппа и других ОРВИ
274.Классическая классификация гриппа
275.Основные клинические синдромы
276.Первые симптомы гриппа
277.Современные методы лабораторной диагностики гриппа
278.Признаки парагриппозной инфекции
279.Методы ретроспективной диагностики гриппа
280.Принципы лечения острых респираторных инфекций
281.Базисная терапия
282.Этиотропная терапия
283.Симптоматические средства
284.Патогенетическая терапия
285.Неспецифическая профилактика гриппа
286.Специфическая профилактика гриппа
287.Экспозиционная профилактика гриппа
288.Вакцинопрофилактика гриппа
289.Определение понятия железодефицитной анемии
290.Факторы риска развития железодефицитной анемии
291.Компенсаторные механизмы возникающие при железодефицитной анемии
292.Лабораторные показатели крови при железодефицитной анемии
293.Анемии вследствие кровопотери
294.Анемии вследствие кровообразования
295.Анемии вследствие повышенного кроворазрушения
296.Латентная анемия Гематологические показатели
297.Использование десфералового теста для определения величины запаса железа в организме
298.Стратегия и тактика диагностического поиска при железодефицитной анемии

299.Основные лабораторные критерии при железодефицитной анемии
300.Основные наиболее частые причины развития железодефицитной анемии
301.Влияние железодефицитной анемии на течение беременности и родов
302.Профилактика железодефицитной анемии
303.Препараты солей железа: основные проблемы терапии
304.Экспертиза временной нетрудоспособности
305.Диспансеризация больных с железодефицитной анемией

Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Тема №1. Бронхообструктивный синдром: дифференциальная диагностика. Диагностика и лечение бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в амбулаторных условиях, врачебная тактика, медико-социальная экспертиза, диспансеризация, первичная профилактика. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы и развивающемся астматическом статусе.

1. Для купирования приступа бронхиальной астмы можно использовать: 1. ингаляционные антихолинэргические препараты холинолитики и бета 2 - агонисты
2. интал (кромогликат натрия)
3. ингаляционные глюкокортикоиды
4. внутривенное введение эуфиллина, глюкокортикоидов

2. Базисными препаратами для лечения больных хроническим обструктивным бронхитом являются:
1. антихолинэргические препараты (ипратропиум бромид, атровент)
2. бета2 - агонисты (сальбутамол, фенотерола - беротек, астмопент)
3. ингаляционные глюкокартикоидные препараты
4. производные теофиллина

3. Базисными препаратами для лечения бронхиальной астмы в условиях поликлиники являются:
1. фенотерол (беротек)
2. ингаляционные глюкокортикоидные препараты (беклометазон, будесонид)
3. производные метилксантинов (теопек, теотард, теофиллин)
4. кромогликат натрия (интал)

4. Для бронхиальной астмы характерны:
1. ночные приступы удушья с поверхностным частым дыханием, могут сопровождаться пенистой мокротой
2. приступы удушья с затрудненным выдохом, после окончания приступа выделяется стекловидная вязкая мокрота
3. ослабленное везикулярное дыхание
4. вне приступа в нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые незвучные влажные хрипы

5. План обследования больного с бронхообструктивным синдромом в условиях поликлиники включает:
1. общий анализ крови
2. спирографию
3. общий анализ мокроты +ВК, +АК
4. рентгенографию органов грудной клетки

6. Какие клетки принимают основное участие в развитии воспаления при бронхиальной астме:
1. эозинофилы
2. тучные клетки
3. нейтрофилы
4. Т-лимфоциты
5. тромбоциты

6. все вышеперечисленное

7. Аллергическую форму бронхиальной астмы характеризуют реакции:
1. цитотоксического типа
2. реагинового типа
3. все виды аллергических реакций
4. замедленной аллергии
5. повреждение иммунными комплексами

8. Какие утверждения верны в отношении бронхиальной астмы?
1. требует постоянного лечения
2. гиперреактивность бронхов является обязательным признаком бронхиальной астмы
3. даже в период ремиссии в бронхах имеются признаки воспаления
4. все вышеперечисленное

9. Назовите состояния, относящиеся к первичной гиперреактивности бронхов:
1. астма физического усилия
2. аспириновая астма
3. адренергический вариант
4. вагусзависимая астма

10. Назовите основные клинические проявления бронхиальной астмы:
1. приступ удушья
2. приступ кашля
3. приступ затруднения дыхания
4. приступ потери сознания

11. Появление одышки при хроническом обструктивном бронхите обусловлено поражением:
1. трахеи
2. крупных бронхов
3. бронхов среднего калибра
4. мелких бронхов
5. бронхиол

12. Для лечения больного в астматическом статусе используется все перечисленное, за исключением:
1. кислородотерапии
2. эуфиллина
3. кортикостероидов
4. интала
5. вибрационного массажа

13. Факторами, предрасполагающими к развитию астматического статуса, являются:
1. обострение хронического бронхита
2. проведение диагностических скарификационных проб
3. отмена гормональной терапии
4. острая респираторная вирусная инфекция
5. все вышеперечисленное

14. Синдром бронхиальной обструкции характерен для:
1. дистального острого бронхита

2. трахеобронхита
3. проксимального острого бронхита
4. острого бронхиолита

15. К ингаляционному препарату для купирования приступа бронхиальной астмы не относится:
1. беротек
2. сальбутамол
3. беродуал
4. теофедрин

16. При исследовании функции внешнего дыхания признаком обструкции является:
1. повышение МВЛ
2. снижение МВЛ
3. повышение ЖЕЛ
4. снижение индекса Тиффно
5. повышение индекса Тиффно

17. Приступообразный кашель со скудной, трудноотделяемой мокротой, дыхание с удлинѐнным выдохом, сухие свистящие хрипы, обратимая бронхиальная обструкция, наличие в мокроте спиралей куршмана характерно для:
1. острого обструктивного бронхита
2. хронического обструктивного бронхита
3. хронического необструктивного бронхита
4. бронхиальной астмы

18. К триаде симптомов, наиболее характерных для хобл, относятся:
1. выделение мокроты, кашель, одышка
2. кашель, боли в грудной клетке, одышка
3. выделение мокроты, боли в грудной клетке, одышка
4. легочная гипертензия, кашель, выделение мокроты

19. Показанием для госпитализации при обострении хобл не является:
1. внезапное развитие одышки в покое
2. тяжелые сопутствующие заболевания
3. увеличение количества отделяемой мокроты
4. пожилой возраст больного

20. В программу обязательных исследований при хобл в амбулаторных условиях не входит:
1. исследование ФВД
2. цитология мокроты
3. бронхоскопия
4. ЭКГ
5. клинический анализ крови

21. Больные бронхиальной астмой, легкое интермиттирующее течение при диспансерном наблюдении осматриваются:
1. 1-2 раза в год
2. 4 раза в год
3. 1 раз в два года
4. 1 раз в 5 лет

22. Больные хобл при диспансерном наблюдении осматриваются:
1. 1 раз в год 2.
2 раза в год
3. 4 раза в год
4. 1 раз в месяц

23. Наиболее достоверно указывает на наличие бронхиальной обструкции:
1. диффузионная способность легких (по CO2)
2. показатели максимальной вентиляции легких (МВЛ)
3. проба Тиффно
4. изменение жизненного объема легких

24. Синдром необратимой бронхиальной обструкции характерен для:
1. бронхиальной астмы
2. острого бронхита
3. хронического обструктивного бронхита
4. пневмонии

25. Для хобл не характерно:
1. перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком
2. инспираторная одышка
3. удлиненный выдох
4. сухие свистящие хрипы

26. Показания для госпитализации больных бронхиальной астмой:
1. астматический статус
2. для решения экспертных вопросов
3. при подозрении заболевания
4. все вышеперечисленное

27. Для интермитирующей бронхиальной астмы характерны:
1. ночные приступы 3 раза в месяц и реже
2. отсутствие симптомов и нормальная функция легких между обострениями
3. пиковая скорость выдоха 80% от должного, суточные колебания ее менее 20%
4. все вышеперечисленное

28. Для легкой персистирующей бронхиальной астмы характерны:
1. симптомы 1 раз в неделю или чаще, но реже 1 раза в день
2. ночные приступы чаще 2 раз в месяц
3. суточные колебания пиковой скорости выдоха 20-30%
4. все вышеперечисленное

29. Для тяжелой бронхиальной астмы характерны:
1 частые обострения
2. физическая активность ограничена из-за проявлений бронхиальной астмы
3. пиковая скорость выдоха менее 60: от должного, суточные колебания ее более 30%
4. все вышеперечисленное

30. Базисными препаратами для лечения бронхиальной астмы в условиях поликлиники являются:
1. фенотерол (беротек)
2. ингаляционные глюкокортикоидные препараты (беклометазон, будесонид)

3. производные метилксантинов (теопек, теотард, теофиллин)
4. анаприлин

31. Для купирования приступа бронхиальной астмы можно использовать:
1. веропомин
2. интал (кроме гликат натрия)
3. ингаляционные глюкокортикоиды
4. внутривенное введение эуфиллина, глюкокортикоидов

32. При диспансерном наблюдении больного, страдающего бронхиальной астмой средней тяжести, необходимы осмотры:
1. Аллерголога
2. Пульмонолога
3. Стоматолога
4. всех вышеперечисленных

33. Больные бронхиальной астмой, среде-тяжелое персистирующее течение при диспансерном наблюдении осматриваются:
1. 1 раз в год
2. 1 раз в 2 год
3. 2 раза в год
4. 3-4 раза в год

Тема №2. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке. Некоронарогенные заболевания сердца: амбулаторная диагностика, принципы лечения, врачебная тактика, медико-социальная экспертиза, диспансеризация, профилактика.

1. Какие лабораторные показатели дают основание предполагать наличие миокардиодистрофии?
1. лейкоцитоз
2. увеличенная СОЭ
3. высокий уровень фибриногена и фибрина в крови
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

2. Какие патологические состояния вызывают миокардиодистрофию?
1. голодание
2. физическое переутомление
3. климакс
4. хронический тонзиллит
5. все перечисленные

3. Какие признаки отличают миокардиодистрофию от других заболеваний сердца?
1. наличие воспалительного процесса в миокарде
2. сочетание нарушений метаболических процессов и воспаления в миокарде
3. патологические изменения метаболизма миокардиоцитов
4. нарушений коронарной гемодинамики
5. иммуноаллергическое поражение миокарда

4. Какие препараты нежелательно применять при лечении гипертрофической кардиомиопатии?
1. амиодарон

2. пропранолол
3. верапамил
4. нитроглицерин
5. все можно применять

5. Какие клинические особенности типичны для гипертрофической кардиомиопатии?
1. систолический шум в III-IV межреберье по левому краю грудины, усиливающийся при натуживании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина
2. систолический шум во II-III межреберье по правому краю грудины, ослабевающий при натуживании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина
3. систолический шум проводится на сосуды шеи
4. II тон над аортой ослаблен
5. все типичны

6. К какому заболеванию относится первично хроническое поражение сердца, проявляющееся выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка при отсутствии стенозов аорты, повышенного артериального давления с обязательной массивной гипертрофией межжелудочковой перегородки?
1. дилатационная кардиомиопатия
2. гипертрофическая кардиомиопатия
3. рестриктивная кардиомиопатия
4. миокардит
5. ИБС

7. Какие препараты нет смысла применять для лечения сердечной недостаточности у больных дилатационной кардиомиопатией?
1. метапролол
2. верошпирон
3. молсидамин
4. ретаболил
5. циклофосфан

8. Какие группы препаратов нет смысла применять для лечения сердечной недостаточности у больных дилатационной кардиомиопатией?
1. сердечные гликозиды
2. ингибиторы АПФ
3. мочегонные
4. конкурентные антагонисты альдостерона - верошпирон
5. глюкокортикоидные гормоны

9. Какие патологические процессы не участвуют в формировании клинической картины дилатационной кардиомиопатии?
1. нарушения ритма
2. сердечная недостаточность
3. тромбоэмболические осложнения
4. все участвуют
5. все не участвуют

10. Как называется первично хроническое некоронарогенное, невоспалительное, не связанное с нарушениями метаболических процессов заболевание сердца, проявляющееся диффузным поражением миокарда с резким снижением его сократительной способности и прогрессирующей дилатацией полостей:

1. рестриктивная кардиомиопатия
2. гипертрофическая кардиомиопатия
3. дилатационная кардиомиопатия
4. ИБС
5. миокардит

11. Купирование ангиозного приступа в условиях поликлиники включает:
1. нитроглицерин сублингвально
2. нитраты внутривенно капельно
3. спазмолитики
4. наркотические анальгетики

12. Тактика участкового врача при впервые возникшей стенокардии:
1. снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение
2. снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин 0,325 госпитализация
3. выдача направления на плановую госпитализацию
4. амбулаторное обследование.

13. Показания для госпитализации больных ИБС:
1. впервые возникшая стенокардия
2. стабильная стенокардия напряжения ФК III ст
3. стабильная стенокардия напряжения ФК II ст
4. проведения нагрузочных проб

14. Тактика участкового терапевта при подозрении на острый инфаркт миокарда:
1. купировать болевой синдром, снять ЭКГ на месте, аспирин и антитромбоцитарные препараты, срочная госпитализация по скорой помощи
2. ввести спазмолитики и проводить наблюдение
3. направить больного самостоятельно в стационар на госпитализацию
4. проводить амбулаторное лечение, а при неэффективности направить в стационар на госпитализацию

15. Для дилатационной кардиомиопатии клинически наиболее характерным являются:
1. симптомы тяжелой систолической недостаточности
2. приступы загрудинных болей с подъемами АД до 200/100 мм рт.ст.
3. частые головокружения с потерей сознания
4. неравномерный толчкообразный пульс, усиленный верхушечный толчок

16. Для рестриктивной кардиомиопатии наибольшие трудности в дифференциальной диагностике составляют:
1. стенокардия
2. констриктивный перикардит
3. неревматический миокардит
4. «гипертоническое» сердце

17. Для гипертрофической кардиомиопатии наиболее характерными ЭКГ- изменениями являются:
1. низкий вольтаж комплексов QRS
2. мерцание предсердий
3. глубокие S в отведениях V4-6
4. высокие зубцы R и инверсия T в V4-6

18. Для гипертрофической кардиомиопатии характерно:
1. повышение артериального давления
2. систолическая дисфункция левого желудочка
3. головокружения или сердцебиения с синкопальными состояниями
4. поражение аортального клапана

19. Для дилатационной кардиомиопатии характерно осложнение:
1. нарушение ритма сердца
2. артериальная гипертензия
3. бактериальный эндокардит
4. инфаркт миокарда

20. Для гипертрофической кардиомиопатии характерно осложнение:
1. тромбэмболия легочной артерии
2. нарушение ритма желудочков
3. острая левожелудочковая недостаточность
4. острое нарушение мозгового кровообращения

21. Лечение сердечной недостаточности при дилатационной кардиомиопатии включает в себя:
1. антагонисты кальция
2. ингибиторы ангиотензинпревращающего феремента
3. ингибиторы карбоангидразы
4. ингибиторы фосфодиэстеразы

22. Препаратами выбора для лечения гипертрофической кардиомиопатии являются:
1. нитраты
2. антагонисты кальция группы дигидропиридина
3. бета-адреноблокаторы
4. антикоагулянты
5. нестероидные противовоспалительные средства

23. Средством выбора при гипертрофической кардиомиопатии, осложненной частой желудочковой экстрасистолией и пароксизмами желудочковой тахикардии является:
1. хинидин
2. верапамил
3. амиодарон
4. дигоксин

24. При аускультации для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:
1. дующего пансистолического шума в точке Боткина
2. систолического шума над легочной артерией
3. позднего систолического шума у основания мечевидного отростка
4. диастолического шума на верхушке

25. Наиболее информативным методом среди нижеперечисленных при проведении дифференциальной диагностики между ишемической болезнью сердца и миокардиодистрофией является:
1. ЭКГ
2. эхокардиография
3. биопсия миокарда

4. велоэргометрия
5. лекарственные ЭКГ-пробы

26. Для больного нейроциркуляторной дистонией характерны:
1. полисиндромность клинических проявлении
2. благоприятный прогноз
3. основное нарушение – расстройство вегетативной регуляции
4. длительное течение
5. все ответы правильные

27. Причины развития миокардита при инфекционном заболевании
1. поражение миокарда возбудителем инфекции
2. воздействие токсинов
3. возникновение иммунопатологических реакций
4. всѐ перечисленное

28. Для нейройиркуляторной дистонии характерно:
1. поражение сосудов глазного дна
2. гипертрофия миокарда левого желудочка
3. лабильность пульса и АД
4. полная блокада левой ножки пучка Гиса
5. постоянная форма мерцательной аритмии

29. Для миокардита характерно:
1. появление за грудиной болей сжимающего характера при психоэмоциональном напряжении
2. значительное повышение уровня липидов в сыворотке крови
3. на ЭКГ в I стандартном отведении и в V1 - V2 глубокий зубец «Q»
4. ATV-блокада I степени и нарушение внутрижелудочковой проводимости
5. положительный клинический эффект от назначения нитроглицерина

30. Тактика врача при подозрении на инфаркт миокарда на амбулаторном приѐме:
1. направить на ЭКГ
2. вызвать скорую помощь
3. снять ЭКГ на месте, оказать неотложную помощь, вызвать кардиологическую бригаду скорой помощи
4. снять ЭКГ на месте, оказать неотложную помощь, вызвать транспортную машину скорой помощи для госпитализации больного
5. снять ЭКГ на месте, вызвать кардиологическую бригаду скорой помощи

31. Наиболее достоверный метод для выявления ибс в сомнительных случаях
1. ЭКГ
2. нагрузочный тест
3. ФКГ
4. эхокардиограмма
5. тетраполярная реография

32. Что относится к понятию «острый коронарный синдром»:
1. ИМ с подъемом сегмента ST
2. ИМ без подъема сегмента ST
3. ИМ, диагностированный по изменениям ферментов
4. нестабильная стенокардия

5 все перечисленное

33. При подозрении на острый коронарный синдром врач должен:
1. оказать первую помощь и госпитализировать больного
2. детально обследовать больного и принять вопрос о госпитализации
3. вести больного в амбулаторных условиях
4. направить больного в стационар дневного пребывания

Тема №3. Суставной синдром: дифференциальная диагностика. Диагностика и лечение воспалительных (ревматоидный артрит, реактивный артрит) и дегенеративных (первичный остеоартроз) заболеваний суставов в амбулаторных условиях, врачебная тактика, медико-социальная экспертиза, диспансеризация, первичная профилактика.

1. План обследования больного с подозрением на ревматоидный артрит включает:
1. определение мочевой кислоты в крови и моче
2. определение ревматоидного фактора
3. рентгенографию кистей
4. определение титра антистрептолизина О (АСЛ - О)

2. Диспансерному наблюдению у участкового терапевта подлежат больные:
1. ревматоидным артритом
2. подагрой
3. гонорейным гонитом
4. остеоартритом (остеоартрозом)

3. В этиологии первичного остеоартроза имеет значение:
1. реактивный артрит в анамнезе
2. гиперурикемия
3. травма сустава
4. тяжелый физический труд
5. все перечисленное верно

4. Какие методы местной терапии применяются у больных ревматоидным артритом?
1. аппликации 0,5% раствора димексида
2. местное нанесение мазей, содержащих НСПВ
3. инфильтрация околосуставных тканей новокаином с преднизолоном
4. электрофорез, фонофорез противовоспалительных средств
5. все вышеперечисленное

5. В каких случаях желательно применение сульфаниламидных противовоспалительных препаратов для лечения больных ревматоидным артритом?
1. у больных ревматоидным артритом с системными проявлениями
2. у больных ревматоидным артритом без системных проявлений
3. у больных с ревматоидным артритом, осложненным остеоартрозом
4. при всех упомянутых обстоятельствах
5. ни в одной из упомянутых групп больных

6. Какие из перечисленных лекарственных средств являются иммунодепрессантами, применяемыми для лечения ревматоидного артрита?
1. метотрексат
2. азатиоприн

3. циклофосфан
4. все перечисленные

7. Какой из приведенных критериев позволяет дифференцировать ревматоидный артрит и болезнь Рейтера в пользу ревматоидного артрита?
1. сочетание артрита с хроническим хламидийным уретритом, конъюнктивитом
2. асимметричное поражение пястно-фалангового сустава первого пальца стопы, голеностопного, коленного суставов
3. симметричное поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей рук
4. сакроилеит
5. подошвенный фасциит

8. Какие из приведенных критериев позволяют дифференцировать ревматоидный артрит и первичный остеоартроз в пользу ревматоидного артрита?
1. поражение преимущественно "нагруженных" суставов - тазобедренных, коленных
2. симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов без образования околосуставных узлов
3. поражение дистальных межфаланговых суставов с образованием околосуставных узлов Гебердена
4. все указанные критерии

9. Укажите степень активности ревматоидного артрита, если у больного имеет место утренняя скованность продолжительностью до 60 минут; незначительные гипертермия и припухлость суставов; СОЭ до 20-24 мм/час; СРБ (+); альфа-2-глобулины менее 12%?
1. О ст
2. I ст
3. II ст
4. III ст
5. сочетание приведенных признаков не используются для оценки активности ревматоидного артрита

10. Какие осложнения типичны для ревматоидного артрита?
1. вторичный амилоидоз
2. железоперераспределительная гипохромная анемия
3. вторичный остеоартроз
4. все вышеперечисленные

11.Какие суставы поражаются в начальный период ревматоидного артрита?
1. лучезапястные
2. пястно-фаланговые
3. проксимальные межфаланговые
4. ни один из перечисленных
5. все вышеперечисленные

12. Какие клинические проявления преобладают при остром начале ревматоидного артрита?
1. нарушения общего самочувствия, слабость, лихорадка
2. боли в суставах
3. скованность по утрам
4. все вышеперечисленные

13. Геберденовские узелки — это:
1. остеофиты дистальных межфаланговых суставов;
2. узелки при ревматоидном артрите
3. отложения мочевой кислоты при подагре
4. фиброзные изменения после тендовагинита
5. проявление паранеопластического синдрома при раке легкого

14. Рентгенологическими признаками остеартроза являются:
1. сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остефиты, кистовидные просветления в эпифизах
2. сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узуры
3. кисты в эпифизах
4. хондрокальциноз

15. Для артрита в отличие от артроза характерен следующий признак:
1. боли при движении
2. хруст в суставе
3. разрастание кости
4. отечность и повышение кожной температуры
5. ограничение подвижности

16. Наиболее часто при остеартрозе поражаются суставы:
1. лучезапястные
2. челюстно-лицевые
3. локтевые
4. пястно-фаланговые
5. коленные

17. Узелки Бушара являются проявлением остеоартроза:
1. проксимальных межфаланговых суставов кисти
2. дистальных межфаланговых суставов кисти
3. коленного сустава;
4. первого плюснефалангового сустава
5. локтевого сустава

18. Для остеоартроза характерны следующие лабораторные показатели: анемия
1. лейкоцитоз
2. лейкопения
3. тромбоцитопения
4. нормальные показатели крови

19. Средством базисной терапии при ревматоидном артрите является:
1. курантил
2. метатриксад
3. индометацин
4. никотиновая кислота

20. Показатель крови, характеризующий степень активности воспалительного процесса при суставном синдроме:
1. сиаловые кислоты
2. мочевая кислота
3. трансаминазы

4. холестерин
5. креатинин

21. Типичное клиническое проявление ревматоидного артрита:
1. утренняя скованность
2. боли по ходу позвоночника
3. «стартовые» боли
4. отёк 1 пальца стопы
5. наличие тофусов

22. Средством выбора лечения больного первичным остеоартрозом является:
1. алопуринол
2. Преднизолон
3. колхицин
4. хондропротекторы
5. Д-пенициламин

23. Больные ревматоидным артритом при диспансерном наблюдении осматриваются:
1. 1 раз в месяц
2. 1 раз в год
3. 4 раза в год
4. 2 раза в год

24. Больные с первичным остеартрозом крупных суставов при диспансерном наблюдении осматриваются:
1. 1 раз в год
2. 2 раза в год
3. 4 раза в год
4. 1 раз в месяц

25. В диагностике ревматоидного артрита имеет важное значение:
1. повышенное содержание мочевой кислоты
2. диспротеинемия
3. анемия
4. лимфоцитоз
5. обнаружение рогоцитов в синовиальной жидкости

26. Для ревматоидного артрита не характерно:
1. двустороннее поражение суставов
2. симметричность поражения
3. преимущественное поражение I плюснефалангового сустава
4. отсутствие поражение крестцово-подвздошного сочленения
5. подвывихи мелких суставов

Тема №4. Диспепсический синдром и абдоминальная боль: дифференциальная диагностика и тактика участкового врача в амбулаторнополиклинических условиях. Синдром раздраженной кишки: амбулаторная диагностика, лечение и реабилитация больных. Острый живот, врачебная тактика.

1. Какие средства могут способствовать нормализации микрофлоры кишечника у больных хроническим колитом?
1. бактисубтил 0,2 - по 1 капсуле 3 раза в день перед едой

2. лактобактерин по 3-6 доз 3 раза в день
3. бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день во время еды
4. все вышеперечисленные

2. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и неспецифического язвенного колита в пользу хронического колита?
1. боли в животе
2. расстройства стула
3. отсутствие системных поражений
4. можно все использовать
5. нельзя использовать ни один из упомянутых признаков

3. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и синдрома раздраженного кишечника в пользу хронического колита?
1. боли в животе
2. расстройства стула
3. признаки воспалительного процесса
4. можно все использовать
5. нельзя использовать ни один из упомянутых признаков

4. Какие отклонения в копрограмме не типичны для хронического колита?
1. положительная проба Трибуле на растворимый белок
2. слизь, лейкоциты, эпителий
3. сгустки крови
4. все типичны 5. все не типичны

5. Какие проявления не типичны для хронического колита?
1. снижение аппетита, похудение
2. пальпаторно вызываемые боли в животе по ходу толстой кишки
3. субфебрилитет
4. зуд кожных покровов

6. Какой синдром является ведущим в клинической картине хронического колита?
1. болевой синдром
2. синдром мальабсорбции
3. синдром мальдигестии
4. все перечисленные

7. Какая формулировка соответствует определению хронического колита?
1. хроническое воспалительное заболевание толстой кишки
2. хроническое заболевание со специфическими воспалительными морфологическими изменениями слизистой оболочки функций толстой кишки
3. хроническое заболевание с неспецифическими воспалительными изменениями слизистой оболочки, нарушениями моторной и секреторной функций толстой кишки
4. хроническое неспецифическое заболевание с нарушениями моторной функции толстой кишки
5. хроническое заболевание с нарушениями секреторной функций толстой кишки

8. Какие препараты из приведенных ниже оказывают центральное положительное координирующее действие на моторную функцию кишечника?
1. метоклопрамид (церукал)
2. домперидон (мотилиум)

3. все оказывают

9.Какие препараты следует назначать для оптимизации кишечной микрофлоры при хроническом энтерите?
1. бактисубтил
2. лактобактерин
3. бифидумбактерин
4. все вышеперечисленные

10. Какие изменения в копрограмме не типичны для хронического энтерита?
1. полифекалия
2. консистенция жидкая или полужидкая
3. цвет соломенно-желтый, золотистый, зеленовато-коричневый
4. стеаторея
5. прожилки крови

11. Какой синдром соответствует патологическому выделению в просвет кишки жидкости, белка, электролитов при хроническом энтерите?
1. синдром экссудативной энтеропатии
2. синдром мальабсорбции
3. синдром мальдигестии
4. все соответствуют

12. Какой синдром соответствует нарушениям процессов всасывания в тонкой кишке при хроническом энтерите?
1. синдром экссудативной энтеропатии
2. синдром мальабсорбции
3. синдром мальдигестии
4. все соответствуют

13. Какой синдром соответствует нарушениям процессов переваривания в тонкой кишке при хроническом энтерите?
1. синдром экссудативной энтеропатии
2. синдром мальабсорбции
3. синдром мальдигестии
4. все соответствуют

14. Какие средства показаны больным с синдромом раздраженного кишечника, страдающим диареей?
1. запаренные пшеничные отруби
2. мукофалк
3. иммодиум
4. форлакс
5. все показаны

15. Какие средства не показаны больным с синдромом раздраженного кишечника, страдающим запорами?
1. запаренные пшеничные отруби
2. мукофалк
3. форлакс
4. иммодиум
5. все показаны

16. В каких случаях диарея у больных с синдромом раздраженного кишечника считается хронической?
1. длительностью более 1 недели
2. длительностью более 2 недель
3. длительностью более 3 недель
4. длительностью более 4 недель
5. длительностью более 8 недель

17. В каких случаях диарея у больных с синдромом раздраженного кишечника считается острой?
1. длительностью до 2 дней
2. длительностью до 3 дней
3. длительностью до 1 недели
4. длительностью до 2 недель
5. длительностью до 3 недель

18. Какие факторы имеют значение в этиологии синдрома раздраженного кишечника?
1. психогенные
2. эндокринно-гормональные
3. токсические
4. алиментарные
5. все вышеперечисленные

19. Что такое "синдром раздраженного кишечника"?
1. функциональное расстройство кишечника, проявляющееся абдоминальным дискомфортом в сочетании с нарушениями дефекации
2. функциональное расстройство кишечника толстого и тонкого, проявляющееся болями в животе или абдоминальным дискомфортом
3. функциональное расстройство кишечника - толстого и тонкого, проявляющееся болями в животе или абдоминальным дискомфортом в сочетании с нарушениями длительности кишечного транзита и дефекации
4. функциональное расстройство тонкого кишечника, проявляющееся нарушениями длительности кишечного транзита
5. функциональное расстройство толстого кишечника, проявляющееся болями в животе и нарушениями дефекации
20. Сезонность болей в подложечной области типична для:
1. кардиальной язвы
2. рака желудка
3. пилорической язвы
4. обострения хронического гастрита

21. Кишечное кровотечение (мелена и неизменѐнная кровь в кале) при наличии интенсивной боли в животе характерна для:
1. аппендицита
2. прободной язвы желудка
3. приступа желчной колики
4. эмболии брыжеечных артерий

22. Диарея является частым симптомом:
1. язвенной болезни 12-перстной кишки
2. хронического панкреатита
3. ЖКБ 4. опухоли дистального отдела толстой кишки

23. Копрологический синдром, характерный для хронического панкреатита:
1. обильный жирный стул с гнилостным запахом, креаторея
2. стеаторея, амилорея
3. необильный кашицеобразный стул, креаторея, слизь, лейкоциты
4. обильный, жидкий, без патологических примесей стул
5. обильный светлый стул, нейтральный жир, жирные кислоты, мыла

24. Наиболее достоверным признаком обострения хронического панкреатита является:
1. боль в эпигастрии
2. коллапс
3. высокий уровень амилазы (диастазы) в крови и моче
4. гипергликемия
5. метеоризм

25. Причина синдрома кишечной диспепсии при панкреатите:
1. ахлоргидрия
2. уменьшение количества панкреатического сока и снижение его ферментативной активности
3. гиперамилаземия
4. увеличение моторики кишечника

26. Больные хроническим панкреатитом при диспансерном наблюдении осматриваются:
1. 2 раза в год
2. 1 раз в год
3. 4 раза в год
4. 1 раз в 2 года

27. Больные с нарушением всасывания в кишечнике при диспансерном наблюдении осматриваются:
1. 1 раз в месяц
2. 1 раз в год
3. 4 раза в год
4. 2 раза в год

28. Гиперспленизм – это:
1. увеличение размеров селезенки
2. уменьшение в периферической крови количества тромбоцитов
3. уменьшение в периферической крови гранулоцитов
4. панцитопения

29. Действие врача у постели больного на дому при подозрении на «острый» живот:
1. назначить анальгетики
2. назначить дополнительное обследование
3. срочно госпитализировать
4. назначить стационар на дому

Тема №5. Дифференциальный диагноз желтух и гепато-спленомегалии. Диагностика и лечение болезней печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей в амбулаторных условиях, врачебная тактика, медико-социальная экспертиза, диспансеризация, первичная профилактика. Неотложная помощь при печеночной колике.

1. Наиболее частыми проявлениями гиперспленизма при заболеваниях печени являются:
1. анемия
2. лейкопения
3. тромбоцитопения
4. спленомегалия
5. анемия, лейкопения, тромбоцитопения, спленомегалия

2. Какой метод наиболее эффективен для скрининговом диагностики бессимптомной формы желчнокаменной болезни желчнокаменного носительства?
1. рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с пероральным приемом рентгенконтрастных препаратов пероральная холецистография
2. рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с внутривенным введением рентгенконтрастных препаратов (внутривенная холецистография)
3. ультразвуковое исследование печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы
4. эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография-ЭРХПГ
5. радиоизотопная сцинтиграфия желчевыводящей системы

3. Какие методы применяются для лечения больных желчнокаменной болезнью с пигментным и известковым составом желчных камней?
1. длительная терапия препаратами желчных кислот (урсофалк, хенофалк)
2. экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия
3. лапаротомическая холецистэктомия
4. лапароскопическая (малоинвазивная) холецистэктомия
5. все вышеперечисленные методы

4. Какие осложнения могут возникнуть у больного желчнокаменной болезнью во время приступа печеночной колики?
1. механическая желтуха
2. острый панкреатит
3. острый холецистит
4. ни одно из перечисленных
5. все вышеперечисленные

5. Назначение каких препаратов не позволяет уменьшить тонус стенки желчного пузыря у больного желчнокаменной болезнью во время приступа печеночной колики?
1. платифиллин
2. нитроглицерин
3. атропин
4. мотилиум
5. всех перечисленных

6. Какой антибиотик обладает наименьшей способностью концентрироваться в желчи?
1. ампициллин
2. рифампицин
3. эритромицин
4. все перечисленные

7. Какие биохимические показатели подтверждают диагноз механической желтухи, вызванной калькулезной обструкцией внепеченочных желчных протоков?
1. высокий уровень конъюгированного билирубина в крови
2. высокое содержание холестерина в крови

3. высокая активность щелочной фосфатазы в крови
4. все перечисленные

8. Желчные конкременты какого состава могут уменьшать свои размеры при длительном лечении препаратами желчных кислот (хенофалк, урсофалк)?
1. пигментные
2. смешанные (холестерино-пигментно-известковые)
3. холестериновые
4. все желчные камни независимо от их состава
5. никакие не растворяются

9. При каких условиях в желчных путях формируются пигментные камни?
1. при рецидивирующем гемолизе и врожденной недостаточности глюкуронилтрансферазы гепатоцитов
2. при избыточном содержании в желчи холестерина
3. при недостаточном содержании в желчи желчных кислот
4. при длительном застое желчи в пузыре и протоках
5. при сахарном диабете

10. Наиболее информативный метод диагностики цирроза печени:
1. ультразвуковое исследование
2. компьютерная томография
3. обзорный снимок брюшной полости
4. биопсия печени

11. «Сосудистые звездочки», выявляемые при хроническом гепатите — это:
1. пальмарная эритема
2. кольцевидная эритема
3. телеангиоэктазии
4. узловатая эритема

12. Осложнение цирроза печени:
1. подпеченочная желтуха
2. сердечная недостаточность
3. кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка
4. язва желудка

13. Биохимический маркер второй стадии первичного билиарного цирроза печени:
1. общий билирубин
2. аланиновая трансаминаза
3. щелочная фосфатаза
4. гиперхолестеринемия

14. Зуд при желтухе связан с повышением в крови:
1. билирубина
2. солей желчных кислот
3. лецитина
4. фосфолипидов
5. щелочной фосфотазы

15. У больного с желтухой определяется билирубин в моче и светлый кал. Это совместимо с диагнозом:

1. гемолитическая желтуха
2. внутрипеченочный холестаз
3. синдром Жильбера
4. синдром Ротора

16. Наиболее часто в анамнезе у больных с билиарным типом дисфункци сфинктера Одди:
1. хронический гепатит;
2. холецистэктомия;
3. язва 12-перстной кишки;
4. хронический панкреатит;
5. хронический энтерит.

17. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:
1. Н2-блокаторы гистамина
2. де-нол
3. спазмолитические средства
4. беззондовые тюбажи
5. хирургическое лечение

18. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:
1. холекинетики
2. спазмолитики
3. хирургическое лечение
4. антациды
5. ферменты

19. Для подтверждения дисфункции сфинктера Одди используют метод исследования:
1. определение пассажа бария сульфата
2. фиброгастродуоденоскопия
3. сцинтиграфия печени
4. эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография

20. Характер желчи при хроническом холецистите:
1. кристаллы холестерина, билирубината кальция
2. хлопья, лейкоциты, десквамированный эпителий
3. большое количество густой желчи
4. эритроциты, лимфоциты

21. Если у больного хроническим холециститом появилась ноющая непрекращающаяся боль в правом подреберье, вероятнее всего развитие осложнения:
1. дисфункции желчных путей
2. хронического гепатита
3. хронического холангита
4. хронического колита
5. перихолецистита

22. К миотропным спазмолитикам относят:
1. аллохол
2. бускопан
3. мебеверин
4. гастроцепин
5. коринфар

23. Рациональная тактика участкового врача при приступе желчной колики у больных жкб:
1. госпитализация в хирургическое отделение по экстренным показаниям
2. купирование болей морфином
3. госпитализация в хирургическое отделение только при наличии желтухи
4. плановая консультация хирурга

24. Для механической желтухи характерно:
1. неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АсАТ, АлАТ
2. неконъюгированная гипербилирубинемия, резкое увеличение АсАТ, АлАТ, холестерина
3. конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение щелочной фосфатазы
4. неконъюгированная гипербилирубинемия
5. все выше перечисленное

25. Причиной мелены при наличии гепатомегалии может быть:
1. кровоточащая язва 12-и перстной кишки
2. кровотечение из расширенных вен пищевода
3. язвенный колит
4. геморрагический диатез

26. Больному с гипотонией желчного пузыря целесообразно назначить:
1. минеральные воды низкой минерализации
2. холагол, никодин
3. электрофорез с папаверином на область правого подреберья
4. в лечении не нуждается

27. Признаки, характерные для цирроза и первичного рака печени:
1. желтуха
2. бугристая печень
3. повышение уровня аминотрансфераз
4. все вышеперечисленное

28. К признакам надпеченочной желтухи не относится:
1. анемия
2. ретикулоцитоз
3. повышение в крови уровня щелочной фосфатазы
4. гипербилирубинемия (непрямая фракция)
5. уробилинурия

29. Асцит при циррозе печени появляется вследствие:
1. вторичного гиперальдостеронизма
2. гипоальбуминемии
3. портальной гипертензии
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

30. Для хронического холецистита в стадии обострения не характерен симптом:
1. Керра
2. ортнера
3. василенко-Лепене
4. мюсси
5. тужилина

31. При угрозе развития печеночной комы в пищевом рационе больного следует ограничить:
1. углеводы
2. белки
3. жиры
4. жидкость

32. Признаком цирроза печени не является:
1. гепатоспленомегалия
2. диспротеинемия
3. «сосудистые звездочки»
4. асцит
5. миокардиодистрофия

Тема №6. Мочевой синдром: дифференциальная диагностика. Методы диагностики заболеваний почек в амбулаторных условиях. Лечение хронического пиелонефрита, гломерулонефрита и хронической почечной недостаточности в амбулаторных условиях, врачебная тактика, медикосоциальная экспертиза, диспансеризация, первичная профилактика. Неотложная помощь при почечной колике.

1. Выраженная протеинурия может быть при:
1. амилоидозе почек
2. миеломной болезни
3. нефротическом синдроме любой этиологии
4. все вышеперечисленное

2. Изменения мочевого осадка могут быть при следующих заболеваниях и осложнениях:
1. остром гломерулонефрите
2. пиелонефрите
3. волчаночном нефрите при СКВ
4. все вышеперечисленное

3. Для хронического гломерулонефрита в анализах мочи характерны следующие изменения:
1. гематурия
2. протеинурия
3. цилиндрурия
4. все вышеперечисленное

4. Для хронического пиелонефрита без проявлений ХПН в анализах мочи характерны следующие изменения:
1. только снижение плотности мочи (удельного веса)
2. лейкоцитурия
3. бактерурия
4. только гематурия

5. При какой форме хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятный прогноз:
1. латентной
2. нефротической
3. смешанной
4. гипертонической

6. Для нефротического синдрома характерны показатели, кроме:
1. относительная гипоглобулинемия
2. гипопротеинемия
3. относительная альбуминемия
4. абсолютная гипоальбуминемия
5. гиперлипидемия

7. Какой из перечисленных признаков не характерен для нефротического синдрома?
1. лейкоцитурия более 4х106/л
2. протеинурия более 3,0 г/сут
3. цилиндрурия
4. гипопротеинемия
5. диспротеинемия

8. Какой из перечисленных показателей характерен для нефротического синдрома:
1. протеинурия более 3,0 г/сут
2. эритроцитурия 1х105/л - 1х106/л
3. лейкоцитурия более 4х106/л
4. протеинурия более 100 мг/сут
5. бактериурия более 1х105/мл

9. С помощью какого из перечисленных методов исследования определяется клубочковая фильтрация:
1. клиренс эндогенного креатинина
2. клиренс глюкозы
3. клиренс эндогенной мочевины
4. клиренс мочевой кислоты
5. клиренс белка

10. Скорость клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина в норме:
1. 80 - 120 мл/мин
2. 50 - 75 мл/мин
3. 125 - 145 мл/мин
4. 150 - 170 мл/мин
5. 180 - 200 мл/мин

11. Какой из перечисленных факторов вызывает уменьшение клубочковой фильтрации ниже 80 мл/мин:
1. уменьшение количества функционирующих нефронов
2. повышение артериального давления до 170/95 мм ртст
3. снижение артериального давления до 110/65 мм ртст
4. протеинурия более 100 мг/сутки
5. эритроцитурия 106/л

12. Объем первичной мочи (клубочкового ультрафильтрата) в норме:
1. 180 - 200 л
2. 250 - 300 л
3. 150 - 170 л
4. 130 - 140 л
5. 100 - 120 л

13. Что понимают под термином «дизурия»?

1. затрудненные, неприятные ощущения и болезненность при мочеиспускании, нарушение ритма мочеиспускания
2. мочеиспускание в ночное время
3. увеличение количества суточной мочи
4. уменьшение количества суточной мочи
5. нарушение соотношения дневного и ночного диуреза

14. Что понимают под термином «поллакиурия»?
1. учащенное мочеиспускание
2. затрудненное мочеиспускание
3. болезненное мочеиспускание
4. редкое мочеиспускание
5. мочеиспускание в ночное время

15. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для изостенурии?
1. 1010 - 1012
2. 1005 - 1015
3. 1012 - 1022
4. 1010 - 1020
5. 1020 - 1025

16. Что понимают под термином «гипостенурия»?
1. снижение удельной плотности мочи
2. понижение минутного диуреза
3. монотонность удельной плотности мочи
4. повышение удельной плотности мочи
5. понижение минутного диуреза при повышении удельной плотности мочи

17. Минимально допустимые колебания относительной плотности мочи в анализе по Зимницкому (суточный диурез 1200 мл, максимальная УП 1020):
1. 10 ед
2. 20 ед
3. 15 ед
4. 8 ед
5. 5 ед

18. Что представляет собой анализ мочи по Зимницкому?
1. определение колебаний к-ва и уд плотности в 3-часовых порциях мочи, выделенной в течение суток при обычном питьевом и пищевом режиме питьевом режиме
2. определение количества белка в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток
3. определение колебаний количества и удельной плотности в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток в условиях сухоядения
4. определение количества и удельной плотности суточной мочи
5. определение количества форменных элементов в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток

19. Что представляет собой анализ мочи по Нечипоренко?
1. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в 1 л мочи
2. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за сутки
3. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за час

4. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за минуту
5. определение количества мочи, выделенной за минуту

20. Диагностически значимым при хпн является?
1. увеличение мочевины и мочевой кислоты
2. увеличение креатинина крови
3. проба Реберга-Тареева: клубочковая фильтрация - 70 мл/мин
4. канальцевая реабсорбция - 94%
5. при микроскопии осадка мочи выявляются единичные гиалиновые цилиндры

21. Характерный диагностический признак хронического пиелонефрита?
1. бактериурия
2. протеинурия
3. гематурия
4. цилиндрурия
5. повышение альдостерона в суточной моче

22. Дизурия в анамнезе в большей степени характерна для:
1. хронического нефрита
2. хронического пиелонефрита
3. реноваскулярной гипертонии
4. феохромапитомы
5. амилоидоза почек

23. В дифференциальной диагностике гематурической формы хронического гломерулонефрита решающее значение имеет:
1. число микробных тел в моче
2. пункционная биопсия почек
3. УЗИ почек
4. общий анализ мочи

24. Информативный показатель нефротического синдрома:
1. величина протеинурии
2. уровень клубочковой фильтрации
3. величина креатинина сыворотки
4. уровень холестерина сыворотки

25. Больные хроническим гломерулонефритом при диспансерном наблюдении осматриваются:
1. 1 раз в год
2. 3 раза в год
3. 2-4 раза в год, в зависимости от тяжести заболевания
4. 4 раза в год

26. Основной этиологический фактор острого гломерулонефрита:
1. стафилококк
2. клебсиела
3. b-гемолитический стрептококк группы А
4. пневмококк

27. Клубочковая фильтрация в норме составляет:

1. 40-60 мл/мин
2. 60-80 мл/мин
3. 80-120 мл/мин
4. 150-170 мл/мин

28. Для латентной формы хронического пиелонефрита характерны:
1. интенсивные боли в поясничной области
2. АД 150/100 мм. рт. ст
3. анализ мочи: относительная плотность 1023, белок 3,5 г/л, лейкоциты 6-8 в п.зр., эритроциты 4 - 8 в п. зр., гиалиновые, восковидные цилиндры
4. Моча по Нечипоренко: лейкоциты 5000, эритроциты 500

29. Показатель, свидетельствующий о почечной недостаточности:
1. протеинурия более 3 г/л
2. протеинурия менее 1 г/л
3. относительная плотность мочи менее 1008
4. лейкоцитурия
5. уратурия

30. В патогенезе гипертензионного синдрома при остром нефрите ведущее значение имеет:
1. сужение почечных артерий (вазоренальный механизм)
2. гиперсекреция катехоламинов
3. задержка натрия и воды
4. увеличение уровня кортизола в крови

31. Для хпн не характерно:
1. тошнота
2. кожный зуд
3. кровохарканье
4. полиурия
5. сухость во рту

32. Признак, наиболее характерный для мочевого синдрома при хпн:
1. низкая протеинурия
2. глюкозурия
3. лейкоцитурия
4. гематурия

33. Макрогематурия, как проявление заболеваний почек, может иметь место при:
1. гломерулонефрите
2. МКБ
3. гипернефроме
4. туберкулезе почек
5. при всех перечисленных заболеваниях

34. При хпн может иметь место:
1. отеки
2. полиурия
3. никтурия
4. анемия
5. все вышеперчисленное

35. Синдром острого воспаления клубочков включает все, кроме:
1. боли в поясничной области с обеих сторон, гипертермия, моча цвета «мясных помоев»
2. мочевой синдром (протеинурия, микро- или макрогематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия)
3. нарушение системы свертывания крови (гипокоагуляция)
4. лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение α2- и γ-глобулинов, высокие титры антител к антигенам стрептококка
5. снижение клубочковой фильтрации

36. Больные хроническим пиелонефритом при диспансерном наблюдении осматриваются:
1. 2 раза в год
2. 4 раза в год
3. 1 раз в год
4. 1 раз в 2 года

37. Действие врача у постели больного на дому при подозрении на «острый» живот:
1. назначить анальгетики
2. назначить дополнительное обследование
3. срочно госпитализировать
4. назначить стационар на дому

Ответы на тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Тема №1. Бронхообструктивный синдром: дифференциальная диагностика. Диагностика и лечение бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в амбулаторных условиях, врачебная тактика, медико-социальная экспертиза, диспансеризация, первичная профилактика. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы и развивающемся астматическом статусе.

1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**9.**	**10.**
1,4	1,2	2,4	2	1-4	6	2	4	1,2	1-3
11.	**12.**	**13.**	**14.**	**15.**	**16.**	**17.**	**18.**	**19.**	**20.**
5	4	5	4	4	4	4	3	3	3
21.	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**	**27.**	**28.**	**29.**	**30.**
1	3	3	3	2	4	4	4	4	2
31.	**32.**	**33.**							
4	4	4							

Тема №2. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке. Некоронарогенные заболевания сердца: амбулаторная диагностика, принципы лечения, врачебная тактика, медико-социальная экспертиза, диспансеризация, профилактика.

1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**9.**	**10.**
5	5	3	4	1	2	5	5	4	3
11.	**12.**	**13.**	**14.**	**15.**	**16.**	**17.**	**18.**	**19.**	**20.**
1	2	1	1	1	2	4	3	1	2
21.	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**	**27.**	**28.**	**29.**	**30.**
2	3	3	1	4	5	4	3	3	3
31.	**32.**	**33.**							
2	5	1							

Тема №3. Суставной синдром: дифференциальная диагностика. Диагностика и лечение воспалительных (ревматоидный артрит, реактивный артрит) и дегенеративных (первичный остеоартроз) заболеваний суставов в амбулаторных условиях, врачебная тактика, медико-социальная экспертиза, диспансеризация, первичная профилактика.

1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**9.**	**10.**
2,3	1,2,4	4	5	2	4	3	2	2	4
11.	**12.**	**13.**	**14.**	**15.**	**16.**	**17.**	**18.**	**19.**	**20.**
5	4	1	1	4	5	1	4	2	1
21.	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**				
1	4	3	2	5	3				

Тема №4. Диспепсический синдром и абдоминальная боль: дифференциальная диагностика и тактика участкового врача в амбулаторнополиклинических условиях. Синдром раздраженной кишки: амбулаторная диагностика, лечение и реабилитация больных. Острый живот, врачебная тактика.

1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**9.**	**10.**
4	3	3	3	4	1	3	3	4	5

11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
1	2	3	3	4	4	5	5	3	3
21.	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**	**27.**	**28.**	**29.**	
4	2	1	3	2	1	4	4	3	

Тема №5. Дифференциальный диагноз желтух и гепато-спленомегалии. Диагностика и лечение болезней печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей в амбулаторных условиях, врачебная тактика, медико-социальная экспертиза, диспансеризация, первичная профилактика. Неотложная помощь при печеночной колике.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
5	3	5	5	4	3	4	3	1	4
11.	**12.**	**13.**	**14.**	**15.**	**16.**	**17.**	**18.**	**19.**	**20.**
3	3	3	2	2	2	3	1	4	2
21.	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**	**27.**	**28.**	**29.**	**30.**
5	3	1	3	2	2	4	3	4	5
31.	**32.**								
1	5								

Тема №6. Мочевой синдром: дифференциальная диагностика. Методы диагностики заболеваний почек в амбулаторных условиях. Лечение хронического пиелонефрита, гломерулонефрита и хронической почечной недостаточности в амбулаторных условиях, врачебная тактика, медикосоциальная экспертиза, диспансеризация, первичная профилактика. Неотложная помощь при почечной колике.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
4	4	4	2	3	1	1	1	1	1
11.	**12.**	**13.**	**14.**	**15.**	**16.**	**17.**	**18.**	**19.**	**20.**
1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
21.	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**	**27.**	**28.**	**29.**	**30.**
1	2	4	1	3	3	3	4	3	3
31.	**32.**	**33.**	**34.**	**35.**	**36.**	**37.**			
3	4	5	5	3	1	3			

Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов по дисциплине «Поликлиническая терапия»

1. У больного пневмонией ЧДД до 24 в мин., интоксикация нерезкая, температура 38°с, субъективные и объективные признаки воспаления легких выражены умерено. Рентгенологический процесс локализуется в 1-2 сегментах доли легкого. Количество лейкоцитов крови нормальное, небольшой сдвиг формулы влево; пульс 90 в мин., АД 110/70 мм.рт.ст.; на ЭКГ изменения миокарда,,увеличение альфа2-глобулинов. Фибриноген 65,7гл. Сиаловая кислота 280 ед., СРБ ++. Какой тяжести течения пневмонии соответствует приведенные данные:

а) легкой
б) средней
в) тяжелой

2.Больной со стабильной стенокардией напряжения 111 ФК, развившейся на фоне ГБ 11 ст., работает мастером цеха, возраст 54 года. Как следует решать вопросы нетрудоспособности:

а) может продолжать выполнять прежнюю работу
б) трудоустройство через ВКК
в) направить на МСЭК (111 группа инвалидности)
г) направить на МСЭК (11 группа инвалидности)
д) направить на МСЭК (1 группа инвалидности)

3. Одной из частых причин тахикардии у больного в астматическом состоянии является:

А Увеличесние P_{CO2} в крови.
Б Нарушение кислотно-основного состояния.
В Злоупотребление β-адреностимуляторами в аэрозоле.
Г Передозировка сердечных гликозидов.
Д Передозировка папаверина.

4. Дыхательную недостаточность диагностировать правильнее всего на основании:

А.Анамнеза.
Б.Физикального обследования больного.
В.Рентгенологического исследования грудной клетки**.**
Г.Исследования газового состава артериальной крови.
Д. Спирографического исследования.

5. При остро возникшей сердечной астме назначают:

А.Введение прессорных аминов.
Б.Фуросемид внутривенно.
В.Эуфиллин внутрь.
Г.Пропранолол внутрь.
Д.Ингаляцию симпатомиметика.

6. При постоянной форме мерцательной аритмии для урежения ЧСС используют:

А. Пропранолол.
Б. Дигоксин.
В. Кордарон.
Г. Новокаинамид.
Д. Изоптин.

7. Наиболее достоверным признаком острой задержки мочеиспускания, диагностируемом на догоспитальном этапе, является:
А. Не пальпируемый мочевой пузырь.
Б. Невозможность даже частичного опорожнения мочевого пузыря, часто сопровождающаяся мучительными и бесплодными позывами.
В. Тяжесть и боли внизу живота, поясничной области.
Г. Болезненное, частое мочеиспускание маленькими порциями.
Д. частое мочеиспускание с примесью крови.

8. На догоспитальном этапе наиболее типичными симптомами, характерными для спонтанного пневмоторакса, являются:
А. Отсутствие дыхания при аускультации на стороне заболевания.
Б. Жесткое дыхание и масса разнокалиберных влажных хрипов на стороне заболевания.
В. Боли за грудиной с иррадиацией влево и вниз.
Г. Чувство страха, возбуждение.
Д. Кашель с мокротой.

9. Эффективность дыхания на догоспитальном этапе в основном определяется:
А. Частотой и ритмом дыхания.
Б. Цветом губ и ногтевых лож.
В. Частотой пульса.
Г. Уровнем сознания.
Д. Всем перечисленным.

10. При гипертоническом кризе II типа целесообразно:
А. Снижение давления в течение 40-60 минут.
Б. Быстрое снижение давления за 2-5 минут.
В. Быстрое снижение давления с последующим введением препаратов пролонгированного действия.
Г. Снижение давления в течение суток.
Д. Все перечисленное.

Вариант 2

1. Тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда показана:

А. В первые сутки.

Б. В первые 2-3 часа.

В. При сопутствующей гипертензии.

Г. При синдроме Дресслера.

Д. При развитии кардиогенного шока.

2. Развитию астматического статуса чаще всего способствует:

А. Длительный прием симпатомиметиков.

Б. Длительный прием кортикостероидов.

В. Наличие сопутствующего бронхиальной астме хронического обструктивного бронхита.

Г. Физическая нагрузка.

Д. Сопутствующее поражение сердца.

3. Какие отделы сердца чаще всего гипертрофируются при артериальной гипертензии:

А. Стенки правого желудочка.

Б. Свободные стенки левого желудочка.

В. Межжелудочковая перегородка.

Г. Стенки правого предсердия.

Д. Стенки левого предсердия.

4. Какой симптом не характерен для нейровегетативного варианта гипертонического криза:

А. Возбуждение, беспокойство.

Б. Заторможенность, сонливость.

В. Ощущение дрожи в теле, озноб.

Г. Учащение мочеиспускания.

Д. Повышение преимущественно систолического АД.

5. Укажите на правильную тактику участкового терапевта при впервые возникшей стенокардии:

А. Амбулаторное лечение одним препаратом (1-я ступень) до улучшения.

Б. Амбулаторное лечение двумя препаратами (2-я ступень) до улучшения.

В. Амбулаторное лечение тремя препаратами (3-я ступень) до улучшения.

Г. Направление на стационарное лечение.

6. Приступообразный кашель со скудной, трудноотделяемой, стекловидной мокротой, дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы, обратимая бронхиальная обструкция, эмфизема легких, наличие в мокроте спиралей Куршмана характерны для:

А. Острого обструктивного бронхита.

Б.Хронического обструктивного бронхита.

В.Хронического необструктивного бронхита.

Г.Бронхиальной астмы.

Д.Бронхоэктатической болезни.

7. Появление приступа одышки после физической нагрузки, кашля с выделением пенистой розовой мокроты, влажных разнокалиберных хрипов с обеих сторон у больного с мерцательной аритмией, увеличенной печенью и отеками на нижних конечностях характерно для:
А.Приступа бронхиальной астмы.
Б.Острой левожелудочковой недостаточности.
В. ТЭЛА.
Г.Спонтанного пневмоторакса.
Д.Туберкулеза.

8. Более 90% случаев внезапной коронарной смерти связано с:
А.Экстрасистолией.
Б.Синусовой брадикардией.
В.Синусовой тахикардией.
Г.Пароксизмальной желудочковой тахикардией**.**
Д.Фибрилляцией желудочков.

9. Синдром уплотнения легочной ткани наблюдается во всех случаях, кроме
а) воспалительная инфильтрация лёгких
б) ателектаз лёгких
в) эмфизема лёгких
г) рак лёгких
д) обширный пневмоцирроз
е) инфаркт лёгкого

10. Синдрому уплотнения легочной ткани соответствуют данные физикального обследования:
а) усиление голосового дрожания, тимпанический перкуторный звук, амфорическое дыхание, влажные крупнопузырчатые хрипы
б) усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание
в) ослабление голосового дрожания, коробочный перкуторный звук, ослабленное везикулярное дыхание
г) голосовое дрожание не проводится, перкуторный звук тупой, дыхание не прослушивается

Ответы на тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Вариант 1

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
а	А,г	в	г	б	б	б	а	д	а

Вариант 2

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
б	а	б	б	г	д	б	д	д	в

Ситуационные задачи для ординаторов
по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Задача №1

К больной 54 года вызван на дом участковый врач. Больная жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной части, на головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость в правой руке, давящую боль в области сердца, перебои в сердечной деятельности, на одышку при физической нагрузке. Семь лет назад во время климакса впервые зарегистрировано повышение АД. Ухудшение связывает с перенесенным острым респираторным заболеванием. Объективно: больная повышенного питания, заторможена, речь невнятная, кожные покровы бледные, частота дыхания-20 в мин., дыхание везикулярное, пульс- 60 ударов в минуту, ритмичный, границы сердца расширены влево на 2 см., тоны приглушены, акцент 2-го тона на аорте, тоны ритмичные, систолический шум на верхушке, АД 180/130 мм. рт. ст..

Вопросы.

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Каковы экстренные мероприятия, необходимые для выведения больной из этого состояния.

Ответ к задаче № 1.

1.Преходящее нарушение мозгового кровообращения с вестибуло-атаксическим синдромом на фоне, осложненного (стенокардией) гипертонического криза 11 порядка.

2.Мероприятия:

-Нитроглицерин 1таб.(0.5 мг) сублингвально (или нитроминт-спрей)

-Ацетилсалициловая кислота 0,25 мг (разжевать)

-Фуросемид 2,0 в/м

-Нифедипин (коринфар, кордафлекс или др.) по 10 мг размельчить(внутрь каждые 30-40 мин. до эффекта)

АД резко не снижать (на 15 % от исходного)

-Мексидол 300 мл в/в капельно на 0,9 % физ. Растворе

-ЭКГ cito!

-Консультация невролога

-Решить вопрос о госпитализации

Задача № 2

Больная М., 32 года, предъявляет жалобы на приступы удушья до 3-4 раз в день, снимаемые ингаляциями беротека или в/в инъекциями эуфиллина, кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. Приступы удушья появились в прошлом году, в августе и сопровождались насморком, слезотечением. Отмечает появление экспираторной одышки и приступов удушья при контакте с домашней пылью. Последнее обострение началось 3 недели назад; амбулаторное лечение малоэффективно. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный тон с коробочным оттенком. В легких дыхание жестковатое, выдох удлинен, умеренное количество рассеянных свистящих хрипов, увеличивающихся при форсированном дыхании ЧДД=18 в мин. АД=130/80 мм.рт.ст.. В остальном без патологии.

Вопросы.

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования.

Ответ к задаче №2.

1.Астма, атопический вариант, неконтролируемое течение.

Сезонный поллиноз, аллергия на домашнюю пыль.

2.План обследования:

-Спирометрия
-Пикфлуометрический мониторинг
-Консультация аллерголога
-Проведение аллергологического обследования на:
а) .IgE общий и специфический
б).иммуноферментные методы-исследование эозинофильного катионного протеина, интерлейкинов)
в).концентрацию оксида азота в выдыхаемом воздухе
г).Скарификационные для выявления аллергенов , а лучше иммунологические методы определения ингаляционных аллергенов.
д).R-графия органов грудной клетки для исключения симптомосходных патологий.
е).В условиях стационара или пульмоСКАЛа проведение провокационных проб (с метахолином) и бронхолитиками.
ж).В дальнейшем консультация аллерголога-иммунолога о решении вопроса необходимости СИТ (системной иммунотерапии) ,учитывая молодой возраст и небольшой стаж БА.

Задача № 3

Больной К., 32 года, заболел несколько часов назад. В первые же часы температура тела поднялась до 39,8°С, появилась головная боль в области лба и висков, боль в глазных яблоках, ломота в теле, резкая слабость, сонливость, головокружение. При осмотре определяются гиперемия и одутловатость лица, выраженная инъекция сосудов склер, цианоз губ, слизистых оболочек. Тоны сердца ясные, брадикардия. ЧСС-58 в мин..АД-105/70 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, ЧДД-24 в мин.. Появился трахеит на следующий день.
Вопросы.
1.Выделите основные синдромы.
2.Поставьте предварительный диагноз.
3.Составьте план лечения.
Ответ к задаче № 3.
1.У больного определяется синдром выраженной токсикоинфекции, катаральный синдром трахеита.
2.ОРВИ, гриппозной этиологии(клинически) средней степени тяжести.
Больной отмечает, что на работе большая часть сотрудников перенесла подобное заболевание; есть заболевание в семье и среди соседей.
3.Необходимо:
-изоляция больного в домашних условиях
-обильное питье: минеральная вода, зеленый чай, фруктовые соки, напитки из калины, малины.
-легкоусвояемые продукты
Этиотропное лечение:
-арбидол или другие противовирусные препараты
-симптоматические средства: противокашлевые препараты

Задача № 4

К больному А., 18 лет, студенту университета был вызван участковый терапевт в связи с появлением у него высокой температуры тела (38,2°С), серозного насморка, болей в гортани. При обследовании определяется небольшая гиперемия лица, признаки умеренно выраженного ринита и ларингита. Пульс -76 в мин., ритмичный. АД-115/70 мм.рт.ст.., тоны сердца ясные, ритмичные. В легких нормальное везикулярное дыхание. Лимфоузлы не увеличены.
Вопросы.

1.Выделите основные синдромы.
2.Поставьте клинический диагноз.
3.Составьте план лечения.

Ответы к задаче № 4.

1.У больного имеются: лихорадочный синдром и катаральные синдромы ринита и ларингита.
2.ОРВИ, парагриппозной этиологии средней степени тяжести, не осложненная форма.
3.Лечение:
Базисная терапия:
-изоляция больного в домашних условиях
-обильное питье: минеральная вода, зеленый чай, фруктовые соки, напитки из калины, малины.
-легкоусвояемые (молочно- растительные) продукты
Этиотропное лечение:
-арбидол по 200 мг. 4 раза в сутки 3-4 дня
Симптоматические средства:
-сосудосуживающие капли
-парацетамолсодержащие препараты.

Задача № 5.

В поликлинику обратился пациент А., 32 лет, с жалобами на кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты, колющие боли в левой половине грудной клетки, повышение температуры тела до 38,5 градусов. Вышеуказанные жалобы появились три дня назад, после эпизода переохлаждения. Дома самостоятельно принимал аспирин, парацетамол. При объективном обследовании выявлено тахипноэ 24 в минуту, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, притупление перкуторного звука слева по задней подмышечной и лопаточной линиям ниже 8 ребра, в этой же зоне – усиленное голосовое дрожание и бронхиальное дыхание. По остальным органам и системам без особенностей.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?
Укажите план обследования для данного пациента.
Нуждается ли пациент в госпитализации?
Назначьте больному лечение.
Длительность диспансерного наблюдения

Ответ к задаче № 5:

Внебольничная пневмония пневмококковая? левосторонняя нижнедолевая, лёгкой степени тяжести ДН 0.
Общий анализ крови
Общий анализ мочи
Печёночные пробы, Алт,Аст
Бактериоскопия мазка мокроты
Рентгенография грудной клетки
В госпитализации больной не нуждается. Возможно лечение на дому при условии адекватного ухода.
Лечение
постельный режим, обильное питьё, антибактериальная терапия (например амоксиклав 1,0* 2 раза в день в течение 10 дней), муколитики, жаропонижающие средства витамины.
Диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев в случае неосложнённого течения

Задача № 6

Больная Н., 67 лет, обратилась с жалобами на повышение температуры до 38,8 градусов, кашель с отделением "ржавой мокроты", одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, колющие боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле. Заболела остро, 2 дня назад. При объективном обследовании: умеренно выражена интоксикация, тахипноэ до 26-28 в минуту, ЧСС 95 в мин.отставание правой половины грудной клетки при дыхании, притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания справа ниже угла лопатки, в этой же зоне выслушивается крепитация. При рентгенологическом исследовании выявлена инфильтрация легочной ткани в проекции нижней доли правого легкого в объеме трех сегментов, в общем анализе крови лейкоцитоз 12,0*109 /л.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Какие данные анамеза важны для уточнить этиологии заболевания?

Нуждается ли пациентка в госпитализации?

Ответ к задаче № 6:

Внебольничная пневмония пневмококковая? (вызванная гемофильной палочкой) правосторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести ДН1.

Важен эпид. анамнез, возраст, вредные привычки,сопутствующие заболевания, недавнее пребывание в стационаре.

Больная нуждается в госпитализации

Задача № 7

Больной А. 55 лет, предъявляет жалобы на кашель с трудно отделяемой мокротой особенно по утрам в течение 7 лет, появление «свистящего» дыхания в груди и одышки при выполнении тяжелой физической работы, частые «простуживания» (до 3-4 раз в год) в течение последних 2 лет. Предыдущее обострение было 1,5 месяца назад, лечился самостоятельно: принимал сумамед. Работает на рынке предпринимателем (продает бытовую химию).

После переохлаждения отмечает ухудшение состояния: усилился кашель, увеличилось количество отделяемой мокроты в течении дня, мокрота приняла вязкий характер, желтоватый цвет, с трудом отделяется. Отмечает свистящее дыхание и усиление одышки (характеризует ее как затрудненное дыхание). По утрам отмечает слабость, влажную подушку после ночи, а в течение дня - снижение работоспособности.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, признаков интоксикации нет, температура тела нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. В легких : дыхание с жестковатым оттенком, при форсированном выдохе – единичные сухие свистящие хрипы. ЧДД-20 в минуту, ЧСС- 90 ударов в минуту, тоны сердца слегка приглушены, перкуторные границы в норме. Печень и селезенка нормальных размеров, не пальпируются.

В крови: лейкоциты: 8,5 х 10 9/л, эозинофилы- 6%. В мокроте: лейкоциты- 15-20 в поле зрения, клетки плоского эпителия- 8-10 в поле зрения, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана не обнаружены.

На рентгенограмме органов грудной клетки: корни легких расширены, структурны. Тень сердца в пределах нормы.

При проведении вентилометрии на приеме выявлено: ЖЕЛ- 77% от должн., ОФВ 1- 68%, индекс Тиффно- 70%, ПСВ- 73% от должн. Проведена проба с сальбутамолом через спейсер(400 мкг/дозу): прирост ОФВ 1 составил 4% (проба с бронхолитиком отрицательная).

ВОПРОСЫ:

Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

Рекомендации пациенту.

Назначьте лечение
Оформите схему диспансерного наблюдения.

Ответы к задаче № 7:

1.Диагноз: хронический обструктивный бронхит с частыми обострениями, средней степени тяжести, стадия обострения (инфекционного), ДН 1 степени.

Данный диагноз поставлен на основании следующих данных: длительности течения характерной респираторной симптоматики, наличия свистящих хрипов, характерных изменений на рентгенограмме, наличия обструктивно-рестриктивного типа нарушения бронхиальной проходимости, отрицательной пробы с бронхолитиком. На наличие инфекционного обострения указывают: усиление респираторной симптоматики (увеличение объема и гнойности мокроты), подтвержденного увеличением доли лейкоцитов по отношению к плоскому эпителию в анализе мокроты, усиление одышки при физ. нагрузке, увеличение ЧСС, а также неспецифические признаки: утомляемость, слабость, симптом «влажной подушки».

Степень тяжести определена по функциональным параметрам: (ОФВ 1 в диапазоне 50-69%д.) и равна 68%д. Диспноэ по данным опроса по шкале Флетчера (корреляция со степенью физ. нагрузки) соответствует 1ст.-легкое диспноэ.

2. Выписать листок нетрудоспособности сроком на 10-14 дней с лечебными рекомендациями.

3.Пациенту показаны антибиотики из группы респираторных фторхинолонов, т.к. он предлечен антибиотиком из группы макролидов. Показаны бронхолитики (Атровент), муколитики желательно из группы карбоцистеина, необходимо применение курсами иммунокорректоров (бронхомунал и др.).

3. Рекомендации: избегать переохлаждения и контакта с аэрозолями и пылевыми частицами химического происхождения. Решить вопрос с участковым терапевтом о ежегодной вакцинации от гриппа и проведении пневмококковой вакцинации.

4. Схема диспансерного наблюдения: осмотр терапевта 4 раза в год, пульмонолог, стоматолог, отоларинголог, онколог- по показаниям. Общий анализ крови, мочи, мокроты на ВК – 3 раза в год, ЭКГ и спирометрия – 2 раза в год.

Задача №8.

К больной 54 лет вызван на дом участковый терапевт. Пациентка жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, на головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость в правой руке, давящую боль в области сердца, перебои в сердечной деятельности, на одышку при физической нагрузке. Семь лет назад во время климакса впервые зарегистрировано повышение артериального давления. Ухудшение связывает с перенесенным острым респираторным заболеванием.

Объективно: больная повышенного питания, заторможена, речь невнятная, снижение мышечного тонуса в правой верхней конечности, кожные покровы бледные, частота дыхания – 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 60 в 1 минуту, ритмичный. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см, тоны приглушены, акцент 11 тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД 180 /130 мм рт. ст. на обоих предплечьях.

Вопросы:

Сформулируйте предварительный диагноз.

Каковы экстренные мероприятия, необходимые для выведения больной из этого состояния?

Ваша дальнейшая тактика ведения больной.

Ответы к задаче №8:

Гипертоническая болезнь 111ст., артериальная гипертензия 11 ст., риск 4. Нарушение мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом. ХСН 11А, 111 ФК.

Антигипоксанты (мексидол, ноотропил, глицин); антиагреганты (аспирин); для снижения диастолического артериального давления – клофелин.
Госпитализация в нейрореанимацию спецбригадой скорой помощи.

Задача №9.

У больного Г., 65 лет , после небольшой физической нагрузки появились сильные боли в эпигастрии, резкая общая слабость, чувство нехватки воздуха, сердцебиение. В течение последних 5 лет находится на диспансеном учете по поводу ИБС, регулярно принимает медикаменты. Последнее ухудшение было две недели назад.. В течение последних 8 лет отмечает повышение АД, достигающего уровня 1600/100 мм рт.ст..
Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, чистые, покрыты холодным потом. Видимые слизистые цианотичны. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Пульс 108 ударов в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 100/ 80 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Голени пастозны. Физиологические отправления не нарушены. На ЭКГ – патологический зубец Q во 11, 111 и aVF отведениях.
Вопросы:
1.Сформулируйте предварительный диагноз.
2.Каковы экстренные мероприятия, необходимые для выведения больной из этого состояния?
3.Ваша дальнейшая тактика ведения больной.
Ответы к задаче №9:
1.Q-образующий инфаркт миокарда с локализацией в области нижней стенки левого желудочка.
2.Нейролептаналгезия, антиагреганты, бета – адреноблокаторы, при отсутствии противопоказаний – тромболитики.
3.Госпитализация в кардиореанимацию спецбригадой скорой помощи.

Задача № 10.

На прием к участковому терапевту пришел бльной Н., 55 лет, слесарь на заводе. Предъявляет жалобы на загрудинный дискомфорт, сердцебиение, одышку при подъеме на 11-й этаж лестницы. Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые появились загрудинные боли, пользуется нитроглицерином. Постоянная терапия не проводится. Последнее ухудшение связывает с психо - эмоциональным стрессом на работе.
Объективно: правильного телосложения, повышенного питания, индекс массы тела 30,8. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 84 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 135/85 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, акцент 11 тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Ортнера отрицательный. Голени пастозны. Физиологические отправления в норме.
Вопросы:
1Сформулировать диагноз
2.Назначить амбулаторное лечение и обследование.
3.Решить вопросы нетрудоспособности.
Ответы к задаче № 10:
1.ИБС. Стенокардия напряжения 11 ФК.ХСН 11А, 3ФК..
2.Ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, липиднижающая терапия. Обследование должно включать: общие анализа крови, мочи, холестерин, триглицериды, ЛПВП эхоКГ, ЭКГ.

3.Выдать листок нетрудоспособности , ориентировочные сроки пребывания на больничном листе – 10 – 12 дней.

Задача №11.

Больной С., 64 лет находится на диспансерном учете у терапевта в течение 10 лет по поводу ИБС. Работает инженером - конструктором в научно-исследовательском институте. В течение последних двух недель усилилась одышка при физической нагрузке (подъем на второй этаж), слабость, боли в области сердца, за это время трижды применял нитроглицерин с хорошим эффектом, сердцебиение, «перебои» в области сердца.

Объективно: Правильного телосложения, повышенного питания , ИМТ 31,8 кг/м². Кожные покровы чистые, кожных высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 90 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительных характеристик. АД 145/90 мм рт.ст. на правом и левом предплечье. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон влажные хрипы, частота дыхательных движений 22 в 1 минуту. В сердце аускультативно тоны приглушены, легкий акцент 11 тона над аортой. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется, симптом Ортнера отрицательный. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз.
2. Назначить лечение.
3. Провести экспертизу временной нетрудоспособности.

Ответы к задаче №11:

ИБС. Стенокардия напряжения 11 ФК. Артериальная гипертензия 1 ст. ХСН 11А, ФК 111. Ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, мочегонные (индапамид), при нарушении липидного обмена – статины.

Оформить листок нетрудоспособности на срок до 10 – 12 дней и в дальнейшем выписать на работу с лечебными рекомендациями.

Задача № 12.

На прием к участковому терапевту обратилась больная Т., 58 лет с жалобами на одышку при физической нагрузке, головные боли, мелькание мушек перед глазами, кашель с небольшим количеством мокроты, слабость. С 30-летнего возраста страдает гипертонической болезнью, постоянно принимает гипотензивные препараты, однако периодически АД повышается до значений 180/110 мм рт.ст.. В 2005 году перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, по поводу чего лечилась в неврологическом отделении БСМП, реабилитация была проведена в три этапа (стационар, санаторий, поликлиника).

Объективно: правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы чистые, определяется цианоз губ. Пульс 84 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 160/100 мм рт.ст. на обоих предплечьях. Частота дыхания 23 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах влажные хрипы, перкуторно легочный звук. Границы относительной сердечной тупости расширены влево, аускультативно – тоны сохранены, ритмичны, акцент 11 тона на аорте. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, печень у края реберной дуги, мягкой консистенции, край закруглен. Селезенка не пальпируется. Голени пастозны. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз.
2. Назначить обследование и лечение.
3. Решить вопрос о возможности санаторно – курортного лечения.

Ответы к задаче № 12:

Гипертоническая болезнь 111 стадии, артериальная гипертензия 11 степени, риск 1У (очень высокий). ХСН 11Б, ФК111.
Общие анализы крови и мочи, глюкоза крови, общий холестерин, ЛПВП, триглицериды, ЭКГ, эхоКГ, конс3льтация невролога, окулиста.
Ингибиторы АПФ в комбинации с индапамидом, бета-адреноблокаторы (очень малые дозы), петлевые диуретики или диувер 1 – 2 раза в неделю, статины.
3. Санаторно – курортное лечение противопоказано.

Задача № 13.

Больную К. 68 лет в течение 5 лет беспокоили боли при ходьбе в коленных и голеностопных суставах, усиливающихся к вечеру и уменьшающихся ночью, и после приема диклофенака, вольтарена.
Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост-160 см, масса тела-89 кг), припухлость и незначительное ограничение движений в коленных и голеностопных суставах, хруст при движении в них. Кожа над суставами не гиперемирована , обычной температуры. Отмечаются узелки Гебердена. Со стороны внутренних органов без патологии.
При лабораторном исследовании:
ОАК: в пределах нормы.
Биохимия крови: Ревматоидный фактор- отр., мочевая кслота- 250 мкмоль/л.
Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, множественные остеофиты, остеосклероз.
Вопросы :
1. Поставьте предварительный диагноз больному.
2. Назначьте лечение.
3. Дайте медицинские рекомендации пациенту.

Ответы к задаче № 13:

1. Диагноз: Первичный деформирующий остеоартроз коленных и голеностопных суставов, с минимальными признаками синовиита. Ожирение 1 ст.

В пользу диагноза необходимо отнести следущее: пожилой возраст больной, поражение преимущественно крупных суставов нижних конечностей, несущих большую механическую нагрузку, ожирение (индекс массы тела- 34,7), отсутствие выраженных деформаций суставов, рентгенологические данные, подтверждающие деформирующий остеоартроз, нормальные показатели СОЭ, наличие узелков Гебердена.
2. Учитывая настоящий статус больной (минимальные проявления артрита)и данные лабораторных исследований, в которых нет патологических отклонений, в назначении НПВП нет необходимости. Показано курсовое базисное лечение хондропротекрорами (румалон, хондроитин сульфат, артрон и т.д), т.к. данные препараты способны усиливать восстановительные процессы в пораженных хрящах.
Необходимы физиолечение: фонофорез с гирдрокортизоном, лазеро- и магнитотерапия. Вне обострения показаны бальнеологические и грязевые курорты (ежегодно). Воможно применение фитотерапии и гомеопатических препаратов.
3. Рекомендации пациенту: Снизить вес, избегать травм суставов, при травматизации-своевременное и правильное лечение, не переохлаждаться, носить удобную обувь, своевременно ремонтировать каблуки , пользоваться ортопедическими пособиями (наколенниками), спать на полумягкой постели с низкой подушкой, не присаживаться на низкие и/или мягкие кресла, диваны.

Задача № 14.

Больной С., 45 лет, обратился к кардиологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли жгучего характера, которые локализуются за грудиной, не имеют четкой

связи с физической нагрузкой и возникают сразу после приема пищи, боли не проходят после приема нитроглицерина (который больной начал принимать самостоятельно); а также на изжогу, чувство тяжести и переполнения в эпигастральной области после еды, отрыжку воздухом и съеденной пищей. Болен в течение 6 месяцев, ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. АД 125/85 мм.рт.ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца слегка приглушены ритмичные. В легких без патологии. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень по краю правой реберной дуги, край ровный, при пальпации безболезненный. Стул, со слов больного, без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Составьте план обследования данному больному согласно стандартам диагностики?
3. Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями необходимо провести?
4. Определите тактику ведения данного больного, стандарты лечения.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациенту?

Ответы к задаче № 14.

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.
2. Внутрипищеводная, эзофатогастродуоденоскопия, pH – метрия, R – скопия пищевода и желудка + в положении по Тренделенбургу, ЭКГ; Общий анализ крови; биохимия крови; общий анализ мочи.
3. ИБС, стенокардия напряжения, язвенная болезнь.
4. Прокинетики, антисекреторные препараты (ингибиторы протонной помпы или Н2 блокаторы) в зависимости от результатов дополнительного обследования, антациды (фосфалюгель, маалокс и др).
5. Спать с приподнятым головным концом кровати на 10-15 см, не лежать после еды в течение 1,5 часов, прием пищи 4-5 раз в день небольшими порциями, последний прием не позже, чем за 2 часа до сна. Не носить тугой стягивающей одежды, тугих поясов, снизить массу тела, прекратить курение и прием алкоголя.

Задача № 15.

Больной З., 23 лет, студент ВУЗа, обратился к врачу поликлиники по месту жительства с жалобами на боли и дискомфорт в подложечной области, возникающие натощак, иногда изжогу. Тошноты рвоты не было. Стул регулярный оформленный. Аппетит не изменен. Из анамнеза – считает себя больным в течение около 3-х месяцев, когда впервые стали возникать вышеуказанные жалобы. За медицинской помощью не обращался, не обследовался, не лечился. Курит по пачке сигарет в день в течение 2-х лет. Алкоголь употребляет по праздникам (со слов больного). Двоюродный дядя страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Объективно: правильного телосложения, слегка пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

ВОПРОСЫ:

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями (состояниями, синдромами) следует проводить дифференциальную диагностику у данного больного?
3. Следует ли уточнить у больного некоторые анамнестические данные?
4. Каков план обследования больного согласно стандартам диагностики?
5. Какова тактика дальнейшего ведения больного, рекомендации. Возможности медикаментозной и немедикаментозной терапии. Основные группы лекарственных

препаратов, схемы лечения, согласно стандартам лечения.

Ответы к задаче № 15:

1. Учитывая жалобы больного, анамнез, результаты физикального обследования можно предположить наличие у больного язвенной болезни 12 перстной кишки.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с хроническим гастритом, дуоденитом, неязвенной диспепсией, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, раком желудка.
3. Да, следует уточнить регулярность приема пищи, частоту употребления кофе, крепкого чая, алкоголя, стрессовых ситуаций.
4. Общий анализ крови и мочи, кала на скрытую кровь, железо сыворотки, ФГС с обязательной полипозиционной биопсией и морфологическим исследованием слизистой + второй метод для диагностики геликобактерной инфекции, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, Ph метрия.
5. При подтверждении диагноза язвенной болезни и в случае выявления гастрита, ассоциированного с HP, согласно Маахстрихскому соглашению 3 (2005 г.) и стандартам терапии лекарственные схемы для эрадикации HP 1 –й линии включают ингибитор протонной помпы (рабепразол 20 мг или омепразол 20 мг или эзомепразол в дозе 40 мг 2 раза в сутки или лансопразол 30 мг 2 раза в день) + амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней.

Задача №16

Больной Е., 57 лет, предъявляет жалобы на отеки верхних и нижних конечностей, периодически нехватку воздуха, сердцебиение, боли в суставах кистей рук, голеностопных, коленных суставах, никтурию. Из анамнеза: более 20 лет страдает ревматоидным полиартритом, принимает 30 мг преднизолона в сутки. По данным общего анализа мочи: суточный диурез – 1600 мл, удельный вес – 1007, белок – 2,8 г/л, лейкоциты – 4-7 в поле зрения, эритроциты – 4-5 в поле зрения. Общий анализ крови: нормохромная, нормоцитарная анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ = 30 мм/ч. Биохимия крови: глюкоза 4,2 мМоль/л, креатинин 0,088 мМоль/л, мочевина 6,5 мМоль/л, тимоловая проба 6 ед., общий холестерин 6,8 мМоль/л, общий белок 53 г/л.

ВОПРОСЫ:

Поставьте предварительный диагноз больному.

Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек?

Скорректируйте лечение ревматоидного полиартрита с учетом поражения почек.

Ответы к задаче № 16:

1. У больного имеется нефротический синдром (отеки, протеинурия, гипопротеинемия, гиперлипидемия), связанный, вероятно, с развитием вторичного амилоидоза на фоне длительно существующего хронического воспалительного заболевания – ревматоидного полиартрита.
2. Помимо обязательных инструментальных методов исследования (УЗИ почек, экскреторная урография, ренография), которые необходимы для исключения другого генеза патологии почек, необходимо верифицировать диагноз амилоидоза с помощью биопсии. Наиболее достоверна пункционная биопсия почек. Возможно также проведение биопсии печени, слизистой десны или прямой кишки.
3. Необходимо отменить пероральный прием глюкокортикоидов, которые ускоряют прогрессирование амилоидоза, перейти на парентеральное введение. С целью замедления прогрессирования амилоидоза предусмотреть назначение колхицина, цитостатиков, аминохинолиновых производных, унитиола.

Задача № 17.

Больной К., 22 лет, вызвал врача на дом с жалобами на слабость, головные боли, повышение температуры тела до 37,5 С, отеки нижних конечностей, лица. Ранее заболеваниями почек не страдал, в анамнезе частые ангины, последнюю перенес около месяца назад. Объективно: состояние ближе к средней тяжести, АД 170/100 мм.рт.ст., диурез 1000 мл/сут, дизурических явлений нет, симптом поколачивания слабо положителен с обеих сторон, почки не пальпируются. Общий анализ мочи: моча светло-розового цвета, реакция мочи кислая, удельный вес 1010, белок 0,5 г/л, лейкоциты 2 – 3 в поле зрения, эритроциты 50 – 80 в поле зрения, циллиндры 3-4 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз больному.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек?
3. Наметьте план лечения.

Ответы к задаче № 17:

На основании анамнеза (связь заболевания почек с перенесенной ангиной), наличия гематурии, протеинурии, гипертензии, отеков, предварительный диагноз: острый гломерулонефрит, хронический декомпенсированный тонзиллит.

Помимо обязательных инструментальных методов исследования (УЗИ почек, экскреторная урография, ренография), которые необходимы для исключения иного генеза патологии почек, желательно верифицировать диагноз с помощью пункционной биопсии почек. Кроме того, необходимы консультации врача-отоларинголога и стоматолога (с целью санации очагов инфекции), окулиста (осмотр глазного дна для исключения ретинопатии) иммунологическое исследование крови, контроль общего анализа мочи, крови в динамике. Необходима госпитализация больного в нефрологическое отделение. Соблюдение постельного режима, ограничение потребления жидкости и соли. Гипотензивная терапия: иАПФ/ АРА (под контролем уровня калия крови), антагонисты кальция. При сохранении отеков на фоне ограничения жидкости – диуретики (гидрохлортиазид, торасемид). Показаны препараты, влияющие на реологию крови (курантил, гепарин). При сохранении нефротического синдрома более 2 недель показано назначение глюкокортикоидов.

Задача №18.

Больной М, 59 лет, при визитации на дому предъявлял жалобами на боли, припухлость и покраснение в области мелких суставов кистей и стоп, а также в голеностопных, локтевых и лучезапястных суставах.

Около 1,5 лет назад без видимых причин возникли интенсивные боли в большом пальце левой стопы. Через день к болям присоединились припухлость и покраснение в области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы. Госпитализирован, назначенной терапии не помнит, был выписан с улучшением и полной редукцией болей, гиперемии и припухлости. В больнице диагностирована мочекаменная болезнь. Из анамнеза: ранее были неоднократные почечные колики, злоупотреблял алкоголем, в детстве часто болел ангинами.

Через полгода постепенно возникла боль и припухлость в мелких суставах стоп, голеностопных суставах. Затем подобные явления появились в лучезапястных, локтевых и мелких суставах кистей.

Объективно: состояние при осмотре удовлетворительное. Больной нормостенического телосложения. Походка щадящая.

Кожные покровы бледные, чистые. Подкожная клетчатка развита умеренно. Под кожей на ушных раковинах и разгибательных поверхностях локтей пальпируются единичные белесоватые образования. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Припухлость и деформация в области мелких суставов кистей и стоп.

ОАК: гемоглобин 118г/л, эритроциты $4,5\times10^{12}$/л , ЦП 0,76 , лейкоциты 7,5 $\times10^{9}$/л, СОЭ 16 мм/час.
R-графия кистей/стоп: На R- грамме кистей рук определяются единичные мелкие кисты.
На R- грамме стоп определяется диффузный остеопороз с кистовидной перестройкой. Сужение и деформация суставной щели в I пястно-фаланговых суставах больших пальцев обоих стоп, причём в I пальце левой стопы суставные поверхности деформированы за счёт узурации. Определяются краевые костные разрастания в области суставов предплюсны обоих стоп. Обызвествление места прикрепления ахиллова сухожилия.
Биохимическое исследование крови: мочевина-4,2 ммоль/л, мочевая кислота- 750 мкмоль/л, холестерин-6,0 ммоль/л. СРБ (++), ревмофактор- (отр.). .
На ЭХО: клапаны интактны, фракция выброса- 60%.
Вопросы:
Поставьте диагноз.
Проведите дифференциальную диагностику.
Назначьте лечение.
4. Дайте медицинские рекомендации пациенту.

Ответы к задаче №18:

Диагноз: Подагра. Подагрический артрит. Нефролитиаз.
В пользу данного диагноза свидетельствуют: начало болезни с острого артрита плюстнефалангового сустава, свойственное данной патологии, с последующим вовлечением в процесс других суставов, мужской пол, злоупотребление алкоголем, повышение уровня мочевой кислоты в крови, наличие тофусов.
2.Диф. диагностику следует проводить с ревматизмом, ревматоидным артритом.
Против ревматизма говорит отсутствие порока сердца. Против ревматоидного артрита- типичное для подагры начало заболевания, отсутствие утренней скованности, ревмофактора, характерного для ревматоидного артрита.
3. Для терапии подагрического артрита необходимо назначить: 1). Колхицин по схеме: 2таб., затем каждые 1-2 часа по 0,5 (1 таб.) до купирования приступа (не более 10-12 таб.) а затем ежедневно по 1таб. или по 2 таб. через день до 3 месяцев, т. к. он уменьшает особность нейтрофилов к хемотаксису, контакту их с уратами, и их фагоцитозу; 2). Нестероидные противовоспалительные средства (напроксен, бутадион, ибупрофен, вольтарен и т.д).
4. Рекомендации пациенту: ограничить лекарства, способные вызвать гиперурикемию (аспирин, никотиновая кислота, тиазиды, фенацетин, лазикс, теофиллин), иметь при себе эффективный противовоспалительный препарат и как можно раньше(в первые сутки начать лечение), носить удобную обувь, исключить алкоголь, уменьшить суточное количество соли, жиров, белков (за счет уменьшения мяса, избегать переохлаждений и травм суставов.

Задача №19.

Больная Б., 51 года обратилась с жалобами на интенсивные боли и припухание в плечевых, локтевых, преимущественно лучезапястных, а также коленных, голеностопных суставах, скованность периодически в течение всего дня, выраженную слабость, отечность на голенях. Больной себя считает около 7 лет. Ухудшение- в течение последних трех недель.
Объективно: состояние тяжелое.
Больная правильного телосложения, пониженного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Выражена ульнарная девиация обеих кистей. Деформация пальцев по типу “шеи лебедя”. Кисти собирает в кулак на 50%. Хват нарушен. Пальпируются плотноватые подкожные узелки на разгибательных поверхностях локтей. Самообслуживание затруднено. Передвигается с трудом (атрофия мышц). Движения во всех суставах ограничены, болезнены, горячие на ощупь. Дефигурация лучезапястных, коленных суставов за счет периартикулярной инфильтрации. Отечность голеней. Границы

сердца смещены влево на 1 см., тоны приглушены. Слабый систолический шум на верхушке.
При инструментальном обследовании на ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка.
При лабораторном исследовании крови:
эритроциты $4,0\times10^{12}$/л, гемоглобин 110 г/л, цветной показатель 0,7 , серомукоид 0,45 у.е., глюкоза крови- 4,4 ммоль/л, мочевина 6,2 ммоль/л, лейкоциты $12,9\times10^{9}$/л, СОЭ- 40 мм/ч, С-реактивный белок (+++), ревмофактор 1:160; в иммунограмме IgG - 8,4, IgA - 0,75 г/л, IgM - 0,81 г/л, антитела к ДНК (-), мочевая кислота-200 мкмоль/л, креатинин- 113 ммоль/л, холестерин- 8,1 ммоль/л. Общий белок-58г/л, альбумины-39%.
Анализ мочи: относительная плотность- 1024, белок-2,5 ‰, мочевой осадок не изменен. Суточная протеинурия – 3,7 г/сут.
Рентгенография суставов: остеопороз суставных поверхностей, множественная узурация суставных поверхностей, остеолиз пястных костей, костные анкилозы, подвывихи в пястно-фаланговых суставах с ульнарной девиацией.
Вопросы:
1.Поставьте предварительный диагноз больному.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференцированный диагноз и что говорит в пользу установленного диагноза?
3. Чем могут быть обусловлены изменения в моче? Какие дополнительные исследования стоит провести?
4. Дальнейшая тактика ведения больного.

Ответы к задаче №19:

1. Диагноз: Ревматоидный полиартрит, серопозитивный, активность III, суставно-висцеральная форма, стадия обострения. Рентгенологическая стадия - IУ, ФНС III ст.
В пользу данного диагноза указывает: симметричное поражение и деформация суставов с атрофией близлежащих мышц, ульнарная девиация кистей, характерная для болезни, характерные рентгенологические изменения. сответствующие 1У стадии процесса.
Об обострении свидетельствует нарастание утренней скованности в течение всего дня, появление « узелков» на локтях, усиление болей и отечности в суставах, местной гипертермии, увеличение СОЭ и С-протеина, что указывает на 111 степень активности. «Серопозитивность» - наличие ревматоидного фактора в крови.
2. Проводить диф. диагноз следует с СКВ: против указывает длительность суставного процесса, приведшая к деформации суставов, отсутствие системного процесса, антител к ДНК. Против ревматизма: отсутствие порока сердца, не характерные для болезни деформации суставов. Против подагры: нормальное содержание мочевой кислоты в крови.
3.Значительная протеинурия, приведшая к развитию нефротического синдрома (протеинурия, гипопротеинемия, гиперхолистеринемия, отеки), может быть обусловлена гломерулонефритом или амилоидозом почки. Необходимо провести УЗИ почки и биопсию слизистой десны или прямой кишки для подтверждения амилоидоза.
4. Учитывая тяжесть состояния больной, обострение заболевания при 111 степени активности процесса и тяжелой функциональной недостаточности, рекомендуется госпитализация в ревматологическое отделение.