

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.
Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и
гепатологии

Фонд оценочных средств
По дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования
31.00.00 Клиническая медицина
31.05.01 Лечебное дело

Вид оценочного средства: *Тестовые задания:*

*указывается, при каком уровне контроля применяется оценочное средство (текущий контроль, в том числе рубежный контроль (ТК, ТК-РК), промежуточная аттестация (ПА), государственная итоговая аттестация (ГИА))

	Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения *
1.	Вынужденным называется положение, которое: А. больной сознательно или бессознательно принимает с целью облегчения своих страданий; В. больной принимает, руководствуясь рекомендациями лечащего врача С. больной принимает в бессознательном состоянии или во сне; D. является признаком общего тяжёлого состояния пациента Е. обусловлено невозможностью осуществлять больным произвольные телодвижения.	А	<i>ТК-РК, ПА</i>
2.	При выраженном застое крови в малом круге кровообращения больной принимает одно из нижеперечисленных вынужденных положений: А. сидит, наклонив туловище вперёд и опираясь руками о край постели В. сидит, опустив руки и ноги вниз С. лежит на левом боку D. лежит на правом боку Е. лежит на спине в постели с низким изголовьем	В	<i>ТК-РК, ПА</i>
3.	При массивном скоплении жидкости в левой плевральной полости больной принимает одно из нижеперечисленных вынужденных положений А. лежит на правом боку В. сидит, опустив руки и ноги вниз С. лежит на спине в постели с высоким изголовьем D. лежит на левом боку Е. сидит, наклонив туловище вперёд и опираясь руками о край постели.	D	<i>ТК-РК, ПА</i>
4.	Больной с выраженной кардиомегалией принимает одно из нижеперечисленных вынужденных положений: А. лежит на левом боку В. лежит на правом боку С. лежит на спине в постели с низким изголовьем D. сидит, наклонив туловище вперёд и опираясь руками о край постели Е. лежит на каком-либо боку, стараясь не переворачиваться на противоположную сторону.	В	<i>ТК-РК, ПА</i>
5.	Для пациента в ступоре характерно: А. пребывание в состоянии спячки В. спонтанное появление продолжительных периодов дневного сна С. полное отсутствие произвольной деятельности	С	<i>ТК-РК, ПА</i>

	D. отсутствие сознания E. появление галлюцинаций и психомоторного возбуждения.		
6.	Для пациента в сопоре характерно: A. пребывание в состоянии спячки B. спонтанное появление продолжительных периодов дневного сна C. полное отсутствие произвольной деятельности D. отсутствие сознания E. появление галлюцинаций и психомоторного возбуждения.	A	
7.	Какой патологический процесс обуславливает появление патологического бронхиального дыхания? A. Повышение воздушности лёгочной ткани. B. Отёк и набухание стенок альвеол. C. Скопление воспалительного экссудата в просвете альвеол. D. Скопление воздуха в плевральной полости. E. Воспаление стенок бронхов.	C	ТК-РК, ПА
8.	У больного выявлено, что грудная клетка расширена, находится как бы в положении максимального вдоха, рёбра расположены горизонтально, межрёберные промежутки расширены, надключичные пространства выбухают. Какое заболевание сопровождается подобным изменением формы грудной клетки? A. Экссудативный плеврит. B. Абсцесс лёгкого. C. Пневмоторакс. D. Рак лёгкого. E. Приступ бронхиальной астмы	E	ТК-РК, ПА
9.	Врач приёмного отделения стационара при осмотре больного определил, что дыхание пациента глубокое, редкое с большими дыхательными движениями, сопровождающееся громким шумом. Какой тип нарушения дыхания у больного? A. Дыхание Грокка. B. Дыхание Куссмауля. C. Дыхание Чейн-Стокса. D. Дыхание Биота. E. Смешанная одышка	B	ТК-РК, ПА
10.	У больного при осмотре выявлено выраженное отклонение позвоночника назад. Как называется подобная патология? A. Лордоз. B. Кифосколиоз. C. Сколиоз. D. Кифоз	D	ТК-РК, ПА
11.	При исследовании больного выявлено: выраженное увеличение передне-заднего размера грудной клетки за счёт выступающей вперёд в виде киля грудины, рёберные хрящи в месте перехода в кость утолщены. Какая форма грудной клетки у больного? A. Рахитическая B. Паралитическая.	A	ТК-РК, ПА

	С. Ладьевидная. Д. Бочкообразная. Е. Воронкообразная.		
12.	У больного С., 25 лет с воспалительной инфильтрацией нижней доли лёгкого справа (крупозная пневмония) при осмотре выявлено: вынужденное положение (лежит преимущественно на правом боку из-за болей в правой половине грудной клетки при кашле и дыхании). Частота дыхания - 35 в мин. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Справа ниже угла лопатки определяются; усиление голосового дрожания, притуплено-тимпанический перкуторный звук, при аускультации ослабление везикулярного дыхания и крепитация. Чем можно объяснить происхождение болей в грудной клетке при дыхании ? А. Вовлечением в процесс бронхов. В. Вовлечением в процесс лёгочной ткани. С. Вовлечением в процесс плевры. Д. Вовлечением в процесс трахеи	С	ТК-РК, ПА
13.	У больного С., 25 лет с воспалительной инфильтрацией нижней доли лёгкого справа (крупозная пневмония) при осмотре выявлено: вынужденное положение (лежит преимущественно на правом боку из-за болей в правой половине грудной клетки при кашле и дыхании). Частота дыхания - 35 в мин. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Справа ниже угла лопатки определяются; усиление голосового дрожания, притуплено-тимпанический перкуторный звук, при аускультации ослабление везикулярного дыхания и крепитация. Какая будет бронхофония у данного пациента? А. Не изменена. В. Ослаблена. С. Усилена. Д. Не проводится	С	ТК-РК, ПА
14.	У больного при осмотре выявлено искривление позвоночника в сторону. Как называется подобная патология? А. Кифоз. В. Кифосколиоз. С. Лордоз. Д. Сколиоз.	Д	ТК-РК, ПА
15.	Крепитация будет выслушиваться при: А. Уплотнении лёгочной ткани, вследствие полного заполнения просвета альвеол воспалительным экссудатом. В. Спадении альвеол (обтурационный ателектаз). С. Отёке и воспалении стенок альвеол. Д. Повышении воздушности лёгочной ткани	С	ТК-РК, ПА
16.	Какой форме грудной клетки соответствуют объективные данные ? 1. Паралитическая А. Грудина выступает вперёд в виде киля. 2. Рахитическая В. Уменьшение передне-заднего	1-В, 2-А, 3-Д, 4-Е, 5-С	ТК-РК, ПА

	3. Эмфизематозная 4. Ладьевидная 5. Воронкообразная отделов	размера, выраженная атрофия мышц грудной клетки. С. Ограниченное вдавление в нижней трети грудины. Д. Выбухание заднее-боковых грудной стенки Е. Вдавление в верхней и средней трети грудины		
17.	Для каких патологических процессов характерны следующие данные перкуссии ? 1. Очаговое уплотнение лёгочной ткани лёгочный 2. Повышение воздушности лёгочной ткани 3. Полость в лёгком Притуплённый 4. Жидкость в плевральной полости Тимпанический 5. Воспалительный процесс в бронхах звук	А. Ясный звук В. Тупой звук С. звук Д. звук. Е. Коробочный звук	1-С, 2-Е, 3-Д, 4-В, 5-А	ТК-РК, ПА
18.	Какое будет дыхание по следующей аускультативной картине ? 1. Везикулярное 2. Бронхиальное 3. Везикулобронхиальное 4. Жёсткое	А. Выслушиваются обе фазы В. Выслушиваются обе фазы более громкие и продолжительные С. Выслушивается преимущественно фаза вдоха Д. выслушивается преимущественно фаза выдоха	1-С, 2-Д, 3-А, 4-В	ТК-РК, ПА
19.	При каких процессах кашель будет влажным ? 1. Вскрытие очага деструкции (абсцесс) в плевральную полость. 2. Вскрытие очага деструкции в бронх. 3. Экссудативное воспаление в полости плевры. 4. Экссудативное воспаление в бронхах		2,4	ТК-РК, ПА
20.	Оценка развития подкожно-жирового слоя включает следующие показатели: 1. Проба Олдрича 2. Толщина кожной складки на животе 3. Тургор кожи 4. Индекс массы тела		2,4	ТК-РК, ПА
21.	Какие из перечисленных форм грудной клетки относятся к патологическим ? 1. Воронкообразная 2. Астеническая 3. Паралитическая 4. Гиперстеническая		1,3	ТК-РК, ПА
22.	Выберите причины, приводящие к двустороннему опущению		1,2,3	ТК-РК, ПА

	нижних границ лёгких: 1. Эмфизема лёгких 2. Спланхноптоз 3. Приступ острой бронхиальной обструкции 4. Долевое воспалительное уплотнение лёгочной ткани		
23.	Какие могут быть причины ослабления голосового дрожания ? 1. Значительное утолщение грудной стенки 2. Скопление в плевральной полости жидкости 3. Отёк и набухание стенок альвеол 4. Скопление в плевральной полости газа	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
24.	Выберите состояния (из перечисленных), сопровождающиеся сухим кашлем: 1. Бронхоэктазы 2. Сдавление трахеи. 3. Полость в лёгком, сообщающаяся с бронхом. 4. Воспаление листков плевры.	2,4	ТК-РК, ПА
25.	Выберите причины уменьшения подвижности нижнего лёгочного края: 1. Облитерация листков плевры 2. Массивный выпот жидкости в плевральной полости 3. Воспалительная инфильтрация доли лёгкого 4. Очаговая воспалительная инфильтрация лёгочной ткани	1,2,3	ТК-РК, ПА
26.	Патологическое ослабление везикулярного дыхания возникает при: 1. Повышении воздушности лёгочной ткани 2. Утолщении плевральных листков 3. Отёке и набухании стенок альвеол 4. Неполной обструкции просвета бронха.	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
27.	У пациента с бронхиальной обструкцией при аускультации будет выслушиваться: 1. Ослабленное везикулярное дыхание 2. Бронхиальное дыхание 3. Сухие хрипы 4. Влажные мелкопузырчатые хрипы	1,3	ТК-РК, ПА
28.	Признаками эмфизематозной формы грудной клетки являются: 1. Асимметрия грудной клетки 2. Участие в акте дыхания вспомогательных дыхательных мышц 3. Сужение межрёберных промежутков 4. Бочкообразная форма.	2,4	ТК-РК, ПА
29.	Выберите причины смещения нижней границы лёгких вверх: 1. Гидроторакс. 2. Выраженная гепатомегалия 3. Обтурационный ателектаз 4. Фиброз доли лёгкого	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
30.	Патологическое бронхиальное дыхание возникает при: 1. Острой обструкции дыхательных путей 2. Снижении эластических свойств лёгочной ткани 3. Воспалительном отёке слизистой бронхов 4. Воспалительной инфильтрации лёгочной ткани	4	ТК-РК, ПА

31.	Плеврокардиальный шум выслушивается: 1. Только в фазу вдоха 2. В фазу вдоха и выдоха 3. Только в фазу выдоха 4. Во время систолы и диастолы сердца	2,4	ТК-РК, ПА
32.	Какие могут быть причины усиления голосового дрожания? 1. Скопление газа в плевральной полости 2. Обтурация просвета бронха опухолью 3. Утолщение грудной стенки вследствие ожирения. 4. Уплотнение доли лёгкого	4	ТК-РК, ПА
33.	Выберите отличительные признаки шума трения плевры от хрипов и крепитации: 1. Выслушивается только в фазу выдоха 2. Выслушивается в обе фазы дыхания 3. После кашля звук изменяется по громкости и количественно 4. После кашля звук не меняется	2,4	ТК-РК, ПА
34.	Какие бывают разновидности сухих хрипов ? 1. Свистящие 2. Консолирующие 3. Жужжащие 4. Мелкопузырчатые	1,3	ТК-РК, ПА
35.	Амфорическое дыхание выслушивается при: 1. Повышении воздушности лёгочной ткани 2. Скоплении газа в плевральной полости 3. Воспалительной инфильтрации лёгочной ткани 4. Наличии полости в лёгком, сообщающейся с бронхом	4	ТК-РК, ПА
36.	Какие причины могут вызвать появление сухих хрипов ? 1. Разрастание фиброзной ткани в стенках бронхов 2. Спазм гладкой мускулатуры бронхов 3. Набухание слизистой оболочки бронхов при воспалении 4. Скопление в просвете бронхов вязкой мокроты	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
37.	Какие могут быть причины ослабления голосового дрожания? 1. Скопление в плевральной полости жидкости. 2. Скопление в плевральной полости газа. 3. Наличие полости в лёгком. 4. Повышение воздушности лёгочной ткани. 5. Слабые истощенные больные. 6. Значительное утолщение грудной стенки.	1,2,4,5,6	ТК-РК, ПА
38.	Отличительными признаками крепитации являются следующие 1. Выслушивается только в фазу вдоха 2. Выслушивается в обе фазы дыхания 3. После кашля не изменяется 4. Меняется количественно и по громкости после кашля	1,3	ТК-РК, ПА
39.	Влажные хрипы могут быть : 1. Консолирующими 2. Неконсолирующими 3. Разнокалиберными 4. Жужжащими	1,2,3	ТК-РК, ПА
40.	Выберите симптомы, характерные для крупной полости в легком с жидким содержимым, дренирующей через крупный бронх:	1,2,3,4	ТК-РК, ПА

	1. Бронхиальное дыхание 2. Усиление голосового дрожания 3. Влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы 4. Притупленно-тимпанический или тимпанический звук		
41.	Выберите признаки, на основании которых определяют нормальная или патологическая форма грудной клетки: 1. Симметричность левой и правой половин грудной клетки 2. Расположение ключиц и углов лопаток слева и справа 3. Выраженность надключичных ямок с обеих сторон 4. Соотношение передне-заднего и бокового размеров грудной клетки	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
42.	При обследовании больного выявлено, что грудная клетка расширена, находится как бы в положении максимального вдоха, ребра расположены горизонтально, межреберные промежутки широкие, плечи высоко подняты, в акте дыхания принимают участие вспомогательные дыхательные мышцы. Чем можно объяснить выявленные симптомы? 1. Воспалительный процесс в бронхах. 2. Острое нарушение бронхиальной проходимости 3. Наличие полости в лёгком 4. Долевое уплотнение лёгочной ткани 5. Хроническое повышение воздушности лёгочной ткани	2,5	ТК-РК, ПА
43.	Какие побочные дыхательные шумы наиболее характерные для синдрома острого нарушения бронхиальной проходимости? 1. Жужжащие хрипы. 2. Свистящие хрипы. 3. Среднепузырчатые влажные хрипы. 4. Звонкие крупнопузырчатые влажные хрипы. 5. Крепитация	1,2	ТК-РК, ПА
44.	Выберите симптомы характерные для синдрома долевого уплотнения лёгочной ткани: 1. Притупление перкуторного звука 2. Тупой перкуторный звук 3. Притуплённо-тимпанический перкуторный звук 4. Голосовое дрожание усилено 5. Голосовое дрожание ослаблено 6. Голосовое дрожание не проводится	2,4	ТК-РК, ПА
45.	Каковы данные перкуссии и аускультации в стадии начала крупозной пневмонии? 1. Притупленно-тимпанический звук, ослабленное везикулярное дыхание. 2. Крепитация, шум трения плевры. 3. Тимпанический звук, звонкие мелкопузырчатые хрипы. 4. Тупой звук, крепитация. 5. Коробочный звук, крепитация.	1,2	ТК-РК, ПА
46.	Какие физикальные явления характерны для экссудативного плеврита (в области скопления жидкости)? 1. Ослабление голосового дрожания.	1,2,3	ТК-РК, ПА

	2. Тупой перкуторный звук. 3. Резкое ослабление везикулярного дыхания. 4. Усиление везикулярного дыхания. 5. Бронхиальное дыхание. 6. Усиление бронхофонии.		
47.	При синдроме скопления воздуха в полости плевры определяются следующие симптомы: 1. Голосовое дрожание резко ослаблено или не проводится. 2. При перкуссии звук тимпанический. 3. При аускультации дыхание бронхиальное. 4. Бронхофония ослаблена или не выслушивается. 5. Рентгенологически светлое легочное поле без легочного рисунка.	1,2,4,5	ТК-РК, ПА
48.	В анамнезе жизни указывается всё, кроме: 1. Перенесенные заболевания 2. Аллергологический анамнез 3. Наследственность 4. Результаты ранее проведенного обследования 5. Вредные привычки	4	ТК-РК, ПА
49.	Какие симптомы характерны для синдрома скопления жидкости в полости плевры? 1. Асимметрия грудной клетки в виде выбухания на стороне поражения. 2. Асимметрия грудной клетки в виде западения на стороне поражения 3. Отставание половины грудной клетки при дыхании на стороне поражения. 4. Голосовое дрожание ослаблено или не проводится 5. Голосовое дрожание усилено. 6. Над зоной скопления жидкости перкуторный звук притуплено-тимпанический. 7. Над зоной скопления жидкости перкуторный звук тупой. 8. Дыхание ослабленное везикулярное или не выслушивается 9. Дыхание бронхиальное	1,3,4,7,8	ТК-РК, ПА
50.	При синдроме скопления воздуха в полости плевры определяются следующие симптомы: 1. Голосовое дрожание резко ослаблено или не проводится. 2. При перкуссии звук тимпанический. 3. При аускультации дыхание бронхиальное. 4. Бронхофония ослаблена или не выслушивается. 5. Рентгенологически светлое легочное поле без легочного рисунка.	1,2,4,5	ТК-РК, ПА
51.	Каковы синонимы термину очаговая пневмония? 1. Фибринозная. 2. Лобулярная. 3. Плевропневмония.	2,4	ТК-РК, ПА

	4. Бронхопневмония. 5. Лобарная		
52.	Индекс массы тела = 31, соответствует: 1. Дефициту массы тела 2. Нормальной массе тела 3. Избыточной массе тела 4. Ожирению	4	ТК-РК, ПА
53.	Какой форме грудной клетки соответствуют объективные данные? 1.Эмфизематозная. А.Увеличение передне-заднего размера. 2.Паралитическая. В.Грудина выступает вперед в виде киля. 3.Рахитическая. С.Уменьшение передне-заднего размера, выраженная атрофия мышц 4.Воронкообразная. Д.Углубление в верхней и средней частях грудины. 5.Ладьевидная. Е.Ограниченное вдавление в нижней трети грудины.	1-А,2-С,3-В,4-Е,5-Д	ТК-РК, ПА
54.	У больного при осмотре выявлено небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании, голосовое дрожание усилено над верхней долей правого лёгкого, перкуторно в этой области тимпанический звук, при аускультации – амфорическое дыхание, крупнопузырчатые звучные влажные хрипы, бронхофония усилена. О каком патологическом процессе следует думать? А). Компрессионный ателектаз. Б). Обструкция бронхов вязким секретом. В). Полость в легком, сообщающаяся с бронхом. Г). Закрытый пневмоторакс. Д). Очаговое воспалительное уплотнение.	В	ТК-РК, ПА
55.	При обследовании больного врач выслушал над всей поверхностью грудной клетки сухие свистящие хрипы. Для какого патологического процесса наиболее характерна данная аускультативная картина? А). Повышение воздушности легочной ткани. Б). Развитие соединительной ткани в легких. В). Застойные явления в легких. Г). Бронхоспазм. Д). Бронхоэктазы.	Г	ТК-РК, ПА
56.	Патологическое бронхиальное дыхание выслушивается при: А). Синдроме бронхиальной обструкции. Б). Синдроме долевого уплотнения лёгочной ткани. В). Синдроме скопления жидкости в плевральной полости. Г). Синдроме повышения воздушности лёгочной ткани. Д). Синдроме бронховоспалительном	Б	ТК-РК, ПА
57.	Осмотр : грудная клетка бочкообразной формы, надключичные и подключичные ямки выбухают.	Б	ТК-РК, ПА

	Сравнительная перкуссия: коробочный звук. Топографическая перкуссия: опущение нижних границ легких, ограничение подвижности нижних краев легких. Аускультация: над обоими легкими ослабленное везикулярное дыхание. О каком синдроме надо думать у больного? А). Скопление воздуха в плевральной полости. Б). Повышенная воздушность лёгочной ткани. В). Полость в легком, связанная с бронхом. Г). Долевое воспалительное уплотнение легкого. Д). Скопление жидкости в плевральной полости.		
58.	Выберите симптомы характерные для синдрома долевого уплотнения лёгочной ткани: 1. Притупление перкуторного звука 2. Тупой перкуторный звук 3. Притуплённо-тимпанический перкуторный звук 4. Голосовое дрожание усилено 5. Голосовое дрожание ослаблено 6. Голосовое дрожание не проводится	2,4	ТК-РК, ПА
59.	Избыточной массе тела соответствует ИМТ: 1). Более 30 2). От 20 до 30 3). Более 23 4). От 25 до 30	4	ТК-РК, ПА
60.	Каковы данные перкуссии и аускультации в стадии начала крупозной пневмонии? 1. Притупленно-тимпанический звук, ослабленное везикулярное дыхание. 2. Крепитация, шум трения плевры. 3. Тимпанический звук, звонкие мелкопузырчатые хрипы. 4. Тупой звук, крепитация. 5. Коробочный звук, крепитация.	1,2	ТК-РК, ПА
61.	Какие симптомы характерны для синдрома скопления жидкости в полости плевры? 1. Асимметрия грудной клетки в виде выбухания на стороне поражения. 2. Асимметрия грудной клетки в виде западения на стороне поражения 3. Отставание половины грудной клетки при дыхании на стороне поражения. 4. Голосовое дрожание ослаблено или не проводится 5. Голосовое дрожание усилено. 6. Над зоной скопления жидкости перкуторный звук притуплено-тимпанический. 7. Над зоной скопления жидкости перкуторный звук тупой. 8. Дыхание ослабленное везикулярное или не выслушивается 9. Дыхание бронхиальное	1,3,4,7,8	ТК-РК, ПА
62.	Какая аускультативная картина будет при наличии синдрома полости в лёгком? 1. Дыхание жёсткое. 2. Дыхание ослабленное везикулярное. 3. Дыхание бронхиальное.	3,5,7	ТК-РК, ПА

	4. Незвучные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы 5. Звучные влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы 6. Крепитация. 7. Бронхофония усилена. 8. Бронхофония ослаблена или не выслушивается		
63.	При каких процессах уменьшается активная подвижность нижнего края легких? 1. Воспалительная инфильтрация лёгочной ткани (долевая). 2. Снижение эластических свойств легочной ткани. 3. Массивный выпот жидкости в плевральной полости. 4. Облитерация плевральной полости.	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
64.	Признаками эмфизематозной грудной клетки являются: 1. Бочкообразная форма. 2. Сужение межреберных промежутков. 3. Асимметрия грудной клетки. 4. Участие в акте дыхания вспомогательных дыхательных мышц	1,4	ТК-РК, ПА
65.	Какие могут быть причины ослабления голосового дрожания? 1. Скопление в плевральной полости жидкости. 2. Скопление в плевральной полости газа. 3. Наличие полости в лёгком. 4. Повышение воздушности лёгочной ткани. 5. Слабые истощенные больные. 6. Значительное утолщение грудной стенки.	1,2,4,5,6	ТК-РК, ПА
66.	Каковы отличительные признаки шума трения плевры? 1. После кашля звук не изменяется. 2. После кашля звук исчезает. 3. При сильном надавливании стетоскопом на грудную клетку звук усиливается. 4. Звук выслушивается в обе фазы дыхания. 5. Звук выслушивается на высоте вдоха 6. При втягивании и последующем выпячивании больным живота при закрытом рте и зажатом носе звук не выслушивается.	1,3,4,6	ТК-РК, ПА
67.	Крепитация: 1. Выслушивается лучше в фазу выдоха 2. Выслушивается в обе фазы дыхания 3. Не меняется по громкости и количеству после кашля 4. Возникает при разлипании стенок альвеол на высоте вдоха. 5. Свидетельствует о поражении бронхов	3,4	ТК-РК, ПА
68.	Какие физикальные явления характерны для экссудативного плеврита (в области скопления жидкости)? 1. Ослабление голосового дрожания. 2. Тупой перкуторный звук. 3. Резкое ослабление везикулярного дыхания. 4. Усиление везикулярного дыхания. 5. Бронхиальное дыхание. 6. Усиление бронхофонии.	1,2,3	ТК-РК, ПА
69.	При синдроме скопления воздуха в полости плевры определяются следующие симптомы:	1,2,4,5	ТК-РК, ПА

	1. Голосовое дрожание резко ослаблено или не проводится. 2. При перкуссии звук тимпанический. 3. При аускультации дыхание бронхиальное. 4. Бронхофония ослаблена или не выслушивается. 5. Рентгенологически светлое легочное поле без легочного рисунка.		
70.	1. Сухие хрипы. А. Спазм гладкой мускулатуры бронхов. 2. Влажные хрипы. В. Наличие отечной жидкости в просвете бронхов 3. Крепитация. С. Разливание альвеол. Д. Набухание слизистой оболочки бронхов. Е. Наличие крови в просвете бронхов.	1-А,Д, 2-В,Е, 3-С	
71.	По вечерам температура тела повышается до 40 ⁰ С. Это повышение сопровождается ознобом. По утрам температура снижается до нормальных значений и ниже, сопровождаясь выраженной потливостью и слабостью. Определите тип лихорадки в зависимости от суточных колебаний температуры. 1. Постоянная 2. Гектическая 3. Послабляющая 4. Фебрильная 5. Неправильная	2	
72.	Какая причина, главным образом, обуславливает появление сердечного толчка? А. Гипертрофия левого желудочка. В. Гипертрофия правого желудочка. С. Гипертрофия левого предсердия. Д. Гипертрофия правого предсердия. Е. Гипертрофия левых отделов сердца.	В	ТК-РК, ПА
73.	Какой из нижеперечисленных компонентов не имеет отношения к образованию I тона сердца? А. Предсердный. В. Мышечный. С. Сосудистый. Д. Колебания створок полулунных клапанов. Е. Колебания створок атриовентрикулярных клапанов.	Д	ТК-РК, ПА
74.	Сочетание смешанной одышки, цианоза и отека голеней чаще всего встречается при: А. Гипопротеинемия. В. Снижение содержания кислорода в атмосферном воздухе. С. Нарушении бронхиальной проходимости. Д. Повышении проницаемости сосудов. Е. Хронической сердечной недостаточности.	Е	ТК-РК, ПА
75.	На появление дефицита пульса влияют следующие нарушения ритма сердца, кроме:	А	ТК-РК, ПА

	А. Брадисистолическая форма мерцательной аритмии. В. Тахисистолическая форма мерцательной аритмии. С. Ранние предсердные экстрасистолы. Д. Ранние узловые экстрасистолы. Е. Ранние желудочковые экстрасистолы.		
76.	Дефицит пульса это: А. Пульс меньше частоты сердечных сокращений В. Пульс различный на правой и левой руках С. Пульс нитевидный, еле определяемый Д. Усиление частоты пульса на вдохе	А	ТК-РК, ПА
77.	При каком из нижеперечисленных заболеваний встречается симптом систолического “кошачьего мурлыканья”? А. Недостаточность митрального клапана. В. Недостаточность аортального клапана. С. Недостаточность трёхстворчатого клапана. Д. Стеноз устья аорты. Е. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия.	Д	ТК-РК, ПА
78.	Причиной патологического раздвоения II тона может быть всё нижеперечисленное, кроме: А. Асинхронизм деятельности желудочков вследствие блокады ножки пучка Гиса. В. Полная атриовентрикулярная блокада. С. Отставание закрытия аортального клапана у лиц с артериальной гипертензией. Д. Отставание закрытия пульмонального клапана у лиц с лёгочной гипертензией.	В	ТК-РК, ПА
79.	Патологическое раздвоение I тона встречается при: А. Синусовой тахикардии. В. Мерцательной аритмии. С. Блокаде одной из ножек пучка Гиса. Д. Полной атриовентрикулярной блокаде. Е. Атриовентрикулярной блокаде I степени.	С	ТК-РК, ПА
80.	При каком из нижеперечисленных заболеваний встречается симптом диастолического “кошачьего мурлыканья”? А. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. В. Стеноз устья аорты. С. Недостаточность митрального клапана. Д. Недостаточность аортального клапана. Е. Недостаточность трёхстворчатого клапана.	А	ТК-РК, ПА
81.	Больной К., 52 лет, длительное время страдающий артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, перенёс трансмуральный инфаркт миокарда. 3 месяца спустя, при осмотре больного, врачом обнаружена видимая на глаз пульсация и систолический шум в III-IV межреберье слева от грудины, а также смещение влево границы относительной тупости сердца. Каково происхождение данного симптомокомплекса? А. Выраженная артериальная гипертензия.	Е	ТК-РК, ПА

	В. Выраженная лёгочная гипертензия. С. Гипертрофия правого желудочка. Д. Аневризма восходящей части аорты. Е. Аневризма левого желудочка.		
82.	Больной К., 52 лет, длительное время страдающий артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, перенёс трансмуральный инфаркт миокарда. 3 месяца спустя, при осмотре больного, врачом обнаружена видимая на глаз пульсация и систолический шум в III-IV межреберье слева от грудины, а также смещение влево границы относительной тупости сердца. Какой из нижеперечисленных методов исследования наиболее информативен для подтверждения диагноза? А. Измерение артериального давления. В. Катетеризация полостей сердца. С. Эхокардиография Д. Электрокардиография. Е. Фонокардиография.	С	ТК-РК, ПА
83.	Для какого нарушения ритма сердца на ЭКГ наиболее характерно увеличение продолжительности комплекса QRS ? А. Желудочковая экстрасистолия. В. Предсердная экстрасистолия. С. Атриовентрикулярная экстрасистолия. Д. Синусовая брадикардия. Е. Мерцательная аритмия.	А	ТК-РК, ПА
84.	Укажите несомненные электрокардиографические признаки нормального синусового ритма сердца: А. Отсутствие деформации желудочкового комплекса. В. Одинаковые интервалы R-R. С. Амплитуда зубца Р во II стандартном отведении превышает таковую в I и III стандартных и AVF отведениях. Д. Наличие положительного зубца Р, находящегося на одинаковом расстоянии от желудочкового комплекса, появляющегося через равные промежутки времени. Е. Наличие положительного зубца Т во всех отведениях.	Д	ТК-РК, ПА
85.	Признаком какого нарушения ритма сердца является отрицательный зубец Р во II, III стандартных и AVF отведениях? А. Идиовентрикулярного (желудочкового) ритма. В. Нижнепредсердного ритма. С. Атриовентрикулярного (узлового) ритма. Д. Синоаурикулярной блокады. Е. Атриовентрикулярной блокады I степени.	В	ТК-РК, ПА
86.	От какой причины, главным образом, зависит неравномерность пульса на лучевой артерии? А. От увеличения артериального давления. В. От уменьшения ударного объёма. С. От напряжения сосудистой стенки. Д. От сдавления плечевой артерии.	Е	ТК-РК, ПА

	Е. От нарушения сердечного ритма.		
87.	Какое из перечисленных свойств пульса на лучевой артерии не характерно для больных с недостаточностью аортального клапана? А. Большой. В. Высокий. С. Малый. Д. Скорый.	С	ТК-РК, ПА
88.	Симптом Ривелло-Корвалло выявляется при таком клапанном пороке, как А. Стеноз устья аорты В. Недостаточность трехстворчатого клапана С. Недостаточность митрального клапана Д. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия Е. Недостаточность клапана аорты	В	ТК-РК, ПА
89.	Причиной возникновения акроцианоза у сердечного больного является всё нижеперечисленное, кроме: А. Замедление кровотока. В. Недостаточная артериализация крови в лёгком. С. Недостаточное содержание оксигемоглобина в крови на уровне микроциркуляторного русла. Д. Избыточное поглощение кислорода тканями. Е. Повышенное содержание в венозной крови восстановленного гемоглобина.	В	ТК-РК, ПА
90.	Какой из нижеперечисленных симптомов, несомненно, указывает на наличие у больного правожелудочковой недостаточности: А. Цианоз. В. Нарушение ритма сердца. С. Боли в области сердца. Д. Акцент II тона над лёгочной артерией.	А	ТК-РК, ПА
91.	Электрокардиографическим признаком крупноочагового инфаркта миокарда является: А. Появление глубоких зубцов S. В. “Коронарный” зубец Т. С. Появление глубоких зубцов Q. Д. Изменения сегмента ST.	С	ТК-РК, ПА
92.	Для атриовентрикулярной блокады I степени на ЭКГ характерно: А. Деформация зубца Р. В. Удлинение интервала PQ. С. Выпадение комплексов QRS. Д. Выскальзывающие комплексы.	В	ТК-РК, ПА
93.	Кожные покровы бледные, периферических отёков нет. «Пляска каротид», симптом Мюссе. Верхушечный толчок определяется в 6-ом межреберье по передней подмышечной линии разлитой, усиленный, куполообразный. Границы	1	ТК-РК, ПА

	относительной тупости сердца смещены влево. При аускультации: ослабление I тона у верхушки сердца, ослабление II тона на аорте, протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба. Симптомы какого порока имеются у больного? 1. Недостаточность аортального клапана. 2. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. 3. Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия. 4. Недостаточность митрального клапана. 5. Стеноз устья аорты		
94.	Какой характер пульса и АД можно ожидать при физикальном исследовании больного с недостаточностью аортального клапана? 1. <i>Pulsus differens</i>; АД не изменено. 2. Пульс и АД патологически не изменены. 3. <i>Pulsus altus, celer et magnus</i>; высокое пульсовое АД. 4. <i>Pulsus parvus, tardus et rarus</i>; пульсовое АД уменьшено. 5. <i>Pulsus parvus, frequens</i>; АД понижено.	3	ТК-РК, ПА
95.	При аускультации сердца: I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум убывающего характера, который проводится в левую подмышечную область, акцент II тона над лёгочным стволом. Какой порок можно предположить 1. Стеноз устья аорты. 2. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. 3. Недостаточность митрального клапана. 4. Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия. 5. Недостаточность аортального клапана.	3	ТК-РК, ПА
96.	Какую аускультативную картину можно выявить при стенозе левого атриовентрикулярного отверстия? 1. Ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке с проведением в подмышечную область, акцент II тона над лёгочным стволом 2. Ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона на аорте, грубый систолический шум на аорте, проводящийся на сонные артерии 3. Ослабление I тона у основания мечевидного отростка, систолический шум в этой же области, а также в третьем и четвёртом межреберье справа у грудины, интенсивность шума увеличивается при задержке дыхания на высоте вдоха 4. Ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона на аорте, диастолический шум на аорте и в точке Боткина-Эрба 5. На верхушке громкий «хлопающий» I тон, тон открытия митрального клапана, «ритм перепела», диастолический шум, акцент II тона над лёгочной артерией	5	ТК-РК, ПА
97.	Объективно: умеренный цианоз губ, «<i>facies mitralis</i>». Периферических отёков нет. ЧДД 24 в мин. При осмотре области сердца верхушечный толчок не виден и не пальпируется. Заметен сердечный толчок. При пальпации в области верхушки сердца определяется диастолическое дрожание. Границы относительной тупости сердца расширены вверх и вправо. О каком клапанном поражении	2	ТК-РК, ПА

	сердца можно думать у данной больной? 1. Недостаточность аортального клапана 2. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия 3. Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия 4. Недостаточность митрального клапана 5. Стеноз устья аорты		
98.	Больной обратился к врачу с жалобами на головные боли, головокружения и шум в ушах. При обследовании обращают на себя внимание легкая гиперемия лица; усиленный, разлитой верхушечный толчок в 5 м/р по левой среднеключичной линии. При аускультации сердца – тоны сердца звучные ритмичные, акцент II тона над аортой. АД-165/95мм рт.ст. Пульс=ЧСС=78 в мин, ритмичный, хорошего наполнения. Выберите из предложенного списка синдром, имеющийся у данного больного 1. Стенокардия 2. Артериальная гипертензия 3. Недостаточность кровообращения 4. Нарушения ритма сердца 5. Стеноз устья аорты	2	ТК-РК, ПА
99.	Симптом «пляска каротид» и симптом Мюссе наблюдаются при: 1. Артериальной гипертензии 2. Стенозе митрального клапана 3. Недостаточности митрального клапана 4. Недостаточности аортального клапана 5. Недостаточности трикуспидального клапана	4	ТК-РК, ПА
100.	В клинику поступила больная с жалобами на ощущения сердцебиения и перебоев в работе сердца. При осмотре обращает на себя внимание: тоны сердца аритмичные. Частота сердечных сокращений - 155 в мин. Дефицит пульса – 50 в мин. Рассчитайте пульс у пациентки. 1. 155 уд. в мин. 2. 105 уд. в мин. 3. 50 уд. в мин. 4. 100 уд. в мин. 5. 95 в мин	2	ТК-РК, ПА
101.	В поликлинику обратилась больная К., 52 лет с жалобами на перебои в работе сердца. При осмотре обращает на себя внимание: тоны сердца аритмичные. Частота сердечных сокращений 110 уд. в мин. Пульс 85 уд. в мин, аритмичный, пульсовые волны разного наполнения. Рассчитайте дефицит пульса у пациентки 1. 120 уд. в мин. 2. 86 уд. в мин. 3. 25 уд. в мин. 4. 140 уд. в мин. 5. 195 уд. в мин	3	ТК-РК, ПА
102.	Каково предназначение точки Боткина – Эрба? 1. Точка выслушивания митрального клапана 2. Точка выслушивания аортального клапана	4	ТК-РК, ПА

	3. Точка выслушивания трикуспидального клапана 4. Дополнительная точка выслушивания аортального клапана 5. Точка выслушивания сонных артерий		
103.	Укажите изменения кожных покровов, наиболее характерные для нарушения липидного обмена (гиперхолестеринемии). 1. Папулы, пустулы 2. Ксантомы и ксантеллазмы 3. Узловатая эритема 4. Петехиальная сыпь 5. Телеангиоэктазии	2	ТК-РК, ПА
104.	Укажите наиболее частое и яркое клиническое проявление симптома коронарной недостаточности. 1. Разлитая сжимающая боль за грудиной с иррадиацией в левую руку 2. Экспираторная одышка вне связи с физическими нагрузками 3. Тяжесть в правом подреберье 4. Повышение артериального давления с потерей сознания 5. «Прокалывающая» острая боль на вершечке сердца	1	ТК-РК, ПА
105.	Как рассчитывается такой показатель, как дефицит пульса? 1. Из частоты сердечных сокращений вычитается частота пульса 2. Из частоты пульса вычитается частота сердечных сокращений 3. К частоте сердечных сокращений прибавляется частота пульса 4. Сумма частоты сердечных сокращений и частоты пульса делится на частоту дыхательных движений 5. Разность частоты пульса и частоты сердечных сокращений делится на частоту дыхательных движений	1	ТК-РК, ПА
106.	Укажите нормальное расположение верхушечного толчка. 1. Пятое межреберье на 1,5 – 2 см латеральнее от левой срединно-ключичной линии 2. Пятое межреберье по левой срединно-ключичной линии 3. По правому краю грудины 4. Пятое межреберье на 1,5 – 2 см медиальнее от левой срединно-ключичной линии 5. Четвертое межреберье слева от грудины	4	ТК-РК, ПА
107.	Дайте определение положительного венозного пульса. 1. Пульсация подкожных вен верхней конечности 2. Ритмичное набухание шейных вен в период систолы, синхронное с верхушечным толчком 3. Набухание шейных вен в период диастолы 4. Набухание шейных вен асинхронное с верхушечным толчком 5. Видимая эпигастральная пульсация	2	ТК-РК, ПА
108.	Больной обратился к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, головную боль в затылочной области, головокружение и шум в ушах. При обследовании было зарегистрировано: АД 150/95 мм рт ст., пульс 98 уд в мин., ритмичный. Выберите, имеющиеся у больного синдромы и симптомы	2,4,5	ТК-РК, ПА

	1. Мерцание предсердий 2. Тахикардия 3. Тахиаритмия 4. Артериальная гипертензия 5. Стенокардия		ТК-РК, ПА
109.	Укажите симптомы, входящие в синдром сердечной недостаточности 1. Одышка 2. Отеки нижних конечностей 3. Набухание шейных вен 4. Гепатомегалия 5. Гематурия	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
110.	Укажите органы-мишени, поражающиеся при артериальной гипертензии: 1. Почки 2. Глазное дно 3. Селезенка 4. Артерии 5. Печень	1,2,4	ТК-РК, ПА
111.	Укажите, частью каких синдромов может служить такой симптом как боль в грудной клетке? 1. Плевропневмония 2. Бронхопневмония 3. Воспаление грудинно-реберных сочленений 4. Коронарная недостаточность 5. Эмфизема	1,3,4	ТК-РК, ПА
112.	Укажите все правила, которые необходимо соблюдать при измерении артериального давления по методу Короткова. 1. Измерение АД проводится в темном помещении 2. Измерение АД проводится в положении лежа или сидя 3. До начала измерения АД пациент должен пребывать в состоянии покоя как минимум 5 минут 4. При проведении многократных измерений АД учитывается давление на той руке, на которой оно наименьшее 5. Размер манжетки тонометра должен подбираться с учетом охвата плеча больного	2,3,5	ТК-РК, ПА
113.	Укажите симптомы и признаки, характерные для острой стадии инфаркта миокарда. 1. Интенсивная давящая боль за грудиной с иррадиацией в левую руку 2. Появление изменений на ЭКГ в виде депрессии или элевации сегмента ST более чем на 2 мм не менее чем в двух отведениях 3. Повышение в крови уровней тропонина и МВ-фракции креатинфосфокиназы 4. Появление блокады правой ножки пучка Гиса 5. Прокалывающие боли в грудной клетке на высоте вдоха	1,2,3	ТК-РК, ПА
114.	Укажите факторы риска развития инфаркта миокарда. 1. Мужской пол 2. Женский пол	1,3,5	ТК-РК, ПА

	3. Курение 4. Частые ангины, перенесенные в детском возрасте 5. Повышенное артериальное давление		
115.	При каких нарушениях ритма может появляться дефицит пульса: 1. Тахисистолическая форма мерцательной аритмии. 2. Брадисистолическая форма мерцательной аритмии. 3. Ранние предсердные экстрасистолы. 4. Ранние желудочковые экстрасистолы. 5. Ранние атриовентрикулярные экстрасистолы	1,3,4,5	ТК-РК, ПА
116.	Какие рентгенологические признаки можно выявить у пациентки со стенозом левого атриовентрикулярного отверстия? 1. Исчезновение «тали» сердца 2. Расширение аорты в восходящем отделе 3. Увеличение левого предсердия 4. Гипертрофия правого	1,3,4	ТК-РК, ПА
117.	Какие из нижеперечисленных заболеваний демонстрируют ослабление 1 тона у верхушки сердца? 1. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. 2. Недостаточность трехстворчатого клапана. 3. Недостаточность клапана легочной артерии. 4. Недостаточность митрального клапана. 5. Недостаточность аортального клапана.	2,4,5	ТК-РК, ПА
118.	Какие из нижеперечисленных свойств характерны для шума недостаточности аортального клапана? 1. Является систолическим. 2. Является диастолическим. 3. Проводится на сонные артерии. 4. Лучше всего выслушивается в точке Боткина-Эрба.	2,4	ТК-РК, ПА
119.	Какие из нижеперечисленных клинических симптомов характерны для мерцательной аритмии? 1. Выраженная неправильность сердечного ритма. 2. Неодинаковая сила сердечных тонов и неравномерный пульс. 3. Дефицит пульса. 4. Выраженные в той или иной степени явления застойной сердечной недостаточности	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
120.	Какие из нижеперечисленных факторов способствуют повышению звучности (усилению) сердечных тонов? 1. Тонкая грудная клетка. 2. Сморщивание краев легких. 3. Приближение сердца к передней грудной стенке за счет развития опухоли в заднем средостении. 4. Уменьшение вязкости крови.	1,2,3,4	ТК-РК, ПА

121.	Укажите основные признаки 1 тона сердца: 1. Лучше всего выслушивается у верхушки сердца. 2. Лучше всего выслушивается у основания сердца. 3. Выслушивается после большой паузы. 4. Совпадает с верхушечным толчком и пульсом на сонной артерии. 5. Совпадает с верхушечным толчком и пульсом на лучевой артерии	1,3,4	ТК-РК, ПА
122.	При определении границ абсолютной тупости сердца используются следующие разновидности перкуссии: 1. Громкая. 2. Тишайшая 3. Тихая (средняя). 4.По методике Образцова.	2,4	ТК-РК, ПА
123.	Укажите места наилучшего выслушивания клапанов сердца в норме и при патологии. 1. Клапан лёгочного ствола. А. Точка Боткина-Эрба. 2. Аортальный клапан. В. Основание мечевидного отростка. 3. Шум при недостаточности аортального клапана. С. Верхушка сердца. 4. Трёхстворчатый клапан. Д. 2 межреберье справа от грудины. 5. Митральный клапан. Е. 2 межреберье слева от грудины.	1-Е, 2-Д, 3-А, 4-В, 5-С	ТК-РК, ПА
124.	Укажите основные признаки I тона сердца. 1. Выслушивается после большой паузы. 2. Лучше всего выслушивается у верхушки сердца. 3. Совпадает с верхушечным толчком и пульсом на сонной артерии. 4. Выслушивается после короткой паузы.	1,2,3	ТК-РК, ПА
125.	Какие из нижеперечисленных факторов способствуют повышению звучности (громкости) сердечных тонов ? 1. Сморщивание краёв лёгких. 2. Смещение сердца кпереди за счёт развития опухоли заднего средостения. 3. Уменьшение вязкости крови. 4. Тонкая грудная клетка.	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
126.	При определении границ абсолютной тупости сердца используют следующие разновидности перкуссии: 1. Громкая. 2. Тишайшая. 3. Тихая. 4. По методике Образцова.	2,4	ТК-РК, ПА
127.	Увеличение площади относительной тупости сердца происходит при: 1. При дилатации правого желудочка. 2. При смещении сердца кпереди опухолью средостения.	1,4	ТК-РК, ПА

	3. Гидроперикарде. 4. При дилатации левого желудочка.		
128.	Какие из нижеперечисленных клинических симптомов характерны для мерцательной аритмии ? 1. Выраженная неправильность ритма. 2. Pulsus differens. 3. Неравномерный пульс и неодинаковая сила сердечных тонов. 4. Парадоксальный пульс.	1,3	ТК-РК, ПА
129.	Какие из нижеперечисленных заболеваний демонстрируют ослабление I тона у верхушки сердца ? 1. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. 2. Недостаточность митрального клапана. 3. Недостаточность клапана лёгочной артерии. 4. Недостаточность аортального клапана.	2,4	ТК-РК, ПА
130.	На ЭКГ больного С., 56 лет зафиксирована экстрасистолия. Экстрасистолический желудочковый комплекс уширен > 0,1 сек., грубо деформирован и расщеплён. Зубец Т расположен дискордантно направлению основного зубца экстрасистолического комплекса QRS, зубец Р при нём отсутствует, полная компенсаторная пауза. Где локализуется эктопический очаг возбуждения у данного больного ? 1. В зоне синусового узла. 2. В предсердии. 3. В атриовентрикулярном соединении. 4. В желудочке.	4	ТК-РК, ПА
131.	Исчезновение или резкое уменьшение абсолютной сердечной тупости происходит при: 1. Левостороннем напряжённом пневмотораксе. 2. Дилатации левого желудочка. 3. Выраженной эмфиземе лёгких. 4. Гидроперикарде.	1,3	ТК-РК, ПА
132.	Какие из нижеперечисленных свойств характерны для шума недостаточности аортального клапана ? 1. Является систолическим. 2. Является диастолическим. 3. Проводится на сонные артерии. 4. Лучше всего выслушивается в точке Боткина-Эрба.	2,4	ТК-РК, ПА
133.	При стенозе левого атриовентрикулярного отверстия пульс становится : 1. малым 2. скорым 3. высоким 4. медленным 5. нитевидным	1,4	ТК-РК, ПА
134.	Для предсердной пароксизмальной тахикардии характерно: 1. увеличение продолжительности комплексов QRS >0,2 сек	2,5	ТК-РК, ПА

	2. комплекс QRS не расширен 3. появление компенсаторной паузы 4. зубец Р отсутствует 5. наличие зубца Р		
135.	Шум Флинта, выслушиваемый при недостаточности аортального клапана: 1. носит диастолический характер 2. носит систолический характер 3. выслушивается над аортой во втором межреберье справа 4. выслушивается на верхушке	1,4	ТК-РК, ПА
136.	При стенозе левого атриовентрикулярного отверстия: 1. I тон у верхушки ослаблен 2. I тон у верхушки усилен 3. II тон над аортой ослаблен 4. акцент II тона над аортой 5. II тон над аортой не изменён 6. II тон на лёгочной артерии ослаблен 7. акцент II тона на лёгочной артерии 8. II тон на лёгочной артерии не изменён	2,5,7	ТК-РК, ПА
137.	Для желудочковой экстрасистолы на ЭКГ характерно: 1. отрицательный зубец Р 2. отсутствие зубца Р 3. продолжительность комплекса QRS менее 0,1 сек 4. продолжительность комплекса QRS более 0,1 сек 5. компенсаторная пауза полная 6. компенсаторная пауза неполная	2,4,5	ТК-РК, ПА
138.	Больная 36 лет поступила в терапевтический стационар с жалобами на боли в околопупочной области, жидкий стул с кислым запахом 6-8 раз в сутки, общую слабость, непереносимость молока. Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Язык в грязно-сером налете. Живот вздут. При поверхностной пальпации болезненность в центральных отделах живота. Микроскопия кала: стеаторея, непереваренные мышечные волокна. Анализ крови: лейкоциты - 9.0×10^9 , СОЭ - 22 мм. в час Симптомы какого заболевания наиболее вероятно перечислены в данной задаче по Вашему мнению? А. Колит. В. Энтерит. С. Холецистит. Д. Опухоль желудка.	В	ТК-РК, ПА
139.	У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, внезапно возникла "кинжальная" боль в животе и коллаптоидное состояние. Какое осложнение развилось у больного? А. Пенетрация. В. Перфорация. С. Кровотечение. Д. Стенозирование привратника. Е. Малигнизация.	В	ТК-РК, ПА

140.	У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, во время очередного обострения появились жалобы: отрыжка «тухлым яйцом», рвота съеденной накануне пищей. Какое осложнение язвенной болезни, вероятнее всего, возникло у больного? 1). Пенетрация. 2). Перфорация. 3). Кровотечение. 4). Стенозирование привратника. 5). Малигнизация	4	ТК-РК, ПА
141.	Больной К., 43 лет поступил в клинику с жалобами на ноющие боли в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 1,5 – 2 часа после приема пищи и по ночам, иррадиирующие в спину и принимающие временами характер «опоясывающих», на тошноту и похудание за последние 2 года на 8 кг, поносы. В анамнезе злоупотребление алкоголем. При осмотре отмечается вздутие живота, болезненность при пальпации в эпигастрии, преимущественно слева. Каков наиболее вероятный предварительный диагноз у этого больного? 1. Язвенная болезнь с локализацией в луковице 12п. кишки. 2. Хронический холецистит. 3. Хронический энтероколит. 4. Хронический гепатит. 5. Хронический панкреатит.	5	ТК-РК, ПА
142.	Креаторея является признаком нарушения переваривания: 1. Жира. 2. Белка. 3. Крахмала. 4. Всех питательных веществ	2	ТК-РК, ПА
143.	Стеаторея является признаком нарушения переваривания: 1. Крахмала. 2. Белка. 3. Жира. 4. Всех питательных веществ.	3	ТК-РК, ПА
144.	Если нарушено поступление желчи в кишку (полная ахолия), при копрологическом исследовании будет: 1. Положительная проба с гваяковой смолой. 2. Отрицательная проба с гваяковой смолой. 3. Положительная проба с сулемой. 4. Отрицательная проба с сулемой.	4	ТК-РК, ПА
145.	Причиной появления свежей ярко-красной крови в кале является: 1. Изъязвленный полип желудка. 2. Язва 12 п. кишки. 3. Язва желудка. 4. Наружный геморрой. 5. Варикозное расширение вен пищевода.	4	ТК-РК, ПА
146.	У больного, страдающего язвенной болезнью желудка возникла общая	2	ТК-РК, ПА

	слабость, головокружение, сердцебиение, мелена. Какое осложнение развилось у больного? 1. Пенетрация. 2. Кровотечение 3. Перфорация 4. Малигнизация 5. Стенозирование привратника		
147.	Какой звук будет определяться при перкуссии живота над зоной скопления жидкости? 1. Тимпанический 2. Тупой 3. Коробочный 4. Притупленно-тимпанический	2	ТК-РК, ПА
148.	Какой клинический признак свидетельствует о наличии холестаза: 1. Ксантомы и ксантелазмы. 2. Пальмарная эритема. 3. Телеангиоэктазии. 4. «Голова медузы». 5. Гинекомастия	1	ТК-РК, ПА
149.	Какая триада перечисленных ниже симптомов характерна для обструкции камнем общего желчного протока? 1. Постоянные боли в эпигастральной области, похудание, диарея. 2. Гематурия, боли в правом подреберье, болезненное мочеиспускание. 3. Схваткообразные боли в эпигастральной области, лихорадка, желтуха. 4. Боли в правом подреберье при дыхании, кашель, лихорадка	3	ТК-РК, ПА
150.	Какой тип вынужденного положения характерен для пациентов с опухолью поджелудочной железы? 1. Положение ортопноэ. 2. Беспокойно мечутся по комнате в поисках положения, облегчающего боль. 3. Положение лежа на боку (ограничивающее дыхательную экскурсию грудной клетки). 4. С наклоном вперед, «обнимая подушку». 5. На спине	4	ТК-РК, ПА
151.	О чем свидетельствует наличие варикозно расширенных вен пищевода у пациентов с заболеваниями печени? 1. О развитии печеночной недостаточности. 2. О развитии гиперспленизма. 3. О развитии портальной гипертензии. 4. О наличии гепатолиенального синдрома. 5. О наличии печеночной энцефалопатии.	3	ТК-РК, ПА
152.	Какое исследование может подтвердить диагноз язвенной болезни желудка? 1. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости 2. Ирригоскопия 3. Гастродуоденоскопия с исследованием на наличие	3	ТК-РК, ПА

	инфекции <i>Helicobacter pylori</i> 4. Биохимический анализ крови		
153.	Для копрологического ахолического синдрома характерны: 1. Положительная проба на стеркобилин. 2. Отрицательная проба на стеркобилин. 3. Стеаторея, представленная преимущественно жирными кислотами. 4. Стеаторея, представленная, преимущественно нейтральным жиром. 5. Стеаторея, представленная, преимущественно мылами	2,3	ТК-РК, ПА
154.	Выберите симптомы характерные для копрологического ахолического синдрома: 1. Креаторея, представленная сохранившимися исчерченность мышечными волокнами. 2. Креаторея, представленная потерявшими исчерченность мышечными волокнами. 3. Соединительная ткань. 4. Стеаторея, представленная жирными кислотами. 5. Амилорея, представленная внеклеточным крахмалом. 6. Амилорея, представленная внутриклеточным крахмалом. 7. Перевариваемая клетчатка.	1,3,6,7	ТК-РК, ПА
155.	Копрологическим симптомом нарушенного всасывания жиров является стеаторея, представленная (выберите правильные ответы): 1. Нейтральным жиром. 2. Жирными кислотами. 3. Мылами	2,3	ТК-РК, ПА
156.	Какие факторы могут спровоцировать приступ желчной колики? 1. Длительная тряская езда. 2. Тяжелая физическая работа. 3. Нервное напряжение. 4. Обильный прием жирной пищи. 5. Курение	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
157.	Какие симптомы могут быть выявлены при физикальном обследовании больных с острым калькулёзным холециститом? 1. Симптом Ортнера. 2. Симптом Курвуазье-Терье. 3. Симптом Василенко. 4. Симптом Образцова-Мерфи	1,3,4	ТК-РК, ПА
158.	Какие инструментальные исследования следует провести для подтверждения диагноза желчнокаменной болезни? 1. Ультразвуковое исследование. 2. Ирригоскопия. 3. Холецистография. 4. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. 5. Колоноскопия	1,3,4	ТК-РК, ПА
159.	Подпеченочная желтуха развивается вследствие: 1. Закупорки камнем общего желчного протока. 2. Рака головки поджелудочной железы. 3. Рака Фатерова сосочка.	1,2,3	ТК-РК, ПА

	4. Закупорки камнем пузырного протока		
160.	Какие физикальные методы используют для выявления асцита? 1. Аускультацию. 2. Перкуссию. 3. Метод флюктуации.	2,3	ТК-РК, ПА
161.	К «малым» признакам цирроза печени относят: 1.Пальмарную эритему. 2.Сосудистые «звездочки». 3. Красный «лакированный» язык. 4. Гинекомастию. 5. Асцит	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
162.	Портальная гипертензия возникает вследствие: 1. Цирроза печени. 2. Тромбоза печеночных вен. 3. Тромбоза воротной вены. 4. Сдавления воротной вены опухолью или увеличенными лимфатическими узлами	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
163.	Для печёочно-клеточной желтухи характерны следующие лабораторные показатели из перечисленных: 1. В анализе кала отрицательная реакция на стеркобилин. 2. В анализе кала положительная реакция на стеркобилин. 3. В анализе мочи уробилиноиды выше нормы. 4. В анализе мочи уробилиноиды отсутствуют. 5. В анализе мочи отсутствуют желчные пигменты. 6. В анализе мочи определяются желчные пигменты.	2,3,6	ТК-РК, ПА
164.	Какие симптомы указывают на вовлечение в воспалительный процесс серозной оболочки желчного пузыря (перихолецистит)? 1. Симптом Мерфи. 2. Симптом Ортнера-Грекова. 3. Симптом Пастернацкого. 4. Симптом Лукина-Либмана. 5. Симптом Щеткина-Блюмберга. 6. Симптом Мюссе	1,2,5	ТК-РК, ПА
165.	Какие симптомы характерны для опухоли головки поджелудочной железы? 1. Болезненность при поколачивании по правой реберной дуги (симптом Ортнера-Грекова). 2. Выявление увеличенного безболезненного желчного пузыря (симптом Курвуазье). 3. Быстрое развитие желтухи и кожного зуда после приступа коликообразных болей в эпигастральной области. 4. Постепенное нарастание желтухи и кожного зуда	2,4	ТК-РК, ПА
166.	Развитие каких осложнений можно ожидать у больных с циррозом печени? 1. Порто-системная энцефалопатия. 2. Панкреонекроз. 3. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. 4. Гнойный холангит	1,3	ТК-РК, ПА
167.	Выберите из предложенного списка признаки портальной гипертензии:	2,3,6	ТК-РК, ПА

	1. Сосудистые звездочки. 2. Увеличение селезенки. 3. Варикозное расширение вен геморроидального сплетения. 4. «Печеночные ладони». 5. Контрактура Дюпюитрена. 6. Обнаружение реканализации пупочной вены при УЗИ.		
168.	Какие данные анализа крови позволяют констатировать снижение белковосинтетической функции печени? 1. Повышение уровня АСТ, АЛТ. 2. Снижение уровня альбумина. 3. Повышение уровня холинэстеразы. 4. Снижение протромбинового индекса. 5. Гипербилирубинемия	2,4	ТК-РК, ПА
169.	При надпеченочной портальной гипертензии, в отличие от подпеченочной, дополнительно развиваются следующие симптомы: 1. Боли в правом подреберье в результате растяжения капсулы печени. 2. «Воротник» Стокса. 3. Снижение уровня альбумина и протромбинового индекса. 4. Набухание шейных вен. 5. Акроцианоз.	1,3	ТК-РК, ПА
170.	На ранней стадии желтуха выявляется: 1. На склерах. 2. На ладонях и подошвах. 3. На слизистой оболочке неба. 4. На уздечке языка	1,3,4	ТК-РК, ПА
171.	Печень выполняет следующие функции в обмене билирубина: 1. Улавливание свободного билирубина из крови. 2. Секреция в желчь свободного билирубина. 3. Связывание билирубина с глюкуроновой кислотой. 4. Секреция в желчь связанного билирубина. 5. Восстановление билирубина до стеркобилиногена	1,3,4	ТК-РК, ПА
172.	Для надпеченочной (гемолитической) желтухи характерны: 1. Зеленовато-коричневый оттенок кожи. 2. Мучительный кожный зуд. 3. Интенсивно окрашенный кал. 4. Спленомегалия. 5. Положительная проба Кумбса	3,4,5	ТК-РК, ПА
173.	Каковы причины печеночной желтухи? 1. Цирроз печени. 2. Острый вирусный гепатит. 3. Опухоль головки поджелудочной железы. 4. Желчнокаменная болезнь. 5. Увеличение лимфатических узлов в воротах печени	1,2	ТК-РК, ПА
174.	У больного подпеченочной желтухой могут определяться следующие симптомы: 1. Ахоличный кал. 2. Симптом Курвуазье-Терье. 3. Расчесы на коже. 4. Увеличение уровня непрямого билирубина в крови. 5. Увеличение активности щелочной фосфатазы в крови	1,2,3,5	ТК-РК, ПА

175.	Печеночная кома характеризуется: 1. Полной потерей сознания. 2. Утратой чувствительности. 3. Угасанием всех рефлексов. 4. Брадикардией. 5. Высоким артериальным давлением. 6. Наличием дыхания Куссмауля	1,2,3,6	ТК-РК, ПА
176.	Дополнительными методами диагностики печеночной энцефалопатии являются: 1. Определение концентрации аммиака в артериальной крови. 2. Компьютерная томография головного мозга. 3. Психометрическое тестирование. 4. Электроэнцефалография	1,3,4	ТК-РК, ПА
177.	Какие из нижеперечисленных этиологических и патогенетических факторов могут играть роль в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни? 1. Избыточная масса тела 2. Курение и злоупотребление алкоголем 3. Снижение тонуса нижнего пищеводного клиренса 4. Повышение внутрижелудочного давления 5. Повышение секреции соляной кислоты	1,2,3,4,5	ТК-РК, ПА
178.	Какие исследования наиболее полно могут подтвердить наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни? 1. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 2. Суточная пищеводная рН-метрия. 3. Компьютерная томография брюшной полости. 4. Рентгенография пищевода и желудка с барием	2,4	ТК-РК, ПА
179.	Для копрологического синдрома нарушения экзокринной функции поджелудочной железы характерны следующие симптомы: 1. Креаторея, представленная мышечными волокнами, сохранившими сарколемму. 2. Креаторея, представленная мышечными волокнами, потерявшими сарколемму. 3. Стеаторея, представленная преимущественно жирными кислотами. 4. Стеаторея, представленная, преимущественно нейтральным жиром. 5. Амилорея, представленная внутриклеточным крахмалом. 6. Амилорея, представленная внеклеточным крахмалом	2,4,6	ТК-РК, ПА
180.	Перечислите клинические признаки тонкокишечной диареи: 1. Объем каловых масс увеличен; 2. Императивные позывы на дефекацию отсутствуют; 3. Частота дефекации составляет 2-3 раза в сутки; 4. Частота дефекации достигает 5-10 раз в сутки и более; 5. Объем однократных испражнений уменьшен	1,2,3	ТК-РК, ПА
181.	Перечислите клинические признаки толстокишечной диареи: 1. Зловонный кал; 2. Наличие ложных позывов на дефекацию; 3. Полифекалия; 4. Примесь слизи и крови в кале;	2,4	ТК-РК, ПА

	5. Наличие пузырьков газа в кале		
182.	Для определения нижней границы желудка используются следующие методы: 1. Тихая перкуссия 2. Перкуторная пальпация (определение шума плеска) 3. Стетоскопическая перкуссия 4. Поверхностная пальпация 5. Глубокая пальпация	1,2,3,5	ТК-РК, ПА
183.	Укажите, в каких случаях пальпируется желчный пузырь. 1. Доступен пальпации в норме. 2. При эмпиеме желчного пузыря. 3. При водянке желчного пузыря. 4. При опухоли головки поджелудочной железы	2,3,4	ТК-РК, ПА
184.	Подберите размеры печеночной тупости в норме по данным линиями: 1.Правая передняя подмышечная линия. А. 8-10 см. 2.Правая срединно-ключичная линия. В. 3-6 см. от края мечевидного отростка 3.Правая окологрудная линия. С. 9-11 см 4.Передняя срединная линия. .. Д. 10-12 см	1-Д, 2-С, 3-А, 4-В	ТК-РК, ПА
185.	Для каких осложнений язвенной болезни наиболее характерны нижеперечисленные симптомы? 1.Рвота съеденной накануне пищей. А.Малигнизация. 2.Мелена. В.Перфорация. С.Стенозирование привратника. 3.«Кинжальная» боль в эпигастрии. Д.Кровотечение. 4.Избирательная анорексия (отвращение к мясу).	1-С, 2-Д, 3-В, 4-А	ТК-РК, ПА
186.	Для каких состояний характерна рвота: 1. «Кофейной гущей». А.Язвенная болезнь. 2.Непереваренной пищей. В.Поражение пищевода. 3.Накануне принятой пищей. С.Желудочное кровотечение. 4.Кислым содержимым на высоте болей. Д.Стеноз привратника.	1-С, 2-В, 3-Д, 4-А	ТК-РК, ПА
187.	1. Мелена. А. Рвота кровью. 2. Гематемезис. В. Дегтеобразный стул. 3. Гемаптоз. С. Алая кровь с мокротой. 4. Гематурия. Д. Кровь в моче	1-В, 2-А, 3-С, 4-Д	ТК-РК, ПА
188.	1.Большое количество нейтрального жира в кале А. Амилорея 2. Большое количество жирных кислот В. Стеаторея 3.Большое количество крахмала в кале. С. Креаторея 4.Большое количество мышечных волокон в кале 5.Избыточное количество мыл.	1-В, 2-В, 3-А, 4-С, 5-В	ТК-РК, ПА

189.	1.С-м Мерфи между ключично- 2.С-м Василенко подреберья 3.С-м Захарьина пальпации в 4. С-м Ортнера поколачива- 5.С-м Мюсси-Георгиевского дуге	А. Болезненность при надавливании ножками правой грудинно-сосцевидной мышцы. Б. Резкая болезненность при введении кисти рук в область правого на высоте вдоха В. Резкая болезненность при точке желчного пузыря Г. Резкая болезненность при нии кончиками пальцев в точке желчного пузыря на высоте вдоха Д. Болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге	1-Б, 2-Г, 3-В, 4-Д, 5-А	ТК-РК, ПА
190.	Какие симптомы соответствуют перечисленным синдромам?. 1. Синдром портальной гипертензии. 2. Гепатолиенальный синдром. 3. Гиперспленизм. 4. Геморрагический синдром	А. Анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка, портокавальные анастомозы, асцит, увеличение селезенки. С. Параллельное увеличение печень и селезенки. Д. Кожные геморрагии, кровотечения из носа, десен.	1-В, 2-С, 3-А, 4-Д	ТК-РК, ПА
191.	Какие лабораторные данные соответствуют перечисленным синдромам? 1. Синдром цитолиза. 2. Синдром холестаза. 3. Синдром печеночной недостаточности. 4. Синдром мезенхимального воспаления	А. Увеличение уровня гамма-ГТ, ЩФ, билирубина. В. Гипоальбуминемия, снижение уровня холинэстеразы, протромбинового индекса. С. Гипергаммаглобулинемия, увеличение уровня иммуноглобулинов. Д. Увеличение уровня АЛТ, АСТ.	1-Д, 2-А, 3-В, 4-С	ТК-РК, ПА
192.	Какое исследование позволяет диагностировать начальную стадию хронической почечной недостаточности? 1. Клинический анализ мочи. 2. Исследование мочи по Нечипоренко. 3. Определение суточной протеинурии. 4. Проба Зимницкого.		4	ТК-РК, ПА
193.	Что включает в себя понятие «нефротический синдром»?		2	ТК-РК, ПА

	1. Сочетание протеинурии, гиперлипидемии, артериальной гипертензии. 2. Сочетание протеинурии, гипопроteinемии, отёков, гиперлипидемии. 3. Сочетание гематурии, артериальной гипертензии, отёков. 4. Сочетание гематурии, гипопроteinемии, протеинурии. 5. Сочетание гематурии, артериальной гипертензии, гиперлипидемии. 6. Сочетание гипопроteinемии, протеинурии		
194.	Снижение относительной плотности мочи называется: 1. Протеинурия 2. Изостенурия 3. Гипостенурия 4. Полиурия	3	ТК-РК, ПА
195.	Выберите правильное определение термина «диурез»: 1. Учащенное, болезненное мочеиспускание 2. Метод измерения относительной плотности мочи 3. Количество мочи, выделяемое за сутки 4. Количество мочи, выделенное за ночной период	3	ТК-РК, ПА
196.	Цвет «мясных помоев» мочи при гломерулонефрите обусловлен? 1. Макрогематурией 2. Микрогематурией 3. Кетонурией 4. Билирубинурией 5. Лейкоцитурией	1	ТК-РК, ПА
197.	Какое исследование мочевого осадка позволяет определить локализацию источника гематурии? 1. Проба Аддис-Каковского. 2. Проба Нечипоренко. 3. Проба Томпсона (3-х сосудов). 4. Проба Зимницкого.	3	ТК-РК, ПА
198.	Какой синдром характеризуется появлением у почечных больных приступа судорог и кратковременной потери сознания? 1. Почечная гипертензия 2. Почечная эклампсия 3. Нефротический синдром 4. Острая почечная недостаточность 5. Хроническая почечная недостаточность	2	ТК-РК, ПА
199.	Какое осложнение острого гломерулонефрита может проявляться уменьшением суточного объема мочи до 200 мл или полным прекращением мочеотделения: 1. Острая почечная недостаточность 2. Эклампсия 3. Сердечная недостаточность 4. Асцит 5. Амилоидоз	1	ТК-РК, ПА

200.	Клинический синдром, развивающийся при значительном снижении функции почек, обусловленный воздействием токсических метаболитов на физиологические системы организма, обозначается как: 1. Нефротический 2. Эклампсия 3. Уремия 4. Нефритический 5. Артериальная гипертензия	3	ТК-РК, ПА
201.	Какая проба проводится для количественной оценки содержания форменных элементов крови в 1 мл мочи: 1. Зимницкого 2. Аддис-Каковского 3. Нечипоренко 4. Реберга 5. Томпсона (проба трех стаканов)	3	ТК-РК, ПА
202.	Для какого синдрома характерна суточная протеинурия более 3,5 г? 1. Почечной эклампсии 2. Нефротического 3. Нефритического 4. Хронической почечной недостаточности 5. Острой почечной недостаточности	2	ТК-РК, ПА
203.	Для исследования концентрационной способности почек проводится: 1. Проба Зимницкого 2. Проба 3-х сосудов 3. Проба Амбурже 4. Проба Нечипоренко 5. Маршевая проба	1	ТК-РК, ПА
204.	Скорость клубочковой фильтрации оценивается в пробе: 1. Зимницкого 2. Аддис-Каковского 3. Нечипоренко 4. Реберга 5. Томпсона (проба трех стаканов)	4	ТК-РК, ПА
205.	Какие клинические симптомы характерны для острого гломерулонефрита? 1. Отеки 2. Олигурия 3. Бактериурия 4. Гематурия 5. Артериальная гипертензия	1,2,4,5	ТК-РК, ПА
206.	В моче синдром пиелонефрита входят следующие симптомы: 1. Гематурия 2. Протеинурия 3. Бактериурия 4. Цилиндрuria 5. Лейкоцитурия	3,5	ТК-РК, ПА
207.	Какие из симптомов нарушения мочевого выделения не могут носить физиологический характер?	1,3,4	ТК-РК, ПА

	1. Анурия 2. Полиурия 3. Ишурия 4. Дизурия 5. Олигурия		
208.	Какие из нижеприведенных симптомов образуют мочевого синдром гломерулонефрита? 1. Бактериурия 2. Цилиндрурия 3. Билирубинурия 4. Гематурия 5. Протеинурия	2,4,5	ТК-РК, ПА
209.	Какие из нижеприведенных симптомов обусловлены поражением почек? 1. Гематурия 2. Билирубинурия 3. Кетонурия 4. Протеинурия	1,4	ТК-РК, ПА
210.	Для боли при почечной колике характерно: 1. Приступообразный характер 2. Иррадиация в промежность, паховую область 3. Иррадиация в плечо 4. Возникновение после тряской езды или длительной ходьбы 5. Возникновение после приема жирной пищи	1,2,4	ТК-РК, ПА
211.	Для отечного синдрома при поражении почек характерно: 1. Первое появление на лице 2. Первое появление на ногах, чаще к вечеру 3. Плотность отечной ткани 4. Цвет кожи синюшный 5. Цвет кожи бледный	1,5	ТК-РК, ПА
212.	Для хронической почечной недостаточности характерны: 1. Постоянная тупая боль в поясничной области 2. Кожный зуд 3. Азотемия длительностью более 3-х месяцев 4. Макрогематурия 5. Острая боль в поясничной области	2,3	ТК-РК, ПА
213.	Для симптоматической почечной артериальной гипертензии характерно: 1. Более высокий уровень диастолического АД 2. Более высокий уровень систолического АД 3. Более частое злокачественное течение АГ 4. Достаточно редко встречается кризовое течение 5. Достаточно часто встречается кризовое течение	1,3,4	ТК-РК, ПА
214.	Какие из мочевых симптомов, характерны для пиелонефрита? 1. Лейкоцитурия 2. Гематурия 3. Бактериурия 4. Протеинурия 5. Кетонурия	1,3,4	ТК-РК, ПА
215.	При проведении пробы Зимницкого измеряют следующие параметры 1. Содержание лейкоцитов	3,5	ТК-РК, ПА

	2. Содержание эритроцитов 3. Относительную плотность 4. Содержание белка 5. Диурез		
216.	Наиболее частыми причинами никтурии служат: 1. Кровопотеря 2. Хроническая почечная недостаточность 3. Диарея 4. Сердечная недостаточность 5. Сахарный диабет	2,4,5	ТК-РК, ПА
217.	Какие изменения в анализе крови отражают синдром хронической почечной недостаточности? 1. Понижение содержания альбумина 2. Повышение содержания креатинина 3. Понижение содержания холестерина 4. Повышение содержания азот мочевины 5. Повышение содержания альбумина	2,4	ТК-РК, ПА
218.	Одним из основных клинических симптомов гемолитической анемии служит: 1. Кожный зуд 2. Желтуха 3. Отеки 4. Цианоз 5. Полиурия	2	ТК-РК, ПА
219.	При каком заболевании встречается наиболее выраженная спленомегалия? 1. Хронический лимфолейкоз 2. Лимфогранулематоз 3. Хронический миелолейкоз 4. Острый лейкоз 5. В-12 дефицитная анемия	3	ТК-РК, ПА
220.	Основным клиническим проявлением лимфогранулематоза (болезни Ходжкина) служит: 1. Желтуха 2. Бледность видимых слизистых 3. Полиартрит 4. Асцит 5. Лимфоаденопатия	5	ТК-РК, ПА
221.	Для всех анемий характерным клиническим синдромом служит: 1. Циркуляторно-гипоксический 2. Синдром диспепсии 3. Отечно-асцитический 4. Сердечной недостаточности 5. Дыхательной недостаточности	1	ТК-РК, ПА
222.	Для какой анемии характерен сидеропенический синдром: 1. В12 дефицитной 2. Апластической 3. Железодефицитной 4. Фолиеводефицитной 5. Гемолитической	3	ТК-РК, ПА
223.	Самая частая причина железодефицитной анемии:	2	ТК-РК, ПА

	1. Недостаточное поступление железа с пищей 2. Хроническая кровопотеря 3. Беременность 4. Повышенная потребность 5. Лактация		
224.	Какая самая частая причина В12 дефицитной анемии в настоящее время: 1. Беременность 2. Недостаточное поступление В12 с пищей 3. Болезнь Крона 4. Инвазия широким лентецом 5. Аутоиммунный атрофический гастрит	5	ТК-РК, ПА
225.	Лимфогранулематоз относится к: 1. Острым лейкозам 2. Гематосаркомам 3. Анемиям 4. Хроническим лейкозам 5. Лейкемодным реакциям	2	ТК-РК, ПА
226.	Петехиальный тип кровоточивости характерен для: 1. Травмы артерий 2. Травмы вен 3. Дефицита факторов свертывания 4. Тромбоцитопении 5. Снижения фибринолиза	4	ТК-РК, ПА
227.	Термин «анизоцитоз» означает изменение: 1. Диаметра эритроцитов 2. Интенсивности окраски эритроцитов 3. Осмотической резистентности эритроцитов 4. Формы эритроцитов 5. Количества эритроцитов	4	ТК-РК, ПА
228.	Термин «пойкилоцитоз» означает изменение: 1. Количества эритроцитов 2. Размеров эритроцитов 3. Формы эритроцитов 4. Осмотической резистентности эритроцитов 5. Интенсивности окраски эритроцитов	2	ТК-РК, ПА
229.	Регенераторный ответ костного мозга на анемию оценивается по содержанию в анализе крови: 1. Лейкоцитов 2. Бластов 3. Тромбоцитов 4. Ретикулоцитов 5. Эритроцитов	4	ТК-РК, ПА
230.	Наличие в анализе крови «теней Боткина-Гумпрехта» (элементы лейколиза) характерно для: 1. Острого лимфобластного лейкоза 2. Железодефицитной анемии 3. Хронического миелолейкоза 4. Апластической анемии 5. Хронического лимфолейкоза	5	ТК-РК, ПА
231.	Время кровотечения служит методом оценки: 1. Тромбоцитарного звена гемостаза	1	ТК-РК, ПА

	2. Белков свертывающей системы 3. Фибринолитической системы 4. Функции печени 5. Функции почек		
232.	Дайте определение агранулоцитоза: 1. Отсутствие нейтрофилов 2. Снижение числа эозинофилов 3. Снижение числа базофилов 4. Снижение числа нейтрофилов $< 0,5 \times 10^9/\text{л}$ 5. Снижение числа лимфоцитов	4	ТК-РК, ПА
233.	Какое исследование, необходимо провести для подтверждения железодефицитной анемии: 1. Трепанобиопсия 2. Стернальная пункция 3. Определение показателей обмена железа 4. Определение содержания в крови фолиевой кислоты 5. Определение содержания в крови витамина В12	3	ТК-РК, ПА ТК-РК, ПА ТК-РК, ПА ТК-РК, ПА ТК-РК, ПА
234.	Витамин В12 всасывается в: 1. Тощей кишке 2. Желудке 3. Терминальном отделе подвздошной кишки 4. 12-ти перстной кишке 5. Толстой кишке	3	ТК-РК, ПА
235.	Выберите симптомы, относящиеся к циркуляторно-гипоксическому синдрому: 1. Бледность видимых слизистых и кожного покрова 2. Спленомегалия 3. Головокружение 4. Мягкий систолический шум на верхушке сердца 5. Отеки голеней	1,3,4	ТК-РК, ПА
236.	Выберите симптомы, относящиеся к сидеропеническому синдрому: 1. Желтуха 2. Ангулярный стоматит (заеды в углах рта) 3. Извращение вкуса 4. Диарея 5. Асцит	2,3	ТК-РК, ПА
237.	Выберите синдромы, характерные для железодефицитной анемии: 1. Циркуляторно-гипоксический 2. Лихорадки и интоксикации 3. Фуникулярный миелоз 4. Геморрагический 5. Сидеропенический	1,5	ТК-РК, ПА
238.	При каких заболеваниях встречается гепатолиенальный синдром: 1. Железодефицитная анемия 2. В12 дефицитная анемия 3. Хронический лейкоз 4. Фолиеводефицитная анемия 5. Острый лейкоз	2,3,5	ТК-РК, ПА
239.	Выберите синдромы, характерные для В12 дефицитной	1,3,4	ТК-РК, ПА

	анемии: 1. Гепатолиенальный 2. Сердечной недостаточности 3. Циркуляторно-гипоксический 4. Фуникулярный миелоз 5. Мальабсорбция		
240.	Выберите синдромы, характерные для острого лейкоза: 1. Генерализованная лимфаденопатия 2. Гепатолиенальный 3. Геморрагический 4. Сидеропенический 5. Фуникулярный миелоз	1,2,3	ТК-РК, ПА
241.	К клиническим проявлениям агранулоцитоза относятся: 1. Лихорадка 2. Бледность кожных покровов 3. Язвенно-некротическая ангина 4. Пневмония 5. Отеки голеней	1,3,4	ТК-РК, ПА
242.	Трехростковая цитопения (панцитопения) встречается при следующих заболеваниях: 1. В12 дефицитная анемия 2. Анемия вследствие острой кровопотери 3. Железодефицитная анемия 4. Апластическая анемия 5. Гемолитическая анемия	1,2,4	ТК-РК, ПА
243.	К гиперхромным анемиям относятся: 1. Железодефицитная 2. Фолиеводефицитная 3. Гемолитическая 4. Апластическая 5. В12 дефицитная	2,5	ТК-РК, ПА
244.	Клинический анализ крови при железодефицитной анемии включает в себя следующие признаки: 1. Гипохромная анемия 2. Гиперхромная анемия 3. Ретикулоцитоз 4. Тромбоцитоз 5. Лейкоцитоз	1,3,4	ТК-РК, ПА
245.	Клинический анализ крови при В12 дефицитной анемии включает в себя следующие признаки: 1. Ретикулоцитоз 2. Гиперхромная анемия 3. Лейкопения 4. Лейкоцитоз 5. Тромбоцитопения	2,3,5	ТК-РК, ПА
246.	Клинический анализ крови при остром миелолейкозе включает в себя следующие признаки: 1. Миелобласты 2. Лейкемический провал 3. Тромбоцитоз 4. Тромбоцитопения 5. Эритроцитоз	1,2,4	ТК-РК, ПА

247.	Анализ крови при хроническом миелолейкозе включает в себя следующие признаки: 1. Миелобласты 2. Лейкоцитоз 3. Сдвиг лейкоцитарной формулы до миелоцитов 4. Ретикулоцитоз 5. Наличие филадельфийской хромосомы	2,3,5	ТК-РК, ПА
248.	Причины эозинофилии: 1. Аллергические заболевания 2. Железодефицитная анемия 3. В12 дефицитная анемия 4. Острый лейкоз 5. Глистная инвазия	1,5	ТК-РК, ПА
249.	Показаниями для стеральной пункции и трепанобиопсии служат: 1. Анемия с ретикулоцитозом 2. Трехростковая цитопения 3. Наличие бластов в периферической крови 4. Острая кровопотеря 5. Изолированная тромбоцитопения	2,3,5	ТК-РК, ПА
250.	Исследование костного мозга при В12 дефицитной анемии выявляет следующие признаки: 1. Мегалобластный тип кроветворения 2. Увеличение количества бластов до 80% 3. Резкое уменьшение числа мегакариоцитов 4. Сужение красного ростка 5. Уменьшение числа ретикулоцитов	1,5	ТК-РК, ПА
251.	Исследование костного мозга при остром лейкозе выявляет следующие признаки: 1. Резкое уменьшение числа мегакариоцитов 2. Мегалобластный тип кроветворения 3. Увеличение количества бластов до 80% 4. Сужение красного ростка 5. Уменьшение числа ретикулоцитов	1,3,4,5	ТК-РК, ПА
252.	На время кровотечения влияют: 1. Количество тромбоцитов 2. Активность факторов внешнего звена свертывания 3. Свойства сосудистой стенки 4. Качественные характеристики тромбоцитов 5. Активность факторов внутреннего звена свертывания	1,3,4	ТК-РК, ПА
253.	Для характеристики функции щитовидной железы наиболее информативно: 1. Сканирование щитовидной железы 2. Определение в крови антител к тиреоглобулину 3. УЗИ щитовидной железы 4. Определение в крови Т3, Т4, ТТГ 5. Биопсия щитовидной железы	4	ТК-РК, ПА
254.	Основным методом диагностики структурных нарушений щитовидной железы служит: 1. Термография 2. Сканирование щитовидной железы 3. Определение тиреоидных гормонов в крови	4	ТК-РК, ПА

	4. УЗИ щитовидной железы 5. Биопсия щитовидной железы		
255.	Больная жалуется на снижение памяти, аппетита, зябкость, сонливость, запоры. При объективном исследовании обращает на себя внимание монотонная речь, голос низкий, замедленные движения. Кожа бледная сухая, шероховатая, лицо одутловатое, ИМТ 28 кг/м². Тоны сердца приглушены, ЧСС 55 в 1 мин, АД 130 и 80 мм рт ст. Живот вздут. Плотные отеки до колен. Развитие какого заболевания можно предположить у больной: 1. Диффузный токсический зоб 2. Гипотиреоз 3. Хроническая сердечная недостаточность 4. В-12 дефицитная анемия 5. Цирроз печени	2	ТК-РК, ПА
256.	При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо: 1. Определить уровень базального инсулина 2. Определить уровень глюкозы в крови натощак 3. Провести глюкозотолерантный тест 4. Назначить препараты сульфонилмочевины 5. Ограничить употребление углеводов	2	ТК-РК, ПА
257.	Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, служит: 1. Глаукома 2. Катаракта 3. Пролиферирующая ретинопатия 4. Атрофия зрительных нервов 5. Автономная нейропатия	3	ТК-РК, ПА
258.	Какой симптом наиболее характерен для больных с гиперфункцией щитовидной железы? 1. Неукротимая рвота. 2. Изжога. 3. Запоры. 4. Поносы. 5. Отрыжка.	4	ТК-РК, ПА
259.	У больного 54 лет, доставленного в отделение интенсивной терапии в коматозном состоянии зрачки расширены, кожные покровы бледные, влажные, тонус мышц повышен, сухожильные рефлексы высокие, частые клонические судороги икроножных мышц, глазные яблоки плотные. Артериальное давление 90 и 60 мм.рт.ст. При исследовании крови глюкоза - 2,2 ммоль/л (40 мг%). Предполагаемый диагноз: 1. Анафилактический шок. 2. Диабетическая кома. 3. Гипогликемическая кома. 4. Эпилептическая кома. 5. Апоплексическая кома.	3	ТК-РК, ПА
260.	Какой механизм лежит в основе развития сахарного диабета I типа? 1. Относительный дефицит инсулина	3	ТК-РК, ПА

	2. Поражение передней доли гипофиза 3. Поражение β - клеток островкового аппарата поджелудочной железы 4. Поражение коры надпочечников		
261.	Уровень глюкозы крови составил 1,8 ммоль/л. Это соответствует: 1. Гипергликемии 2. Гипогликемии 3. Норме 4. Нарушению толерантности к углеводам	2	ТК-РК, ПА
262.	Нормальное значение глюкозы крови натощак соответствует: 1. 2,3 – 4,5 ммоль/л 2. 3,3 – 5,5 ммоль/л 3. 5,5 – 7,6 ммоль/л 4. 7,6 – 11,2 ммоль/л	2	ТК-РК, ПА
263.	Глюкозурия –это: 1. Концентрации глюкозы крови выше нормы 2. Концентрации глюкозы мочи выше нормы 3. Появление глюкозы в моче 4. «Почечный порог» для глюкозы	3	ТК-РК, ПА
264.	Какие изменения на ЭКГ характерны для синдрома гипофункции щитовидной железы? 1. Синусовая тахикардия 2. Синусовая брадикардия 3. Мерцательная аритмия 4. Патологический зубец Q и отрицательный зубец Т в III отведении	2	ТК-РК, ПА
265.	Какие лабораторные показатели характеризуют данный синдром гипофункции щитовидной железы? 1. Повышение уровня T_3 и T_4 и снижение уровня ТТГ 2. Снижение уровня T_3 и T_4 и повышение уровня ТТГ 3. Снижение уровня глюкозы 4. Нормальный уровень T_3 и T_4 5. Повышение уровня T_3 и T_4	2	ТК-РК, ПА
266.	Какие осложнения характерны для сахарного диабета? 1. Ретинопатия 2. Амилоидоз почек 3. Нефропатия 4. Нейропатия 5. Нефролитиаз 6. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	1,3,4,6	ТК-РК, ПА
267.	Какие лабораторные данные свидетельствуют о наличии сахарного диабета? 1. Глюкозурия 2. Повышенное содержание инсулина и С-пептида в крови 3. Гликемия через 2 часа после приёма 75 г глюкозы более 11,1 ммоль/л 4. Повышение содержание гликозилированного гемоглобина 5. Микроальбуминурия	1,2,3,4,5	ТК-РК, ПА
268.	Какие клинические симптомы характерны для гипергликемии?	2,3	ТК-РК, ПА

	1. Тахикардия 2. Полидипсия 3. Полиурия 4. Олигоурия		
269.	Какие жалобы больной позволяют предположить синдром гипопункции щитовидной железы? 1. Головная боль 2. Запоры 3. Вялость 4. Тошнота 5. Зябкость 6. Сонливость	2,3,5,6	ТК-РК, ПА
270.	Какие объективные данные характерны для синдрома гипопункции щитовидной железы? 1. Лицо одутловатое с грубыми чертами 2. Бледная, холодная, сухая, грубая, шелушащаяся кожа 3. Гнойничковые высыпания на спине 4. Брадикардия, приглушенные тоны сердца 5. Систолический шум на верхушке 6. Телеангиэктазии	1,2,4	ТК-РК, ПА
271.	Какие изменения со стороны сердечно-сосудистой системы характерны для синдрома гипопункции щитовидной железы? 1. Тахикардия 2. Глухость сердечных тонов 3. Пульс медленный, малого наполнения 4. Снижение систолического и пульсового давления 5. Расширение границ относительной тупости сердца 6. Мерцательная аритмия	2,3,4,5	ТК-РК, ПА
272.	Какие клинические симптомы характерны для синдрома гипергликемии: 1. Полидипсия 2. Полиурия 3. Кожный зуд 4. Гнойничковые высыпания	1,2,3,4	ТК-РК, ПА
273.	К характерным клиническим проявлениям гипотиреоза относится: 1. Плотные отеки 2. Снижение массы тела 3. Брадикардия 4. Запоры 5. Стойкая тахикардия	1,3,4	ТК-РК, ПА
274.	Со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с гипотиреозом характерны следующие симптомы: 1. Брадикардия 2. Низкий вольтаж зубцов 3. Систолическое давление снижается 4. Систолическое давление повышается 5. Боли в области сердца	1,2,3,5	ТК-РК, ПА
275.	К характерным клиническим проявлениям тиреотоксикоза относятся: 1. Снижение массы тела 2. Повышенная раздражительность	1,2,3,5	ТК-РК, ПА

	3. Мышечная слабость 4. Запоры 5. Стойкая тахикардия		
276.	Экзофтальм: 1. Это равномерное двустороннее выпячивание глазных яблок 2. Не сопровождается ограничением подвижности глазных яблок 3. Основная причина – накопление кислых мукополисахаридов в ретробульбарной клетчатке 4. Связан с нарушением иннервации гладкой мускулатуры 5. Характерен для гипотиреоза	1,2,3	ТК-РК, ПА
277.	На основании каких лабораторных данных можно подтвердить гипотиреоз? 1. Уровень трийодтиронина и тироксина ниже нормы 2. Уровень трийодтиронина и тироксина выше нормы 3. Уровень ТТГ выше нормы 4. Уровень ТТГ в норме или понижен 5. Уровень гормонов не меняется	2,4	ТК-РК, ПА
278.	1. Грефе А. Обнажение белой полосы склеры между краем верхнего века и радужкой при фиксации взглядом предмета перемещаемого вверх 2. Штельвага В. Широкое раскрытие обеих глазных щелей с появлением белой полосы склеры между верхним веком и радужкой 3. Кохера С. Редкое мигание 4. Дальримпля Д. Периодическое мимолетное расширение глазных щелей при фиксации взора 5. Боткина Е. Появление белой полосы склеры между краем века и роговой оболочки при движении глазного яблока книзу	1 – Е, 2 – С, 3 – А, 4 – В, 5 – D.	ТК-РК, ПА
279.	Какой степени увеличения щитовидной железы соответствуют объективные данные? 1. I степень. А. "Толстая шея", вызванная заметным на глаз зобом. 2. II степень. В. Увеличенная щитовидная железа отчетливо видна при глотании. 3. III степень. С. Зоб виден на расстоянии. 4. IV степень. Д. Гигантский зоб. 5. V степень. Е. Увеличенная щитовидная железа при осмотре шеи не видна, пальпируется слабо	1-Е, 2-В, 3-А, 4-С, 5-Д	ТК-РК, ПА

*указывается, при каком уровне контроля применяется оценочное средство (текущий контроль, в том числе рубежный контроль (ТК, ТК-РК), промежуточная аттестация (ПА), государственная итоговая аттестация (ГИА))

Вид оценочного средства: *Практические навыки:*

Оценочное средство	Критерии ответа (полный ответ,	Уровень применения*
--------------------	--------------------------------	---------------------

		неполный ответ, отсутствует)	
1.	История болезни, план её заполнения. Значение для диагностики каждого раздела истории болезни.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	<i>РК, ПА</i>
2.	Методический расспрос больного.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	<i>РК, ПА</i>
3.	Методика общего осмотра больного, значение его для диагностики.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	<i>РК, ПА</i>
4.	Исследование подкожной клетчатки. Способы выявления отёков и контроля за их динамикой	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	<i>РК, ПА</i>
5.	Пальпация лимфоузлов. Значение этого метода исследования для диагностики.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	<i>РК, ПА</i>
6.	Правила термометрии и построения температурной кривой	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не</i>	<i>РК, ПА</i>

		<i>самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
7.	Метод пальпации: способы пальпации, диагностическое значение метода	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
8.	Правила, техника и диагностическое значение метода перкуссии	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
9.	Правила, техника и диагностическое значение метода аускультации	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
10.	Осмотр грудной клетки. Значение его для диагностики.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
11.	Методика и диагностическое значение пальпации грудной клетки и определения голосового дрожания.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
12.	Определение дыхательной экскурсии грудной клетки. Значение её для диагностики и причины, вызывающие изменение дыхательной	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно,</i>	<i>РК, ПА</i>

	экскурсии грудной клетки	<i>раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
13.	Методика сравнительной перкуссии лёгких. Диагностическое значение полученных результатов	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
14.	Определение верхних границ лёгких и ширины полей Кренига, их диагностическое значение	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
15.	Методика определения нижней границы лёгких. Значение её для диагностики	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
16.	Методика и диагностическое значение определения подвижности нижнего края лёгких	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
17.	Методика сравнительной аускультации лёгких. Методика и диагностическое значение исследования бронхофонии	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
18.	Вспомогательные приёмы, применяемые в	Критерии ответа	<i>РК, ПА</i>

	дифференциальной диагностике побочных дыхательных шумов. Диагностическое значение полученных результатов	(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
19.	Осмотр сосудов шеи и периферических артерий. Диагностическое значение полученных результатов	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	РК, ПА
20.	Значение осмотра и пальпации области сердца в диагностике различных пороков сердца	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	РК, ПА
21.	Методика и диагностическое значение исследования пульсации в подложечной области	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	РК, ПА
22.	Методика определения границ относительной тупости сердца. Значение этого исследования в диагностике заболеваний сердца	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	РК, ПА
23.	Методика определения абсолютной тупости сердца. Причины, приводящие к уменьшению или увеличению абсолютной тупости сердца	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не	РК, ПА

		<i>раскрыта)</i>	
24.	Правила и техника аускультации сердца. Места выслушивания и истинная проекция клапанов на грудную клетку.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
25.	Выслушивание основных и дополнительных тонов сердца. Диагностическое значение полученных результатов.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
26.	Вспомогательные приёмы, применяемые при выявлении сердечных шумов. Диагностическое значение полученных результатов	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
27.	Исследование периферических сосудов. Определение свойств пульса лучевых артерий. Диагностическое значение.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
28.	Правила измерения артериального давления. Диагностическое значение полученных результатов.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
29.	Осмотр ротовой полости. Диагностическое значение	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно,</i>	<i>РК, ПА</i>

		<i>раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
30.	Диагностическое значение осмотра живота. Топографические области живота. Аускультация живота	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
31.	Диагностическое значение перкуссии живота. Методика определения свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости и её отличие от метеоризма	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
32.	Общие правила пальпации органов брюшной полости. Методика и диагностическое значение поверхностной пальпации живота.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
33.	Методика и диагностическое значение глубокой пальпации органов брюшной полости.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
34.	Способы определения нижней границы желудка. Диагностическое значение	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
35.	Осмотр области печени и селезёнки, его диагностическое значение	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно,</i>	<i>РК, ПА</i>

		<i>но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
36.	Методика перкуссии границ печени, определение её размеров. Диагностическое значение этого исследования.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
37.	Методика пальпации печени. Диагностическое значение полученных результатов	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
38.	Методика и диагностическое значение исследования желчного пузыря	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
39.	Методика и диагностическое значение исследования поджелудочной железы	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
40.	Перкуссия селезёнки	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
41.	Пальпация селезёнки	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и</i>	<i>РК, ПА</i>

		<i>самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
42.	Осмотр поясничной и надлобковой области. Определение симптома Пастернацкого.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
43.	Методика пальпации почек. Диагностическое значение этого исследования	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
44.	Перкуссия и пальпация мочевого пузыря	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
45.	Пальпация щитовидной железы.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>
46.	Глазные симптомы, методика их определения и диагностическое значение	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	<i>РК, ПА</i>

47.	Типы телосложения, методика их определения, диагностическое значение	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	РК, ПА
-----	--	--	--------

Вид оценочного средства: *Ситуационные задачи:*

	Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения *
			ТК-РК
1.	Больная А., 23 лет, при поступлении в стационар жаловалась на выраженную одышку, повышение температуры тела, тяжесть в правом боку, общую слабость. Заболела остро, неделю назад. Вначале появились небольшой сухой кашель, колющие боли в правом боку при дыхании, усиливающиеся при глубоком вдохе, а также при кашле, потливость, головные боли, повысилась температура тела до 37,7°C. Самостоятельно принимала аспирин, без эффекта. Присоединилась и стала усиливаться одышка, температура тела повысилась до 38,3°C. Колющие боли в грудной клетке сменились ощущением тяжести в правом боку. При обследовании врач обнаружил умеренный цианоз, увеличение в объеме правой половины грудной клетки со сглаженностью межрёберных промежутков, отставание при дыхании правой половины грудной клетки. Частота дыхания составила 35 в мин. Справа ниже угла лопатки голосовое дрожание не проводится. При перкуссии справа определяется зона тупого звука с дугообразной верхней границей, верхняя точка которой находится по задней подмышечной линии. При аускультации над областью тупости дыхание не выслушивается, выше тупости - дыхание с бронхиальным оттенком. 1. Чем могут быть обусловлены имеющиеся у больной боли в грудной клетке ? 2. Наличие каких синдромов можно установить у больной на основании жалоб и данных объективного исследования ? 3. Какие заболевания могут обусловить имеющуюся у больной клиническую картину ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
2.	Больной М., 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 37,7°C,	Критерии ответа	ТК-РК

	кашель с умеренным количеством светлой мокроты, общую слабость, потливость. Заболел 3 дня назад, когда после переохлаждения появились насморк, охриплость голоса, чувство саднения за грудиной, а также сухой кашель, который затем стал влажным. При осмотре, пальпации и перкуссии грудной клетки изменений выявлено не было, однако при аускультации врач обнаружил жёсткое дыхание, значительное количество рассеянных сухих (преимущественно басовых) хрипов и небольшое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов. 1. Чем может быть обусловлено появление у больного жёсткого дыхания ? 2. Какие синдромы можно определить у больного исходя из имеющихся жалоб и найденных изменений ? 3. При каком заболевании чаще всего отмечается описанная клиническая картина ?	(раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
3.	Врач бригады скорой помощи был вызван к больной, 28 лет по поводу внезапно возникшего и продолжающегося в течение нескольких часов приступа удушья с затруднением выдоха, кашля с трудноотделяемой мокротой. Повторное применение ингалятора (b-адрено-стимулятор беротек) дало лишь временный эффект. Подобные приступы беспокоят больную в течение последних 5 лет, иногда провоцируются запахами бензина, цветущих растений. В детстве часто страдала простудными заболеваниями, неоднократно перенесла острую пневмонию. При осмотре: больная сидит в постели, опираясь руками о колени, определяется умеренный цианоз. На расстоянии слышно шумное свистящее дыхание. Лицо одутловатое, наблюдается набухание вен шеи. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы. Грудная клетка бочкообразная, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Частота дыхания - 28 в мин. При перкуссии грудной клетки - коробочный звук, определяется смещение вниз нижних границ лёгких. При аускультации выслушивается равномерно ослабленное дыхание с удлинённым выдохом, большое количество распространённых сухих свистящих хрипов. 1. Какие синдромы можно выделить у больной исходя из имеющихся жалоб и данных объективного исследования ?	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК

	2. Какое заболевание может обусловить указанную клиническую картину ? 3. Какое осложнение может развиться у данной больной ?		
4.	Больной Л., 17 лет, обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 37,7°C, потливость, небольшой сухой кашель, боли в правом боку, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, а также при положении на левом боку. Болен в течение 3 дней. В возрасте 16 лет был выявлен вираж пробы Манту. При осмотре был отмечен поверхностный характер дыхания, обнаружено отставание правой половины грудной клетки при дыхании, некоторое ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого, шум трения плевры по средней подмышечной линии справа. 1. Какие синдромы можно выделить в клинической картине заболевания ? 2. С чем может быть связано усиление болей при положении больного на левом боку ? 3. Какое заболевание, предположительно, может быть у больного ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
5.	Больной Ж., 25 лет, вызвал врача на дом на 2-ой день болезни. Заболел остро. На фоне полного здоровья после переохлаждения (ходил в лыжный поход) внезапно появился озноб, отметил повышение температуры до 39,5°C, колющие боли в правом боку при дыхании, головные боли, сухой кашель, общую слабость. Принимал аспирин, но температура продолжала оставаться высокой. На следующий день кашель усилился, появилась “ржавая” мокрота. При обследовании было обнаружено тяжёлое общее состояние больного. Отмечались: румянец на щеках (больше справа), герпетические высыпания на губах. Частота дыхания - 35 в мин. Было выявлено отставание при дыхании правой половины грудной клетки. Справа ниже угла лопатки определялись усиление голосового дрожания, притуплённо-тимпанический характер перкуторного звука, выслушивались ослабленное везикулярное дыхание, усиление бронхофонии, крепитация. 1. Какие синдромы можно выделить на основании имеющихся жалоб и данных объективного	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	исследования ? 2. С чем может быть связано наличие у больного крепитации ? 3. Наличие какого заболевания можно предположить у больного ?		
6.	Больной К., 43 лет, такелажник на стройке, длительное время злоупотребляет алкоголем, плохо питается. Повторно вызвал врача на дом на 10-ый день болезни. Заболеванию предшествовало переохлаждение на фоне алкогольной интоксикации. На следующий день после этого повысилась температура до 37,8°C, появились кашель с умеренным количеством мокроты, одышка. Обратился к врачу. Была заподозрена, а затем рентгенологически подтверждена правосторонняя нижнедолевая пневмония. От госпитализации больной отказался. Было назначено лечение антибиотиками в амбулаторных условиях, которые больной принимал нерегулярно. Улучшения не отмечалось. Сохранялись ознобы, лихорадка с колебаниями температуры от 36,5°C по утрам до 39,5°C вечером, одышка, кашель, общая слабость. На 10-ый день болезни отметил выделение большого количества (300 мл) мокроты “полным ртом” с неприятным запахом. При обследовании было обнаружено тяжёлое общее состояние больного. Частота дыхания составила 30 в минуту. Справа в подлопаточной области была выявлена зона усиления голосового дрожания. Там же при перкуссии определялся тимпанический звук, а при аускультации выслушивались бронхиальное дыхание и влажные крупнопузырчатые хрипы. 1. Какие синдромы можно выделить у больного на основании клинической картины и данных объективного исследования ? 2. Какое заболевание может протекать с указанной клинической картиной ? 3. Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
7.	Больной К., 62 лет, по профессии шофёр, проходил ежегодный профилактический медицинский осмотр. При расспросе врач выяснила, что больной курит в течение 45 лет по 20-25 папирос в день. На протяжении 30 лет его беспокоит кашель с небольшим количеством мокроты (несколько плевков в течение дня),	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта</i>)	ТК-РК

	выделяющейся преимущественно по утрам при умывании. В течение последних 5-8 лет кашель стал малопродуктивным, появляется в ранние утренние часы и уменьшается лишь при выкуривании 1-2 папирос. Присоединилась одышка при физическом напряжении. При осмотре врач отметила умеренный цианоз, бочкообразную форму грудной клетки.. Частота дыхания составляла 24 в минуту. Определялись равномерное ослабление голосового дрожания, уменьшение максимальной дыхательной экскурсии грудной клетки, коробочный звук при перкуссии, равномерное ослабление везикулярного дыхания (с удлинённым выдохом), небольшое количество рассеянных сухих хрипов. 1. Какие синдромы можно выделить у больного на основании имеющихся данных ? 2. Что Вы ожидаете обнаружить при топографической перкуссии лёгких ? 3. Какое заболевание, скорее всего, имеется у больного ?	<i>полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
8.	Терапевт был вызван в хирургическую клинику на консультацию к больному Н., 68 лет,, оперированному 5 дней назад под общим обезболиванием (ингаляционный наркоз) по поводу паховой грыжи. На 2-ой день после операции появился кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты. Старался подавить кашель, так как он сопровождался усилением болей в области операционного шва, соблюдал строгий постельный режим. На 4-ый день повысилась температура до 38,0°C, присоединилась одышка, потливость, общая слабость, кашель усилился, мокрота стала слизистогнойной. При обследовании врач обнаружил увеличение частоты дыхания до 28 в минуту,, отставание левой половины грудной клетки, там же определялось усиление голосового дрожания, участок притупления перкуторного звука. При аускультации отмечалось жёсткое дыхание (в зоне притупления - бронховезикулярное дыхание), над зоной притупления выслушивались звучные мелкопузырчатые хрипы. 1. Назовите ведущие синдромы, имеющиеся у больного.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ТК-РК

	2. Каков механизм образования бронховезикулярного дыхания ? 3. Какое заболевание предположительно имеется у больного и что способствовало его возникновению ?		
9.	Больной К., 52 лет, обратился с жалобами на упорный кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, недавно возникшее кровохарканье, одышку при физической нагрузке, субфебрильную температуру, потливость, снижение аппетита, похудание на 5 кг за последние 3 месяца, общую слабость. Работает врачом-анестезиологом. Курит по 20-25 сигарет в день более 30 лет. Кашель беспокоит в течение многих лет. Кровохарканье и лихорадка появились в течение последнего месяца. При осмотре врач отметил бледность кожных покровов. В левой подмышечной области определялись увеличенные лимфоузлы (размером с грецкий орех), плотно-бугристой консистенции, малоподвижные. Левая половина грудной клетки уменьшена в размере, там же отмечается более резкое западение надключичной ямки. Левая половина грудной клетки несколько отстаёт при дыхании. Частота дыхания - 24 в минуту. В надлопаточной области слева определяется притупление перкуторного звука и резкое ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания. 1. Какие синдромы можно выделить на основании имеющихся данных ? 2. Назовите основные заболевания, при которых встречается кровохарканье. 3. Какое заболевание предположительно имеется у больного ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
10.	Больная З., 56 лет, в 5-летнем возрасте перенесла корь, осложнившуюся тяжело протекавшей пневмонией. С этого времени стал беспокоить кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. Ухудшение самочувствия наблюдалось в осенне-весенний период, когда больная отмечала длительные периоды повышения температуры и усиления кашля, а количество мокроты увеличивалось до 50-100 мл в сутки. При стоянии мокрота распадалась на 3 слоя. Иногда отмечала кровохарканье. Со временем стала прогрессировать одышка при физической нагрузке, общая слабость. В течение последнего года появились отёки на лице в области век, а также отёки голеней.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	При осмотре больная астенической конституции, пониженного питания. Кожные покровы бледные, отёки под глазами, пастозность голеней. Пальцы имеют форму “барабанных палочек”, ногти - в виде “часовых стёкол”. Частота дыхания - 24 в мин. При аускультации лёгких - жёсткое дыхание, рассеянные сухие и влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Печень выступает из под рёберного края на 4 см (по среднеключичной линии), плотноэластической консистенции. Отчётливо пальпируется нижний полюс селезёнки. При лабораторном исследовании уровень альбумина в сыворотке составил 25 г/л (N 40-50 г/л), содержания холестерина-10,4 ммоль/л (N 3,11-6,48 ммоль/л). В анализах мочи обнаруживались белок (суточная потеря белка с мочой - 14 г), гиалиновые и восковидные цилиндры, клетки почечного эпителия. 1. Какие синдромы можно выделить у больной ? 2. Каким заболеванием страдает больная в течение многих лет ? 3. Какое осложнение развилось у больной и каким образом его можно подтвердить ?		
11.	Больной С., 62 лет обратился с жалобами на давящие боли за грудиной и в области сердца, возникающие после психоэмоциональной и физической нагрузки, иррадиирующие в левую руку, лопатку, сопровождающиеся чувством страха смерти, купирующиеся в покое или при приёме нитроглицерина через 2 мин. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 15 лет отмечается повышение АД (максимальные цифры 200 и 120 мм рт.ст., адаптирован к 130 и 80 мм рт.ст.). Последние 2 года после психоэмоциональных и физических перегрузок возникают давящие боли за грудиной, купирующиеся приёмом нитроглицерина через 2-5 мин. Из анамнеза жизни известно, что больной курит в течение 40 лет по 18-20 сигарет в день. При осмотре больной повышенного питания. На веках ксантелазмы. Перкуторно границы сердца смещены влево. Тоны сердца у верхушки ослаблены, акцент II тона над аортой. АД 180 и 100 мм рт.ст., ЧСС- 78 уд.в мин. 1. Проявления каких синдромов можно отметить у больного ? 2. Какие факторы риска развития ИБС имеются в данном конкретном случае ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
12.	Больной М., 54 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение реанимации с	Критерии ответа	ТК-РК

	жалобами на нестерпимые жгучие боли за грудиной, сопровождающиеся резкой слабостью, холодным потом, чувством нехватки воздуха. Приём нитроглицерина боль не купировал. Сегодня после физической работы (подъём тяжестей) впервые в жизни появились нестерпимые давяще-жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в межлопаточное пространство, сопровождающиеся резкой слабостью, холодным потом. Боли не купировались приёмом 3 таб-леток нитроглицерина. Общая продолжительность приступа 1 час. При осмотре: больной сидит. Кожные покровы бледные, цианотичны, покрыты крупными каплями пота. Дыхание kloкочущее с выделением обильной пенистой мокроты розового цвета. Над лёгкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, большое количество влажных разнокалиберных незвучных хрипов. ЧД-26 в мин. Тоны сердца резко ослаблены, выслушивается протодиастолический ритм галопа. АД - 95 и 50 мм рт.ст. ЧСС-110 в мин. Пульс на периферических артериях малый, нитевидный. На ЭКГ - в отведениях V₁₋₆, I и AVL комплекс типа QS, подъём сегмент ST более 5 мм (корытообразной формы), отрицательный коронарный зубец T. 1. Какие синдромы можно выделить на основании данной клинической картины ? 2. О каком заболевании можно думать на основании данной клинической картины ?	(раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
13.	Больной В., 65 лет обратился в клинику с жалобами на боли распирающего характера в эпигастральной области, сопровождающиеся тошнотой, однократно рвотой. Заболел остро: после работы (связанной со значительными физическими нагрузками) появились боли в эпигастральной области, тошнота. Ночью интенсивность болей в эпигастрии усилилась, они иррадиировали за грудину, в левую лопатку, сопровождались тошнотой, однократно рвотой, холодным потом, страхом смерти. После применения наркотических анальгетиков бригадой скорой помощи боли практически прошли. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ослаблены, на верхушке выслушивается ритм галопа. ЧСС - 115 в мин. АД 105 и 70 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Симптомов раздражения брюшины	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК

	нет. На ЭКГ - патологический зубец Q в III стандартном отведении, AVF, подъём сегмента ST во II, III, AVF отведениях. 1. Какой синдром является ведущим в данной клинической картине ? 2. О какой локализации поражения миокарда можно говорить в данном случае ?		
14.	Больная М., 36 лет, поступила с жалобами на одышку при небольших физических нагрузках, кашель с выделением слизистой мокроты, отёки голеней, тяжесть в правом подреберье. В детстве имел место эпизод длительной лихорадки с припуханием коленных и голеностопных суставов. Лечилась амбулаторно, в дальнейшем у врачей не наблюдалась. При обследовании: в лёгких с обеих сторон в нижних отделах влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 100 ударов в мин., ритмичный. При аускультации сердца - на верхушке I тон ослаблен, систолический шум убывающего характера, проводящийся в левую аксиллярную область, акцент II тона на лёгочной артерии. Пальпируется увеличенная печень. Пастозность голеней. 1. Симптомы какого клапанного поражения сердца имеются у данной больной ? Обоснуйте. 2. Какие данные можно получить при пальпации и перкуссии области сердца ? 3. Какие клинические синдромы можно выделить ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
15.	В клинику поступила больная Д. с жалобами на выраженную общую слабость, быструю утомляемость, одышку, повышение температуры до 39⁰С, познабливание, обильное потоотделение. Больна в течение месяца. С 14 лет страдает ревматическим митральным пороком сердца. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтовато-серым оттенком (“кофе с молоком”). На конъюктивах и переходных складках век кровоизлияния (симптом Лукина-Либмана), положительный симптом Румпель-Леде-Кончаловского. Пальцы имеют вид барабанных палочек. При аускультации сердца: на верхушке I тон ослаблен, систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область; во 2-ом межреберье справа от грудины ослабление II тона; в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий диастолический	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	шум, убывающего характера. При исследовании живота определяется увеличение селезёнки. 1. О каких клапанных поражениях сердца свидетельствует аускультативная картина ? 2. Какие данные могут быть получены при проведении пальпации и перкуссии области сердца при выявленных пороках ? 3. Какие клинические синдромы можно выделить ? 4. Для какого заболевания характерны эти синдромы ?		
16.	Больной С., 36 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при физических нагрузках, ночные приступы удушья, головокружение. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит. Одышка, головокружение при физических нагрузках беспокоит в течение года, в последний месяц присоединились приступы инспираторного удушья. При осмотре: кожные покровы бледные, “пляска каротид”, симптом Мюссе, симптом Квинке. В 6-ом межреберье по передней подмышечной линии слева пальпируется разлитой усиленный “куполообразный” верхушечный толчок. При аускультации I тон на верхушке ослаблен, над аортой ослабление II тона, протодиастолический шум во II межреберье справа и в точке Боткина-Эрба. 1. Симптомы какого поражения сердца имеются у данного больного ? 2. Что означают симптомы, выявленные при осмотре и чем они обусловлены ? 3. Какой характер пульса и АД можно ожидать у этого больного ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
17.	Больной Р., 28 лет, поступил в клинику для обследования с жалобами на быструю утомляемость, одышку, неприятные ощущения в области сердца при физических нагрузках, головокружение. В детстве - частые ангины, тонзиллэктомия в 10 лет. При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации сердца - ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона над аортой, грубый систолический шум, нарастающе-убывающего характера, во втором межреберье справа от грудины,	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	проводящийся на сонные артерии. Пульс - 64 уд. в мин., АД - 95 и 60 мм рт.ст. 1. О каком клапанном поражении сердца можно думать, учитывая аускультативную симптоматику ? 2. Какие данные могут быть получены при проведении пальпации и перкуссии области сердца при этом пороке ? 3. Охарактеризуйте особенности пульса при данном пороке.	<i>раскрыта)</i>	
18.	Больной В., 21 года, поступил в клинику с жалобами на одышку при небольших физических нагрузках, кровохарканье. В детстве - частые ангины, в 7-летнем возрасте после очередной ангины опухали и болели крупные суставы. Одышка беспокоит в течение последних 6 месяцев, постепенно усиливаясь, месяц назад впервые появилось кровохарканье. При осмотре: умеренный цианоз губ, периферических отёков нет. Число дыхательных движений в покое - 24 в минуту, в нижних отделах лёгких - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Верхушечный толчок не виден и не пальпируется. В области верхушки определяется диастолическое дрожание. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см снаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см внутри от левой средне-ключичной линии, верхняя - второе межреберье. Pulsus differens, хуже определяется слева. 1. О каком клапанном поражении сердца можно думать ? Обоснуйте. 2. Какова должна быть аускультативная картина сердца при данном пороке ? 3. Какова причина pulsus differens ? 4. Какие симптомы свидетельствуют о наличии застойных явлений в малом круге кровообращения	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
19.	Больная А., 32 лет, поступила с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, отёки голеней, стоп, тяжесть в правом подреберье, увеличение в объёме живота. В детстве - частые ангины, в 12 лет диагностирован митральный порок сердца. С 16 лет беспокоит одышка, с 28 лет - появились отёки ног к вечеру, тяжесть в правом подреберье. Неоднократно	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не</i>)	ТК-РК

	лечилась в стационаре. В течение последних 4-х месяцев отмечает усиление одышки, отёков, появление болей тупого характера в правом подреберье, увеличение в объёме живота. При осмотре: состояние тяжёлое. Положение ортопноэ. Акроцианоз, “<i>facies mutrale</i>”, набухание и пульсация вен шеи, отёки стоп, голеней. Число дыханий - 26 в мин. В нижних отделах лёгких выслушиваются влажные мелкопузырчатые незвонкие хрипы. При аускультации сердца - на верхушке I тон громкий, “хлопающий”, выслушивается тон открытия митрального клапана с последующим диастолическим шумом; акцент II тона на лёгочной артерии; систолический шум у основания мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе (симптом Риверо-Корвалло). Живот увеличен в объёме, определяются увеличенная печень, асцит. 1. Какие синдромы можно выделить ?	<i>самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
20.	Больная М., 29 лет. Заболела остро, неделю назад. Беспокоят: схваткообразные боли в левой нижней половине живота, уменьшающиеся после опорожнения кишечника, тенезмы. Стул до 10 раз в сутки с выделением небольшого количества каловых масс жидкой или кашицеобразной консистенции с примесью слизи и крови. Отмечает потерю массы тела, повышение температуры. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура - 37,6⁰С. Тургор кожи снижен. Пульс - 100 уд. в мин. АД - 90 и 50 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность и спастические сокращения преимущественно левых отделов толстой кишки. Копрологическое исследование: каловые массы: неоформленные, жидкие, тёмнокоричневого цвета, большое количество слизи, реакция на кровь - положительная, стеркобилин - положительн., мышечные волокна, сохранившие исчерченность - +, потерявшие исчерченность - +, соединительная ткань - отс., нейтральный жир - отс., жирные кислоты - отс., мыла - +, клетчатка переваримая - +++, клетчатка непереваримая - +, крахмал внутриклеточный - ++, внеклеточный - ±, иодофильная флора - ++, лейкоциты - 15-20 в п/зр, эритроциты - 10-15 в п/зр., в слизи скопления цилиндрического эпителия. 1. Какие синдромы можно выделить у больной ? 2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования следует провести	Критерии ответа <i>(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	ТК-РК

	для уточнения этиологии заболевания ?		
21.	Участковый врач поликлиники вызван к 32-летней больной, которая жалуется на появление жидкого водянистого обильного стула, зеленовато-жёлтого цвета до 5-6 раз в сутки; шумное урчание и ощущение “переливания” в животе с последующим послаблением стула; неприятные ощущения, чувство давления и нерезкие, тянущие боли вокруг пупка, не связанные с приёмом пищи. Больна 3 дня. Появилась тошнота, несколько раз была рвота, через 3-4 часа повысилась температура до 37,5⁰С. Вскоре появилось урчание в животе, жидкий стул, стала нарастать общая слабость. Объективно: состояние средней тяжести. Температура - 37,3⁰С. Больная адинамична. Кожные покровы бледные, сухие. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. На расстоянии слышно громкое урчание. При перкуссии над всей поверхностью живота тимпанический звук. При пальпации: живот слегка напряжён, умеренно болезненный во всех отделах, особенно в околопупочной области. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Анализ кала: каловые массы неоформленные, жидкие, жёлтого цвета, слабо щелочной реакции (рН= 7,5), реакция на кровь с бензидином - полож., стеркобилин - положит., мышечные волокна, сохранившие исчерченность - ++, потерявшие исчерченность - +, мыла - +++, жировой детрит, крахмал внутриклеточный - ±, внеклеточный - ++, клетчатка перевариваемая - ±, неперевариваемая - +++, лейкоциты - 10-15 в п/зр.(изменённые), эритроциты - 5-6 в п/зр. 1. Какие синдромы можно выделить у больной ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
22.	Больная М., 50 лет, вызвала на дом врача скорой помощи. Ночью, после съеденной накануне жирной пищи, внезапно возникли мучительные схваткообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, правое плечо; появилась тошнота, неоднократно рвота с примесью желчи, не приносящая облегчения болей. Подобные приступы начали возникать у больной на протяжении последних 2 лет, как правило после погрешностей в диете, купируются приёмом спазмолитических средств. При осмотре: больная повышенного питания. Стонет и мечется в постели. При поверхностной пальпации живота болезненность в области проекции желчного пузыря.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	1. Какой синдром можно выделить у больной на основании полученных данных ? 2. Какие инструментальные исследования следует провести для подтверждения диагноза ?		
23.	Больная Л., 48 лет, обратилась в клинику с жалобами на режущие боли в области правого подреберья, иррадиирующие в правое плечо, под правую лопатку. Беспокоят тошнота и повторная рвота желчью, озноб, потливость, повышение температуры до 38,3⁰С. Накануне больная ела жареную свинину. При осмотре: состояние средней тяжести. Пульс 120 в мин. При поверхностной пальпации отмечается болезненность и напряжение мышц в области желчного пузыря. Определяются положительные симптомы Мерфи, Ортнера, Захарьина, Василенко и Щёткина-Блумберга в этой области. Анализ крови: лейкоцитоз (16×10^9), СОЭ - 45 мм/час 1. Какие синдромы можно выделить у больной на основании полученных данных ? 2. О каком заболевании следует думать ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
24.	Больной А., 40 лет, предъявляет жалобы на чувство распирания в эпигастрии после приёма небольшого количества пищи, отрыжку воздухом с запахом тухлых яиц, тошноту после еды, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Из анамнеза: считает себя больным в течение 12 лет, когда начали беспокоить “голодные” боли в эпигастрии, уменьшающиеся после еды или искусственно вызванной рвоты и усиливающиеся ночью. Лечился преимущественно амбулаторно антацидными препаратами. Обострения практически ежегодно (преимущественно весной). В период ремиссии жалоб не предъявлял. Последний год характер заболевания изменился: появились постепенно нарастающие ощущение тяжести и переполнения в эпигастрии после еды и отрыжка “тухлым яйцом”. Больной начал терять в весе. При осмотре: больной бледен. Подкожно-жировой слой развит слабо. Язык обложен густым белым налётом. Пространство Траубе не определяется. При пальпации в эпигастрии отмечается небольшая болезненность, симптом Василенко (поздний шум плеска справа от срединной линии) положительный.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	1. Какие синдромы можно выделить у больного на основании имеющихся данных ? 2. Какое заболевание и какое его осложнение наиболее вероятно у данного пациента ?		
25.	В течение 2 недель больной С., 36 лет, проходил амбулаторный курс лечения с диагнозом обострения хронического гастрита. Беспокоили боли в эпигастрии, возникающие через 1,5-2,0 часа после еды, ночные боли, а также изжога, запоры. При проведении рН-метрии - рН желудочного содержимого 1,4 (гиперацидное состояние). На 15 день у больного была неоднократно рвота цвета “кофейной гущи”, появилась резкая слабость, головокружение, сердцебиение, на следующий день - жидкий стул чёрного цвета. Больной немедленно был госпитализирован в клинику. При поступлении в клинику состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные на ощупь. Пульс - 130 уд. в мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 90 и 60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В анализе крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$, гемоглобин - 110 г/л, гематокрит - 25 об.%, (норма - 40-54 об.%), цветовой показатель - 0,84, СОЭ - 18 мм/час. 1. Какие синдромы можно выявить у данного больного ? 2. Какое заболевание у данного больного ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
26.	Больной Б., 57 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные тупые, ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, особенно обильной. Боли уменьшаются после рвоты съеденной пищей; чувство быстрого насыщения, чувство тяжести и переполнения в эпигастрии; тошноту, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище; общую слабость, снижение работоспособности, потерю интереса к окружающему. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим анацидным гастритом. Описанные выше жалобы появились последние 2-3 месяца. Больной похудел за это время на 6 кг. При поступлении: состояние удовлетворительное. Масса тела снижена. Кожные покровы бледные с землистым оттенком. Тургор кожи снижен. Слева в надключичной области пальпируется плотный безболезненный	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	лимфатический узел (вирховский). При осмотре живота выявляется небольшое выбухание в эпигастральной области больше слева. При пальпации живота отмечается разлитая умеренная болезненность и локальная мышечная защита в эпигастрии. Печень и селезёнка не пальпируются. При рентгенографии желудка: дефект наполнения с неровными контурами по малой кривизне, ригидность стенки желудка по малой кривизне с переходом на большую кривизну. 1. Какие синдромы можно выделить у данного больного ? 2. О каком заболевании можно думать, учитывая сочетание данных синдромов ? 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза ?		
27.	Больная А., 57 лет, обратилась к врачу с жалобами на выраженный кожный зуд, усиливающийся в ночное время, после приёма ванны, при соприкосновении тела с одеждой. Из анамнеза известно, что кожный зуд беспокоит больную в течение последних 2-х лет. В начале заболевания зуд возникал в области ладоней и стоп, преимущественно в ночное время, имел прогрессирующий характер, в течение последнего месяца приобрёл генерализованный характер, стал более интенсивным. При осмотре: Кожные покровы смуглые, со следами расчёсов на ногах, руках и спине. Склеры и уздечка языка иктеричны. На веках ксантелазмы. При исследовании живота пальпируется увеличенная печень. Её нижний край выступает из-под рёберной дуги на 3 см по правой среднеключичной линии, на ощупь ровный, гладкий, плотный, закруглённый, безболезненный. Селезёнка не увеличена В анализах крови повышение щелочной фосфатазы в 4 раза, гамма-глутамилтранспептидазы - в 7 раз, уровень холестерина сыворотки крови повышен в 3 раза, общий билирубин повышен в 1,5 раза, преимущественно за счёт прямой фракции. В анализе кала - реакция на стеркобилин положительная. При исследовании мочи: уробилиноиды выше нормы, желчные пигменты - положительные. Ультразвуковое исследование выявило гепатомегалию, диффузные изменения печени, холедох не расширен, внутripечёчные желчные протоки не визуализируются.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	1. Какие основные (клинический и лабораторный) синдромы имеются у больной ? 2. Чем обусловлен кожный зуд в данном случае ?		
28.	Больной М., 52 лет, поступил в клинику с жалобами на увеличение в объёме живота, чувство тяжести в области правого подреберья, снижение аппетита, общую слабость, потерю массы тела (похудел на 8 кг за последние полгода). Из анамнеза известно, что больной по профессии слесарь, живёт один, питается нерегулярно, в течение последних 20 лет часто употреблял алкоголь (средняя дневная доза этанола - 45 г). Полгода назад появилось ощущение вздутия живота, стал терять в весе. Месяц назад после очередного алкогольного эксцесса появилась желтуха, слабость, резко увеличился в размерах живот. При осмотре: состояние средней тяжести, эйфоричен, эмоционально лабилен, критика снижена, нарушен ритм сна и бодрствования (сонливость днём и бессонница по ночам). Кожные покровы и видимые слизистые с желтушным оттенком, на коже плечевого пояса “сосудистые звёздочки”; пальмарная эритема. Масса тела снижена. Гипотрофия мышц конечностей. Гинекомастия. Живот резко увеличен в размерах за счёт метеоризма и свободной жидкости. На коже живота видны расширенные подкожные вены в эпигастральной области. Перкуторно укорочение звука в боковых отделах, смещающееся при перемене положения тела. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 7 см по правой среднеключичной линии. Край печени на ощупь ровный, гладкий, заострённый, плотный, безболезненный. Селезёнка увеличена: нижний полюс на 5 см выступает из-под левой рёберной дуги, плотной консистенции. 1. Какие синдромы можно выделить в клинической картине заболевания ? 2. Для какого заболевания характерны данные синдромы ? 3. Какова наиболее вероятная этиология заболевания ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
29.	Больной М., 55 лет, поступил в клинику с жалобами на увеличение в размерах живота, тупые; ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после еды и физических нагрузок; резкую слабость, снижение работоспособности и аппетита; похудание на 3 кг за последний месяц; тошноту, чувство тяжести в эпигастрии, метеоризм, склонность к	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта</i>)	ТК-РК

	поносам, особенно после приёма жирной пищи; субфебрильную температуру; носовые кровотечения. Из анамнеза известно, что в 25-летнем возрасте перенёс сывороточный гепатит, по поводу чего находился в инфекционной больнице. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последнего месяца. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. На коже плечевого пояса - “сосудистые звёздочки”, имеется пальмарная эритема; на конечностях множественные подкожные гематомы. Губы яркие, блестящие, язык малиновой окраски, “лакированный”. Гинекомастия. Масса тела снижена. Живот увеличен в объёме за счёт асцита. На коже живота имеется “caput Medusae”. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см по правой среднеключичной линии. Край её ровный, плотный, закруглённый, чувствительный при пальпации. Селезёнка увеличена, плотная, безболезненная. Клинический анализ крови: эритроц. - $3,1 \times 10^{12}$, гемоглобин - 9,0 г%, цв.п. - 0,87, лейкоциты - $3,0 \times 10^9$, тромбоциты - 80×10^9, СОЭ - 50 мм/час. Биохим. анализ крови: АЛТ - 85 ед, АСТ - 45 ед. (норма 20-40 ед.), общий билирубин-3,5 мг% (прямой - 2,0 мг%, не прямой - 1,5мг%), холинэстераза, сывороточный альбумин и протромбиновый индекс снижены, гамма-глобулин - повышен. 1. Перечислите основные клинические и лабораторные синдромы у данного пациента. 2. О каком заболевании можно думать в данном случае ?	<i>полно, но не самостоятелно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
30	Больной У., 60 лет, поступил в клинику с жалобами на средней интенсивности ноющие боли, не связанные с едой, в эпигастральной области и правом подреберье; на интенсивную желтуху; похудание на 10 кг за последние месяцы; слабость. Из анамнеза: Считает себя больным последние полгода, когда появились боли в эпигастрии и правом подреберье, начал худеть. 2 недели назад появилась желтуха, которая постепенно прогрессировала. Обратил внимание на потемнение мочи, обесцвечивание кала. При осмотре: Интенсивная желтуха с зеленоватым оттенком кожных покровов, склеры иктеричны. При пальпации живота болезненность отсутствует. Положительный симптом Курвуазье-Терье.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятелно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ТК-РК

	В анализе крови: общий билирубин повышен в 15 раз за счёт прямой фракции. Ан. мочи: “цвета пива”, желчные пигменты - резко положительные, уробилиноиды - отрицательные. 1. Какие синдромы можно выделить на основании данной клинической картины ? 2. Какова наиболее вероятная причина появления ведущего синдрома у данного больного ?		
31	Больная Г., 45 лет, обратилась в клинику с жалобами на приступы интенсивных болей в правом подреберье. Приступы впервые появились в этом году после приёма жирной пищи, сопровождались тошнотой, рвотой желчью, проходили через 5-6 часов. Последний приступ длился дольше обычного (около суток), сопровождался появлением желтушного окрашивания кожных покровов и склер, потемнением мочи и обесцвечиванием кала. Приступ прекратился за 2 дня до обращения в клинику. При осмотре: Кожные покровы бледно-розовой окраски. Склеры субиктеричны. При пальпации живота умеренная болезненность в точке проекции желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Василенко. 1. Какие синдромы можно выделить на основании представленной клинической картины ? 2. Для какого заболевания характерно сочетание данных синдромов ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
32	Больной Г., 35 лет, предъявляет врачу скорой помощи жалобы на интенсивную “кинжальную” боль в эпигастральной области. Из анамнеза: около 10 лет периодически, чаще в весенне-осеннее время, беспокоят ноющие боли в эпигастральной области. Лечился амбулаторно с диагнозом хронического гастрита антацидными препаратами. Последнее обострение началось несколько дней назад. К врачам не обращался. Внезапно около 2-х часов назад появилась “кинжальная” боль в эпигастрии. Родственники вызвали скорую помощь. При осмотре: больной бледен, лежит на спине с прижатыми к животу коленями. Кожные покровы влажные, холодные. Язык сухой, обложен белым налётом. Пульс - 115 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД - 90 и 50 мм рт.ст. Живот округлой формы, не участвует в акте	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	дыхания. При пальпации живот “доскообразный“ (выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки), выраженная болезненность при пальпации в эпигастрии, там же положительный симптом Щёткина-Блюмберга. 1. Какой синдром можно выделить у больного ? 2. Что могло обусловить развитие этого синдрома и при каком заболевании ?		
33	Больной Б., 55 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на прогрессирующее похудание в течение последних 5 лет на 15 кг, неоформленный обильный стул с остатками непереваренной пищи и каплями жира 3-4 раза в день, вздутие живота. С 40 лет на протяжении пяти лет у пациента возникали приступы интенсивных болей в животе, сопровождавшиеся рвотой, со временем интенсивность болей стала угасать, последние 4 года боли не беспокоят вовсе. С 20-летнего возраста регулярно принимает спиртные напитки в большом количестве. При осмотре: пониженного питания. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Копрологическое исследование: каловые массы серовато-жёлтого цвета, неоформленные, мягкой неоднородной консистенции, реакция на стеркобилин - положительная, мышечные волокна, сохранившие исчерченность - ++, потерявшие исчерченность - +++, нейтральный жир - +++, жирные кислоты - +, мыла - $\pm$, крахмал внеклеточный - +++. 1. Выделите ведущий клинико-лабораторный синдром у данного больного. 2. Развитие какого заболевания можно предполагать у больного ? 3. Укажите основные методы исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
34	Больная К., 56 лет, поступила в клинику с жалобами на: общую слабость, головокружение, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, шум в ушах, снижение аппетита, дисфагию при приёме сухой, твёрдой пищи (синдром Пламмера-Винсона). Стала также отмечать выпадение волос и повышенную ломкость ногтей. Появились извращения вкуса (желание есть мел, зубной порошок, сырой фарш). Вышеперечисленные жалобы появились в течение последних 6 месяцев, в прошлом ничем не	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	болела, менопауза с 54 лет, месячные были обильные по 6-7 дней. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, заеды в углах рта, кожа сухая шелушащаяся. Ногти ложкообразной формы, корявые с поперечной исчерченностью (койлонихии). Отмечается сглаженность сосочков языка. Первый тон на верхушке ослаблен, там же выслушивается нежный систолический шум, пульс - 100 уд. в мин., на яремной вене справа выслушивается “шум волчка”, АД 110 и 60 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем без патологии. Клинический анализ крови: Эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$ /л, Hb - 38 г/л, цв.п.- 0,7, лейкоциты - $5,0 \times 10^9$ /л, ретикулоциты - 4%. СОЭ - 10 мм/час. Выраженная гипохромия эритроцитов, анизоцитоз (микроцитоз), пойкилоцитоз. 1. Какие клинические и лабораторный синдромы имеются у больной ? 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза и причин возникновения заболевания ?	<i>раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
35	Больной С., 69 лет, поступил в клинику с жалобами на: выраженную слабость, быструю утомляемость, одышку при ходьбе, сердцебиение, головокружение, одышку при ходьбе, жжение языка, снижение аппетита, поносы, боли и онемение в нижних конечностях, мышечную слабость (“ватные ноги”), субфебрильную температуру. Болен около 2-х лет, вначале на слабость и утомляемость не обращал внимания, затем появилась мышечная слабость, боль и онемение в нижних конечностях, в связи с чем обратился к врачу и был госпитализирован. Объективно: состояние удовлетворительное, избыточного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, склеры субиктеричны. Тоны сердца ослаблены, на верхушке выслушивается тихий дующий систолический шум, на яремной вене справа - “шум волчка”, пульс - 107 в мин., ритмичный, мягкий. Язык влажный, ярко красной окраски, гладкий - “лаковый” (из-за выраженной сглаженности сосочков), на слизистой щёк имеются единичные афты. Пальпируется нижний край печени, выступающий на 2,0 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. При поколачивании по груди, рёбрам и большеберцовым костям больной ощущает болезненность.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ТК-РК

	Клинический анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}$ /л, Нб - 48 г/л, цв.п.- 1,4, ретикулоциты -нет, тромбоциты - 95×10^9 /л, лейкоциты - $3,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час. Гиперхромия эритроцитов, выражен анизоцитоз (макроциты, мегалоциты), пойкилоцитоз, найдены тельца Жолли, кольца Кебота, полисегментация нейтрофилов. 1. О какой патологии следует думать у больного ? 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза и этиологии заболевания?		
36	Больной А., 19 лет, обратился к врачу с жалобами на : боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 39°C с ознобом, профузные ночные поты, кровоточивость дёсен, носовые кровотечения, выраженную слабость, боли в костях. Заболел остро неделю назад. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, кожа влажная на ощупь, на коже туловища, предплечий и бёдер множественные подкожные кровоизлияния. Симптомы “жгута” и “щипка” положительные. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы размером с горошину, безболезненные, не спаяны между собой и с кожей, мягко-эластичной консистенции, кожа над ними не изменена. Изо рта неприятный гнилостный запах. Зев гиперемирован, на миндалинах и задней стенке глотки видны язвенно-некротические изменения слизистой оболочки. Дёсны рыхлые, легко кровоточат при касании шпателем. Пальпируется безболезненный край печени, выступающий из-под рёберной дуги на 3,0 см., край ровный, мягкий. При перкуссии длинник селезёнки - 12 см, поперечник - 8 см. Селезёнка не пальпируется. Поколачивание по плоским и трубчатым костям болезненно. Клинический анализ крови: эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$ /л, Нб - 70 г/л, цв.п.- 0,9, тромбоциты - 65×10^9/л, лейкоциты - 100×10^9 /л, миелобласты - 75%, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы - нет, базофилы - нет, СОЭ - 56 мм/час. 1. Какие синдромы можно выделить у больного ? 2. О каком заболевании можно думать у больного ? 3. Какое исследование необходимо провести больному для подтверждения диагноза ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
37	Больной Б., 61 года, поступил в клинику с жалобами на: общую слабость, быструю утомляемость, припухлость в области шеи и в подмышечных областях, повышенную потливость, субфебрильную температуру.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно</i>)	ТК-РК

	В течение последних 5-ти лет при профилактических диспансерных осмотрах обращалось внимание на увеличение в крови количества лимфоцитов до 40-50% при нормальном количестве лейкоцитов. Больной отмечает, что в течение этого периода стал чаще болеть простудными заболеваниями, протекают они более длительно и тяжело. В последние 6 месяцев появились перечисленные выше жалобы, в связи с чем был госпитализирован. Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы размером от фасолины до грецкого ореха, подвижные, не спаяны между собой, эластично-тестоватой консистенции, безболезненные, кожные покровы над ними не изменены. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2,0 см, край ровный, плотноватой консистенции, безболезненный. Длинник селезёнки - 11 см, поперечник - 7 см, пальпируется край плотноватой, гладкой, безболезненной селезёнки. Клинический анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}/л$, Hb - 90 г/л, цв.п. - 0,95, лейкоциты - $35 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 15%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 80%, моноциты - 3%, СОЭ - 35 мм/час 1. Какие синдромы можно выделить у больного по данным проведенного обследования ? 2. Какое исследование позволит уточнить диагноз? 3. Наличие какого симптома характерно для данного заболевания при морфологическом исследовании периферической крови ?	бно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
38	Больная Д., 52 лет, при поступлении в клинику жаловалась на: выраженную общую слабость, тяжесть в левом подреберье, повышение температуры тела от 37,8 до 38,5⁰С с проливными потами, "ломоту" в костях. В течение последних 4-х месяцев переболела дважды ангиной и острым респираторным заболеванием. Лечилась амбулаторно без существенного улучшения общего состояния. Объективно: состояние средней тяжести. Температура - 38,0⁰С. Пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, на коже предплечий и бёдер множество небольших кровоподтёков. Изо рта неприятный запах. При осмотре полости рта - явления стоматита и гингивита. Подмышечные и паховые лимфоузлы размером с горошину, мягкие,	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК

	подвижные, безболезненные. Отмечается асимметрия живота за счёт выбухания в левом подреберье. Нижний край печени выступает на 4,0 см из-под края рёберной дуги, гладкий, безболезненный. Перкуторно длинник селезёнки - 16 см, поперечник - 10 см, при пальпации селезёнка выступает из-под края рёберной дуги на 6 см, гладкая плотная, безболезненная. Надавливание и поколачивание по плоским и трубчатым костям болезненно. Клинический анализ крови: эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$, Hb - 60 г/л, цв.п. - 0,85, лейкоциты - $200 \times 10^9/л$, миелобласты - 6%, промиелоциты - 4%, миелоциты - 20%, метамиелоциты - 21%, палочкоядерные - 13%, сегментоядерные - 11%, эозинофилы - 6,5%, базофилы - 4,5%, лимфоциты - 10%, моноциты - 3%, СОЭ - 50 мм/час. 1. Какие синдромы следует выделить у больной ? 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза ?		
39	Больная М., 60 лет, поступила в клинику с жалобами на нестерпимые боли в левой поясничной области с иррадиацией в паховую область по внутренней поверхности бедра. Больная не может найти места от боли. Боли сопровождаются тошнотой, рвотой, вздутием живота, частым болезненным мочеиспусканием. Подобные приступы у больной повторялись неоднократно, причём больная заметила, что их возникновение связано с длительной «тряской» ездой в транспорте. При осмотре: Живот мягкий, безболезненный. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Анализ мочи: относительная плотность - 1,020, жёлтая, мутная, реакция щелочная, белок - отсутств., переходный эпителий в большом количестве, лейкоциты - 3-7 в п/зр, эритроциты - 15-20 в п/зр, цилиндры - отсутств., оксалаты в большом количестве. 1. Какой клинический синдром можно выделить у больной ? 2. Какие мочевые симптомы имеются в данном случае ? 3. О каком заболевании следует думать у больной ? 4. Какие дополнительные исследования следует провести больной ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
40	В клинику поступила больной М., 37 лет с жалобами	Критерии	ТК-РК

	на распространённые упорные отёки. В течение 8 лет страдает хроническим гломерулонефритом с редкими обострениями, проявляющимися, как правило, отёками. Последнее обострение началось 2 недели назад: проснулся утром и с трудом открыл глаза из-за отёков, затем отёки быстро распространились по телу. При осмотре: Лицо бледное, пастозное, веки набухшие, глазные щели сужены. Отёки верхних и нижних конечностей, поясницы. Отёки мягкие, подвижные. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс 88 уд. в мин. АД - 130 и 80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 400 мл мочи. Анализ мочи: кол-во 70 мл, относительная плотность - 1,028, прозрачность - неполная, белок - 6 г/л, лейкоциты - 1-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр, гиалиновые цилиндры - 6-8 в п/зр, зернистые 2-4 в п/зр., восковидные 4-6 в п/зр., слизь и бактерии в незначительном количестве. 1. Какой ведущий синдром у данного больного ? 2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения данного синдрома и какие симптомы могут быть при этом выявлены ?	ответа (<i>раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	
41	Больная С., 27 лет, 2 недели назад перенесла ангину. Отмечались боли в горле, повышение температуры до 40°C. К врачам не обращалась, лечилась сама, на третий день вышла на работу. В настоящее время беспокоят отёки под глазами, более выраженные утром, головная боль, тупые боли в поясничной области, резкая слабость, олигурия (за сутки выделяет до 500 мл мочи). При осмотре: бледность и одутловатость лица, отёки нижних конечностей. При аускультации сердца I тон на вершине ослаблен, акцент II тона над аортой, ритм сердечных сокращений правильный. Пульс - 50 уд. в мин., напряжённый. АД - 170 и 100 мм рт. ст. За сутки выделила 450 мл мочи Анализ мочи: кол-во 65 мл, относительная плотность - 1,025, цвет – вид «мясных помоев», белок - 2,5 г/л, клетки эпителия канальцев - 1-2 в п/зр, эритроциты – 50 -70 в п/зр, лейкоциты - 1-3 в п/зр, цилиндры гиалиновые - 3-5 в п/зр, зернистые 2-4 в п/зр., слизи много, бактерии - незначительное количество. 1. Какие мочевые симптомы имеются у данной	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	больной ? 2. Какие клинические синдромы можно выделить в данном случае ? 3. Какой большой клинический синдром можно сформулировать на основании полученных данных?		
42	В клинику поступила больная М., 29 лет с жалобами на утолщение шеи, учащённое сердцебиение, повышенную раздражительность, плаксивость, нарушение сна, общую потливость, дрожание пальцев рук, похудание на 6 кг за последние полгода, несмотря на повышенный аппетит. Вышеперечисленные симптомы появились год назад после возвращения с юга. При осмотре: обращает внимание некоторая суетливость, торопливая речь. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь. При осмотре шеи выявляется её утолщение. Симптомы Штельвага, Грефе - положительные. Выраженный экзофтальм. При аускультации сердца I тон на верхушке громкий, там же нежный систолический шум. Частота сердечных сокращений 110 в мин., ритм сердечных сокращений неправильный: мерцательная аритмия, дефицита пульса нет. 1. Какие синдромы можно выделить на основании данной клинической картины ? 2. Наличие какого заболевания можно предположить на основании имеющихся данных ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК
43	Больная Л., 55 лет, поступила в клинику с жалобами на сухость во рту, жажду, кожный зуд, общую слабость, за сутки выделяет более 2 литров мочи. Вышеперечисленные симптомы появились 2 месяца назад. При осмотре обращает на себя внимание то, что больная повышенного питания. Кожные покровы сухие шелушащиеся, выраженный рубецоз, гнойничковые высыпания. При исследовании анализов крови: гемоглобин 120 мг%, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 18 мм/час, глюкоза - 12 ммоль/л (240 мг%). Анализ мочи: количество - 450 мл, относительная плотность - 1,030, белок - отсутств., лейкоциты - 2-4 в п/зр, глюкоза - 0,8 г/л, кетоновые тела - отсутств. 1. О каком заболевании идёт речь в данной задаче и какие клинические симптомы являются наиболее значимыми для постановки диагноза ? 2. Какие лабораторные симптомы подтверждают	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК

	предварительный диагноз ?		
44	Больной С., 69 лет, поступил в клинику с жалобами на: выраженную слабость, быструю утомляемость, одышку при ходьбе, сердцебиение, головокружение, одышку при ходьбе, жжение языка, снижение аппетита, поносы, боли и онемение в нижних конечностях, мышечную слабость (“ватные ноги”), субфебрильную температуру. Болен около 2-х лет, вначале на слабость и утомляемость не обращал внимания, затем появилась мышечная слабость, боль и онемение в нижних конечностях, в связи с чем обратился к врачу и был госпитализирован. Объективно: состояние удовлетворительное, избыточного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, склеры субиктеричны. Тоны сердца ослаблены, на верхушке выслушивается тихий дующий систолический шум, на яремной вене справа - “шум волчка”, пульс -107 в мин., ритмичный, мягкий. Язык влажный, ярко красной окраски, гладкий - “лаковый” (из-за выраженной сглаженности сосочков), на слизистой щёк имеются единичные афты. Пальпируется нижний край печени, выступающий на 2,0 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. При поколачивании по грудице, рёбрам и большеберцовым костям больной ощущает болезненность. Клинический анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}$ /л, Hb - 48 г/л, цв.п.- 1,4, ретикулоциты -нет, тромбоциты - 95×10^9 /л, лейкоциты - $3,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час. Гиперхромия эритроцитов, выражен анизоцитоз (макроциты, мегалоциты), пойкилоцитоз, найдены тельца Жолли, кольца Кебота, полисегментация нейтрофилов. 1. О какой патологии следует думать у больного ? 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза и этиологии заболевания?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
45	Больной С., 36 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при физических нагрузках, ночные приступы удушья, головокружение. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит. Одышка, головокружение при физических нагрузках беспокоит в течение года, в последний месяц присоединились приступы инспираторного удушья. При осмотре: кожные покровы бледные, “пляска каротид”, симптом Мюссе, симптом Квинке. В 6-ом межреберье по передней подмышечной линии слева пальпируется разлитой усиленный “куполообразный” верхушечный толчок. При	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	аускультации I тон на верхушке ослаблен, над аортой ослабление II тона, протодиастолический шум во II межреберье справа и в точке Боткина-Эрба. 1. Симптомы какого поражения сердца имеются у данного больного ? 2. Что означают симптомы, выявленные при осмотре и чем они обусловлены ? 3. Какой характер пульса и АД можно ожидать у этого больного ?		
46	Больная М., 29 лет. Заболела остро, неделю назад. Беспокоят: схваткообразные боли в левой нижней половине живота, уменьшающиеся после опорожнения кишечника, тенезмы. Стул до 10 раз в сутки с выделением небольшого количества каловых масс жидкой или кашицеобразной консистенции с примесью слизи и крови. Отмечает потерю массы тела, повышение температуры. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура - 37,6⁰С. Тургор кожи снижен. Пульс - 100 уд. в мин. АД - 90 и 50 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность и спастические сокращения преимущественно левых отделов толстой кишки. Копрологическое исследование: каловые массы: неоформленные, жидкие, тёмно-коричневого цвета, большое количество слизи, реакция на кровь - положительная, стеркобилин - положительн., мышечные волокна, сохранившие исчерченность - +, потерявшие исчерченность - +, соединительная ткань - отс., нейтральный жир - отс., жирные кислоты - отс., мыла - +, клетчатка переваримая - +++, клетчатка непереваримая - +, крахмал внутриклеточный - ++, внеклеточный - ±, иодофильная флора - ++, лейкоциты - 15-20 в п/зр, эритроциты - 10-15 в п/зр., в слизи скопления цилиндрического эпителия. 1. Какие синдромы можно выделить у больной ? 2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, следует провести для уточнения этиологии заболевания ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
47	Больная Л., 55 лет, поступила в клинику с жалобами на сухость во рту, жажду, кожный зуд, общую слабость. Вышеперечисленные симптомы появились 2 месяца назад. При осмотре обращает на себя внимание то,	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно,</i>	ПА

	что больная повышенного питания. Кожные покровы сухие шелушащиеся, выраженный рубец, гнойничковые высыпания. При исследовании анализов крови: гемоглобин 120 мг%, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 18 мм/час, глюкоза - 12 ммоль/л (240 мг%). Анализ мочи: количество - 450 мл, относительная плотность - 1,030, белок - отсутств., лейкоциты - 2-4 в п/зр, глюкоза - 0,8 г/л, кетоновые тела - отсутств. 1. Какие клинические симптомы и синдромы являются наиболее значимыми для постановки диагноза ? 2. Какие лабораторные данные подтверждают предварительный диагноз ?	<i>раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
48	Больной В., 65 лет обратился в клинику с жалобами на боли распирающего характера в эпигастральной области, сопровождающиеся тошнотой, однократно рвотой. Заболел остро: после работы (связанной со значительными физическими нагрузками) появились боли в эпигастральной области, тошнота. Ночью интенсивность болей в эпигастрии усилилась, они иррадиировали за грудину, в левую лопатку, сопровождались тошнотой, однократно рвотой, холодным потом, страхом смерти. После применения наркотических анальгетиков бригадой скорой помощи боли практически прошли. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ослаблены, на верхушке выслушивается ритм галопа. ЧСС - 115 в мин. АД 105 и 70 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. На ЭКГ - патологический зубец Q в III стандартном отведении, AVF, подъём сегмента ST во II, III, AVF отведениях. 1. Какой синдром является ведущим в данной клинической картине ? 2. О какой локализации поражения миокарда можно говорить в данном случае ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ПА
49	Больная А., 57 лет, обратилась к врачу с жалобами на выраженный кожный зуд, усиливающийся в ночное время, после приёма ванны, при соприкосновении тела с одеждой.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и</i>	ПА

	Из анамнеза известно, что кожный зуд беспокоит больную в течение последних 2-х лет. В начале заболевания зуд возникал в области ладоней и стоп, преимущественно в ночное время, имел прогрессирующий характер, в течение последнего месяца приобрёл генерализованный характер, стал более интенсивным. При осмотре: Кожные покровы смуглые, со следами расчёсов на ногах, руках и спине. Склеры и уздечка языка иктеричны. На веках ксантелазмы. При исследовании живота пальпируется увеличенная печень. Её нижний край выступает из-под рёберной дуги на 3 см по правой среднеключичной линии, на ощупь ровный, гладкий, плотный, закруглённый, безболезненный. Селезёнка не увеличена В анализах крови повышение щелочной фосфатазы в 4 раза, гамма-глутамилтранспептидазы - в 7 раз, уровень холестерина сыворотки крови повышен в 3 раза, общий билирубин повышен в 1,5 раза, преимущественно за счёт прямой фракции. В анализе кала - реакция на стеркобилин положительная. При исследовании мочи: уробилиноиды выше нормы, желчные пигменты - положительные. Ультразвуковое исследование выявило гепатомегалию, диффузные изменения печени, холедох не расширен, внутripечёчные желчные протоки не визуализируются. 1. Какие основные (клинический и лабораторный) синдромы имеются у больной ? 2. Чем обусловлен кожный зуд в данном случае ?	<i>самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
50	Больной Б., 55 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на прогрессирующее похудание в течение последних 5 лет на 15 кг, неоформленный обильный стул с остатками непереваренной пищи и каплями жира 3-4 раза в день, вздутие живота. С 40 лет на протяжении пяти лет у пациента возникали приступы интенсивных болей в животе, сопровождавшиеся рвотой, со временем интенсивность болей стала угасать, последние 4 года боли не беспокоят вовсе. С 20-летнего возраста регулярно принимает спиртные напитки в большом количестве. При осмотре: пониженного питания. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Копрологическое исследование: каловые массы серовато-жёлтого цвета, неоформленные, мягкой неоднородной консистенции, реакция на	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ПА

	стеркобилин - положительная, мышечные волокна, сохранившие исчерченность - ++, потерявшие исчерченность - +++, нейтральный жир - +++, жирные кислоты - +, мыла -$\pm$, крахмал внеклеточный - +++. 1. Выделите ведущий клинико-лабораторный синдром у данного больного. 2. Развитие какого заболевания можно предполагать у больного ? 3. Укажите основные методы исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.		
51	Больной Г., 35 лет, предъявляет врачу скорой помощи жалобы на интенсивную “кинжальную” боль в эпигастральной области. Из анамнеза: около 10 лет периодически, чаще в весенне-осеннее время, беспокоят ноющие боли в эпигастральной области. Лечился амбулаторно с диагнозом хронического гастрита антацидными препаратами. Последнее обострение началось несколько дней назад. К врачам не обращался. Внезапно около 2-х часов назад появилась “кинжальная” боль в эпигастрии. Родственники вызвали скорую помощь. При осмотре: больной бледен, лежит на спине с прижатыми к животу коленями. Кожные покровы влажные, холодные. Язык сухой, обложен белым налётом. Пульс - 115 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД - 90 и 50 мм рт.ст. Живот округлой формы, не участвует в акте дыхания. При пальпации живот “доскообразный“ (выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки), выраженная болезненность при пальпации в эпигастрии, там же положительный симптом Щёткина-Блюмберга. 1. Какие синдромы выявляются у больного ? 2. Что могло обусловить развитие этих синдромов и при каком заболевании ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
52	Больная А., 32 лет, поступила с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, отёки голеней, стоп, тяжесть в правом подреберье, увеличение в объёме живота. В детстве - частые ангины, в 12 лет диагностирован митральный порок сердца. С 16 лет беспокоит одышка, с 28 лет - появились отёки ног к вечеру, тяжесть в правом подреберье. Неоднократно лечилась в стационаре. В течение последних 4-х месяцев отмечает усиление одышки, отёков,	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	появление болей тупого характера в правом подреберье, увеличение в объёме живота. При осмотре: состояние тяжёлое. Положение ортопноэ. Акроцианоз, “facies mutrale”, набухание и пульсация вен шеи, отёки стоп, голеней. Число дыханий - 26 в мин. В нижних отделах лёгких выслушиваются влажные мелкопузырчатые незвонкие хрипы. При аускультации сердца - на верхушке I тон громкий, “хлопающий”, выслушивается тон открытия митрального клапана с последующим диастолическим шумом; акцент II тона на лёгочной артерии; систолический шум у основания мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе (симптом Риверо-Корвалло). Живот увеличен в объёме, определяются увеличенная печень, асцит. 1. Какие синдромы можно выделить ?	<i>раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
53	Больной М., 52 лет, поступил в клинику с жалобами на увеличение в объёме живота, чувство тяжести в области правого подреберья, снижение аппетита, общую слабость, потерю массы тела (похудел на 8 кг за последние полгода). Из анамнеза известно, что больной по профессии слесарь, живёт один, питается нерегулярно, в течение последних 20 лет часто употреблял алкоголь (средняя дневная доза этанола - 45 г). Полгода назад появилось ощущение вздутия живота, стал терять в весе. Месяц назад после очередного алкогольного эксцесса появилась желтуха, слабость, резко увеличился в размерах живот. При осмотре: состояние средней тяжести, эйфоричен, эмоционально лабилен, критика снижена, нарушен ритм сна и бодрствования (сонливость днём и бессонница по ночам). Кожные покровы и видимые слизистые с желтушным оттенком, на коже плечевого пояса “сосудистые звёздочки”; пальмарная эритема. Масса тела снижена. Гипотрофия мышц конечностей. Гинекомастия. Живот резко увеличен в размерах за счёт метеоризма и свободной жидкости. На коже живота видны расширенные подкожные вены в эпигастральной области. Перкуторно укорочение звука в боковых отделах, смещающееся при перемене положения тела. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 7 см по правой среднеключичной линии. Край печени на ощупь ровный, гладкий, заострённый, плотный, безболезненный. Селезёнка увеличена: нижний полюс на 5 см выступает из-под левой рёберной дуги, плотной консистенции.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ПА

	1. Какие синдромы можно выделить в клинической картине заболевания ? 2. Для какого заболевания характерны данные синдромы ? 3. Какова наиболее вероятная этиология заболевания ?		
54	Больной Л., 17 лет, обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 37,7°C, потливость, небольшой сухой кашель, боли в правом боку, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, а также при положении на левом боку. Болен в течение 3 дней. В возрасте 16 лет был выявлен вираж пробы Манту. При осмотре был отмечен поверхностный характер дыхания, обнаружено отставание правой половины грудной клетки при дыхании, некоторое ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого, шум трения плевры по средней подмышечной линии справа. 1. Какие синдромы можно выделить в клинической картине заболевания ? 2. С чем может быть связано усиление болей при положении больного на левом боку ? 3. Какое заболевание, предположительно, может быть у больного ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
55	Больная М., 60 лет, поступила в клинику с жалобами на нестерпимые боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область по внутренней поверхности бедра. Больная не может найти места от боли. Боли сопровождаются тошнотой, рвотой, вздутием живота, частым болезненным мочеиспусканием. Подобные приступы у больной повторялись неоднократно, причём больная заметила, что их возникновение связано с длительной ездой в транспорте. При осмотре: Живот мягкий, безболезненный. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Анализ мочи: относительная плотность - 1,020, жёлтая, мутная, реакция щелочная, белок- отсутств., переходный эпителий в большом количестве, лейкоциты - 3-7 в п/зр, эритроциты - 15-20 в п/зр, цилиндры - отсутств., оксалаты в большом количестве. 1. Какой клинический синдром можно выделить у больной ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	2. Какие мочевые симптомы имеются в данном случае ? 3. О каком заболевании следует думать у больной ?		
56	Больной Р., 28 лет, поступил в клинику для обследования с жалобами на быструю утомляемость, одышку, неприятные ощущения в области сердца при физических нагрузках, головокружение. В детстве - частые ангины, тонзиллэктомия в 10 лет. При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации сердца - ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона над аортой, грубый систолический шум, нарастающе-убывающего характера, во втором межреберье справа от грудины, проводящийся на сонные артерии. Пульс - 64 уд. в мин., АД - 95 и 60 мм рт.ст. 1. О каком клапанном поражении сердца можно думать, учитывая аускультативную симптоматику ? 2. Какие данные могут быть получены при проведении пальпации и перкуссии области сердца при этом пороке ? 3. Охарактеризуйте особенности пульса при данном пороке.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
57	Больная М., 36 лет, поступила с жалобами на одышку при небольших физических нагрузках, кашель с выделением слизистой мокроты, отёки голеней, тяжесть в правом подреберье. В детстве имел место эпизод длительной лихорадки с припуханием коленных и голеностопных суставов. Лечилась амбулаторно, в дальнейшем у врачей не наблюдалась. При обследовании: в лёгких с обеих сторон в нижних отделах влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Пульс 100 ударов в мин., ритмичный. При аускультации сердца - на верхушке I тон ослаблен, систолический шум убывающего характера, проводящийся в левую аксиллярную область, акцент II тона на лёгочной артерии. Пальпируется увеличенная печень. Пастозность голеней. 1. Симптомы какого клапанного поражения сердца имеются у данной больной ? Обоснуйте. 2. Какие данные можно получить при пальпации и перкуссии области сердца ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	3. Какие клинические синдромы можно выделить ?		
58	Больной М., 54 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение реанимации с жалобами на нестерпимые жгучие боли за грудиной, сопровождающиеся резкой слабостью, холодным потом, чувством нехватки воздуха. Приём нитроглицерина боль не купировал. Сегодня после физической работы (подъём тяжестей) впервые в жизни появились нестерпимые давяще-жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в межлопаточное пространство, сопровождающиеся резкой слабостью, холодным потом. Боли не купировались приёмом 3 таблеток нитроглицерина. Общая продолжительность приступа 1 час. При осмотре: больной сидит. Кожные покровы бледные, цианотичны, покрыты крупными каплями пота. Дыхание kloкочущее с выделением обильной пенистой мокроты розового цвета. Над лёгкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, большое количество влажных разнокалиберных незвучных хрипов. ЧД-26 в мин. Тоны сердца резко ослаблены, выслушивается протодиастолический ритм галопа. АД - 95 и 50 мм рт.ст. ЧСС-110 в мин. Пульс на периферических артериях малый, нитевидный. На ЭКГ - в отведениях V₁₋₆, I и AVL комплекс типа QS, подъём сегмент ST более 5 мм (корытообразной формы), отрицательный коронарный зубец Т. 1. Какие синдромы можно выделить на основании данной клинической картины ? 2. О каком заболевании можно думать на основании данной клинической картины ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
59	Участковый врач поликлиники вызван к 32-летней больной, которая жалуется на появление жидкого водянистого обильного стула, зеленовато-жёлтого цвета до 5-6 раз в сутки; шумное урчание и ощущение “переливания” в животе с последующим послаблением стула; неприятные ощущения, чувство давления и нерезкие, тянущие боли вокруг пупка, не связанные с приёмом пищи. Больна 3 дня. Появилась тошнота, несколько раз была рвота, через 3-4 часа повысилась температура до 37,5⁰С. Вскоре появилось урчание в животе, жидкий стул, стала нарастать общая слабость. Объективно: состояние средней тяжести. Температура - 37,3⁰С. Больная адинамична. Кожные покровы бледные, сухие. Живот умеренно вздут,	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	участвует в акте дыхания. На расстоянии слышно громкое урчание. При перкуссии над всей поверхностью живота тимпанический звук. При пальпации: живот слегка напряжён, умеренно болезненный во всех отделах, особенно в околопупочной области. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Анализ кала: каловые массы неоформленные, жидкие, жёлтого цвета, слабо щелочной реакции (рН= 7,5), реакция на кровь с бензидином - полож., стеркобилин - положит., мышечные волокна, сохранившие исчерченность - ++, потерявшие исчерченность - +, мыла - +++, жировой детрит, крахмал внутриклеточный - $\pm$, внеклеточный - ++, клетчатка перевариваемая - $\pm$, неперевариваемая - +++, лейкоциты - 10-15 в п/зр.(изменённые), эритроциты - 5-6 в п/зр. 1. Какие синдромы можно выделить у больной ?		
60	В течение 2 недель больной С., 36 лет, проходил амбулаторный курс лечения с диагнозом обострения хронического гастрита. Беспокоили боли в эпигастрии, возникающие через 1,5-2,0 часа после еды, ночные боли, а также изжога, запоры. При проведении рН-метрии - рН желудочного содержимого 1,4 (гиперацидное состояние). На 15 день у больного была неоднократно рвота цвета "кофейной гущи", появилась резкая слабость, головокружение, сердцебиение, на следующий день - жидкий стул чёрного цвета. Больной немедленно был госпитализирован в клинику. При поступлении в клинику состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные на ощупь. Пульс - 130 уд. в мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 90 и 60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В анализе крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$, гемоглобин - 110 г/л, гематокрит - 25об.%, (норма - 40-54 об.%), цветовой показатель - 0,84, СОЭ - 18 мм/час. 1. Какие синдромы можно выявить у данного больного ? 2. Какое заболевание у данного больного ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
61	Больной С., 62 лет обратился с жалобами на давящие боли за грудиной и в области сердца, возникающие после психоэмоциональной и физической нагрузки, иррадиирующие в левую руку, лопатку,	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и</i>	ПА

	сопровождающиеся чувством страха смерти, купирующиеся в покое или при приёме нитроглицерина через 2 мин. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 15 лет отмечается повышение АД (максимальные цифры 200 и 120 мм рт.ст., адаптирован к 130 и 80 мм рт.ст.). Последние 2 года после психоэмоциональных и физических перегрузок возникают давящие боли за грудиной, купирующиеся приёмом нитроглицерина через 2-5 мин. Из анамнеза жизни известно, что больной курит в течение 40 лет по 18-20 сигарет в день. При осмотре больной повышенного питания. На веках ксантелазмы. Перкуторно границы сердца смещены влево. Тоны сердца у верхушки ослаблены, акцент II тона над аортой. АД 180 и 100 мм рт.ст., ЧСС- 78 уд.в мин. 1. Проявления каких синдромов можно отметить у больного ? 2. Какие факторы риска развития ИБС имеются в данном конкретном случае ?	<i>самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
62	Больной В., 21 года, поступил в клинику с жалобами на одышку при небольших физических нагрузках, кровохарканье. В детстве - частые ангины, в 7-летнем возрасте после очередной ангины опухали и болели крупные суставы. Одышка беспокоит в течение последних 6 месяцев, постепенно усиливаясь, месяц назад впервые появилось кровохарканье. При осмотре: умеренный цианоз губ, периферических отёков нет. Число дыхательных движений в покое - 24 в минуту, в нижних отделах лёгких - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Верхушечный толчок не виден и не пальпируется. В области верхушки определяется диастолическое дрожание. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии, верхняя - второе межреберье. Pulsus differens, хуже определяется слева. 1. О каком клапанном поражении сердца можно думать ? Обоснуйте. 2. Какова должна быть аускультативная картина сердца при данном пороке ? 3. Какова причина pulsus differens ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ПА

	4. Какие симптомы свидетельствуют о наличии застойных явлений в малом круге кровообращения ?		
63	В клинику поступила больная Д. с жалобами на выраженную общую слабость, быструю утомляемость, одышку, повышение температуры до 39⁰С, познабливание, обильное потоотделение. Больна в течение месяца. С 14 лет страдает ревматическим митральным пороком сердца. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтовато-серым оттенком (“кофе с молоком”). На конъюктивах и переходных складках век кровоизлияния (симптом Лукина-Либмана), положительный симптом Румпель-Леде-Кончаловского. Пальцы имеют вид барабанных палочек. При аускультации сердца: на верхушке I тон ослаблен, систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область; во 2-ом межреберье справа от грудины ослабление II тона; в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий диастолический шум, убывающего характера. При исследовании живота определяется увеличение селезёнки. 1. О каких клапанных поражениях сердца свидетельствует аускультативная картина ? 2. Какие данные могут быть получены при проведении пальпации и перкуссии области сердца при выявленных пороках ? 3. Какие клинические синдромы можно выделить ? 4. Для какого заболевания характерны эти синдромы ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
64	В клинику поступила больная А., 16 лет, с жалобами на одышку, сердцебиение, фебрильную температуру, боли в крупных суставах, причём боли, исчезая в одних суставах, появляются в других. Заболела остро после перенесенной 2 недели назад ангины. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы повышенной влажности. На коже груди и живота - высыпания в виде бледно-розовых колец, безболезненные, не возвышающиеся над кожей. Правый коленный и левый плечевой суставы припухшие, кожные покровы над ними горячие на ощупь, гиперемизированы, активные и пассивные движения в них резко ограничены. При перкуссии сердца - смещение границ относительной тупости сердца влево на 1,5 см кнаружи от lin. medioclavicularis sin. При аускультации сердца отмечается ослабление	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	I тона и мягкий систолический шум на верхушке, число сердечных сокращений 110 в мин. Пульс ритмичный, слабого наполнения. АД - 100 и 60 мм рт.ст. В анализах крови: лейкоциты - 15×10^9/л, СОЭ - 42 мм/час, положительный С-реактивный белок, титры анти-О-стрептолизина более 500 ед (норма -менее 250 ед.). На ЭКГ - ритм синусовый, PQ - 0,24 сек. 1. О поражении каких органов свидетельствуют выявленные симптомы ? 2. О каком заболевании можно думать на основании выделенных симптомов ? Обоснуйте. 3. Чем можно объяснить появление мягкого систолического шума на верхушке ?		
65	Больная З., 56 лет, в 5-летнем возрасте перенесла корь, осложнившуюся тяжело протекавшей пневмонией. С этого времени стал беспокоить кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. Ухудшение самочувствия наблюдалось в осенне-весенний период, когда больная отмечала длительные периоды повышения температуры и усиления кашля, а количество мокроты увеличивалось до 50-100 мл в сутки. При стоянии мокрота распадалась на 3 слоя. Иногда отмечала кровохарканье. Со временем стала прогрессировать одышка при физической нагрузке, общая слабость. В течение последнего года появились отёки на лице в области век, а также отёки голеней. При осмотре больная астенической конституции, пониженного питания. Кожные покровы бледные, отёки под глазами, пастозность голеней. Пальцы имеют форму “барабанных палочек”, ногти - в виде “часовых стёкол”. Частота дыхания - 24 в мин. При аускультации лёгких - жёсткое дыхание, рассеянные сухие и влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Печень выступает из под рёберного края на 4 см (по среднеключичной линии), плотноэластической консистенции. Отчётливо пальпируется нижний полюс селезёнки. При лабораторном исследовании уровень альбумина в сыворотке составил 25 г/л (N 40-50 г/л), содержания холестерина-10,4 ммоль/л (N 3,11-6,48 ммоль/л). В анализах мочи обнаруживались белок (суточная потеря белка с мочой - 14 г), гиалиновые и восковидные цилиндры, клетки почечного эпителия.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	1. Какие синдромы можно выделить у больной ? 2. Каким заболеванием страдает больная в течение многих лет ? 3. Какое осложнение развилось у больной и каким образом его можно подтвердить ?		
66	Терапевт был вызван в хирургическую клинику на консультацию к больному Н., 68 лет,, оперированному 5 дней назад под общим обезболиванием (ингаляционный наркоз) по поводу паховой грыжи. На 2-ой день после операции появился кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты. Старался подавить кашель, так как он сопровождался усилением болей в области операционного шва, соблюдал строгий постельный режим. На 4-ый день повысилась температура до 38,0°C, присоединилась одышка, потливость, общая слабость, кашель усилился, мокрота стала слизистогнойной. При обследовании врач обнаружил увеличение частоты дыхания до 28 в минуту,, отставание левой половины грудной клетки, там же определялось усиление голосового дрожания, участок притупления перкуторного звука. При аускультации отмечалось жёсткое дыхание (в зоне притупления - бронховезикулярное дыхание), над зоной притупления выслушивались звучные мелкопузырчатые хрипы. 1. Назовите ведущие синдромы, имеющиеся у больного. 2. Каков механизм образования бронховезикулярного дыхания ? 3. Какое заболевание предположительно имеется у больного и что способствовало его возникновению ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
67	Врач бригады скорой помощи был вызван к больной, 28 лет по поводу внезапно возникшего и продолжающегося в течение нескольких часов приступа удушья с затруднением выдоха, кашля с трудноотделяемой мокротой. Повторное применение ингалятора (б-адрено-стимулятор беротек) дало лишь временный эффект. Подобные приступы беспокоят больную в течение последних 5 лет, иногда провоцируются запахами бензина, цветущих растений. В детстве часто страдала простудными заболеваниями, неоднократно перенесла острую пневмонию. При осмотре: больная сидит в постели, опираясь руками о колени, определяется умеренный цианоз. На расстоянии слышно шумное свистящее	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	дыхание. Лицо одутловатое, наблюдается набухание вен шеи. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы. Грудная клетка бочкообразная, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Частота дыхания - 28 в мин. При перкуссии грудной клетки - коробочный звук, определяется смещение вниз нижних границ лёгких. При аускультации выслушивается равномерно ослабленное дыхание с удлинённым выдохом, большое количество распространённых сухих свистящих хрипов. 1. Какие синдромы можно выделить у больной исходя из имеющихся жалоб и данных объективного исследования ? 2. Какое заболевание может обусловить указанную клиническую картину ? 3. Какое осложнение может развиваться у данной больной ?		
68	Больной А., 40 лет, предъявляет жалобы на чувство распирания в эпигастрии после приёма небольшого количества пищи, отрыжку воздухом с запахом тухлых яиц, тошноту после еды, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Из анамнеза: считает себя больным в течение 12 лет, когда начали беспокоить “голодные” боли в эпигастрии, уменьшающиеся после еды или искусственно вызванной рвоты и усиливающиеся ночью. Лечился преимущественно амбулаторно антацидными препаратами. Обострения практически ежегодно (преимущественно весной). В период ремиссии жалоб не предъявлял. Последний год характер заболевания изменился: появились постепенно нарастающие ощущение тяжести и переполнения в эпигастрии после еды и отрыжка “тухлым яйцом”. Больной начал терять в весе. При осмотре: больной бледен. Подкожно-жировой слой развит слабо. Язык обложен густым белым налётом. Пространство Траубе не определяется. При пальпации в эпигастрии отмечается небольшая болезненность, симптом Василенко (поздний шум плеска справа от срединной линии) положительный. 1. Какие синдромы можно выделить у больного на основании имеющихся данных ? 2. Какое заболевание и какое его осложнение наиболее вероятно у данного пациента ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
69	Больной Б., 61 года, поступил в клинику с жалобами	Критерии	ПА

	на: общую слабость, быструю утомляемость, припухлость в области шеи и в подмышечных областях, повышенную потливость, субфебрильную температуру. В течение последних 5-ти лет при профилактических диспансерных осмотрах обращалось внимание на увеличение в крови количества лимфоцитов до 40-50% при нормальном количестве лейкоцитов. Больной отмечает, что в течение этого периода стал чаще болеть простудными заболеваниями, протекают они более длительно и тяжело. В последние 6 месяцев появились перечисленные выше жалобы, в связи с чем был госпитализирован. Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы размером от фасолины до грецкого ореха, подвижные, не спаяны между собой, эластично-тестоватой консистенции, безболезненные, кожные покровы над ними не изменены. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2,0 см, край ровный, плотноватой консистенции, безболезненный. Длинник селезёнки - 11 см, поперечник - 7 см, пальпируется край плотноватой, гладкой, безболезненной селезёнки. Клинический анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}/л$, Hb - 90 г/л, цв.п. - 0,95, лейкоциты - $35 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 15%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 80%, моноциты - 3%, СОЭ - 35 мм/час 1. Какие синдромы можно выделить у больного по данным проведенного обследования ? 2. Какое исследование позволит уточнить диагноз ?	ответа (раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
70	В клинику поступила больная М., 29 лет с жалобами на утолщение шеи, учащённое сердцебиение, повышенную раздражительность, плаксивость, нарушение сна, общую потливость, дрожание пальцев рук, похудание на 6 кг за последние полгода. Вышеперечисленные симптомы появились год назад после возвращения с юга. При осмотре: обращает внимание некоторая суетливость, торопливая речь. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь. При осмотре шеи выявляется её утолщение. Симптомы Штельвага, Грефе положительные. Выраженный экзофтальм. При аускультации сердца I тон на верхушке громкий, там же нежный систолический шум. Частота сердечных сокращений 110 в мин., ритм	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА

	сердечных сокращений неправильный, 6-8 экстрасистол в минуту. 1. Какие синдромы можно выделить на основании данной клинической картины ? 2. Наличие какого заболевания можно предположить на основании имеющихся данных ?		
71	Больная С., 27 лет, 3 недели назад перенесла ангину. Отмечались боли в горле, повышение температуры до 40°C. К врачам не обращалась, лечилась сама, на третий день вышла на работу. В настоящее время беспокоят отёки под глазами, более выраженные утром, головная боль, тупые боли в поясничной области, резкая слабость, олигурия. При осмотре: бледность и отёчность лица, отёки нижних конечностей. При аускультации сердца I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона над аортой, ритм сердечных сокращений правильный. Пульс - 50 уд. в мин., напряжённый. АД - 170 и 100 мм рт. ст. За сутки выделила 450 мл мочи Анализ мочи: кол-во 70 мл, относительная плотность - 1,025, цвет - жёлтый, белок - 2,5 г/л, клетки эпителия канальцев - 1-2 в п/зр, эритроциты - 15-20 в п/зр, лейкоциты - 1-3 в п/зр, цилиндры гиалиновые - 3-5 в п/зр, бактерии - незначительное количество. 1. Какие мочевые симптомы имеются у данной больной ? 2. Какие клинические синдромы можно выделить в данном случае ? 3. Какой большой клинический синдром можно сформулировать на основании полученных данных?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
72	Больная А., 23 лет, при поступлении в стационар жаловалась на выраженную одышку, повышение температуры тела, тяжесть в правом боку, общую слабость. Заболела остро, неделю назад. Вначале появились небольшой сухой кашель, колющие боли в правом боку при дыхании, усиливающиеся при глубоком вдохе, а также при кашле, потливость, головные боли, повысилась температура тела до 37,7°C. Самостоятельно принимала аспирин, без эффекта. Присоединилась и стала усиливаться одышка, температура тела повысилась до 38,3°C. Колющие боли в грудной клетке сменились ощущением тяжести в правом боку. При обследовании врач обнаружил	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	умеренный цианоз, увеличение в объёме правой половины грудной клетки со сглаженностью межрёберных промежутков, отставание при дыхании правой половины грудной клетки. Частота дыхания составила 35 в мин. Справа ниже угла лопатки голосовое дрожание не проводится. При перкуссии справа определяется зона тупого звука с дугообразной верхней границей, верхняя точка которой находится по задней подмышечной линии. При аускультации над областью тупости дыхание не выслушивается, выше тупости - дыхание с бронхиальным оттенком. 1. Чем могут быть обусловлены имеющиеся у больной боли в грудной клетке ? 2. Наличие каких синдромов можно установить у больной на основании жалоб и данных объективного исследования ? 3. Какие заболевания могут обусловить имеющуюся у больной клиническую картину ?		
73	Больная М., 50 лет, вызвала на дом врача скорой помощи. Ночью, после съеденной накануне жирной пищи, внезапно возникли мучительные схваткообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, правое плечо; появилась тошнота, неоднократно рвота, не приносящая облегчения болей. Подобные приступы начали возникать у больной на протяжении последних 2 лет, как правило после погрешностей в диете, купируются приёмом спазмолитических средств. При осмотре: больная повышенного питания. Стонет и мечется в постели. При поверхностной пальпации живота болезненность в области проекции желчного пузыря. 1. Какой синдром можно выделить у больной на основании полученных данных ? 2. Какие специфические симптомы можно выявить при данном синдроме ? 3. Какие инструментальные исследования следует провести для подтверждения диагноза ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
74	Больной К., 43 лет, такелажник на стройке, длительное время злоупотребляет алкоголем, плохо питается. Повторно вызвал врача на дом на 10-ый день болезни. Заболеванию предшествовало переохлаждение на фоне алкогольной интоксикации. На следующий день после этого повысилась температура до 37,8°C, появились кашель с умеренным количеством мокроты,	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не</i>	ПА

	одышка. Обратился к врачу. Была заподозрена, а затем рентгенологически подтверждена правосторонняя нижнедолевая пневмония. От госпитализации больной отказался. Было назначено лечение антибиотиками в амбулаторных условиях, которые больной принимал нерегулярно. Улучшения не отмечалось. Сохранялись ознобы, лихорадка с колебаниями температуры от 36,5°C по утрам до 39,5°C вечером,, одышка, кашель, общая слабость. На 10-ый день болезни отметил выделение большого количества (300 мл) мокроты “полным ртом” с неприятным запахом. При обследовании было обнаружено тяжёлое общее состояние больного. Частота дыхания составила 30 в минуту. Справа в подлопаточной области была выявлена зона усиления голосового дрожания. Там же при перкуссии определялся тимпанический звук, а при аускультации выслушивались бронхиальное дыхание и влажные крупнопузырчатые хрипы. 1. Какие синдромы можно выделить у больного на основании клинической картины и данных объективного исследования ? 2. Какое заболевание может протекать с указанной клинической картиной ? 3. Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании ?	<i>самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
75	Больной Ж., 25 лет, вызвал врача на дом на 2-ой день болезни. Заболел остро. На фоне полного здоровья после переохлаждения (ходил в лыжный поход) внезапно появился озноб, отметил повышение температуры до 39,5°C, колющие боли в правом боку при дыхании, головные боли, сухой кашель, общую слабость. Принимал аспирин, но температура продолжала оставаться высокой. На следующий день кашель усилился, появилась “ржавая” мокрота. При обследовании было обнаружено тяжёлое общее состояние больного. Отмечались: румянец на щеках (больше справа), герпетические высыпания на губах. Частота дыхания - 35 в мин. Было выявлено отставание при дыхании правой половины грудной клетки. Справа ниже угла лопатки определялись усиление голосового дрожания, притуплённо-тимпанический характер перкуторного звука, выслушивались ослабленное везикулярное дыхание, усиление бронхофонии, крепитация. 1. Какие синдромы можно выделить на основании	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	ПА

	имеющихся жалоб и данных объективного исследования ? 2. С чем может быть связано наличие у больного крепитации ? 3. Наличие какого заболевания можно предположить у больного ?		
76	Больной К., 52 лет, обратился с жалобами на упорный кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, недавно возникшее кровохарканье, одышку при физической нагрузке, субфебрильную температуру, потливость, снижение аппетита, похудание на 5 кг за последние 3 месяца, общую слабость. Работает врачом-анестезиологом. Курит по 20-25 сигарет в день более 30 лет. Кашель беспокоит в течение многих лет. Кровохарканье и лихорадка появились в течение последнего месяца. При осмотре врач отметил бледность кожных покровов. В левой подмышечной области определялись увеличенные лимфоузлы (размером с грецкий орех), плотно-бугристой консистенции, малоподвижные. Левая половина грудной клетки уменьшена в размере, там же отмечается более резкое западение надключичной ямки. Левая половина грудной клетки несколько отстаёт при дыхании. Частота дыхания - 24 в минуту. В надлопаточной области слева определяется притупление перкуторного звука и резкое ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания. 1. Какие синдромы можно выделить на основании имеющихся данных ? 2. Назовите основные заболевания, при которых встречается кровохарканье. 3. Какое заболевание предположительно имеется у больного ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
77	Больной А., 19 лет, обратился к врачу с жалобами на : боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 39⁰С с ознобом, профузные ночные поты, кровоточивость дёсен, носовые кровотечения, выраженную слабость, боли в костях. Заболел остро неделю назад. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, кожа влажная на ощупь, на коже туловища, предплечий и бёдер множественные подкожные кровоизлияния.	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	Симптомы “жгута” и “щипка” положительные. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы размером с горошину, безболезненные, не спаяны между собой и с кожей, мягко-эластичной консистенции, кожа над ними не изменена. Изо рта неприятный гнилостный запах. Зев гиперемирован, на миндалинах и задней стенке глотки видны язвенно-некротические изменения слизистой оболочки. Дёсны рыхлые, легко кровоточат при касании шпателем. Пальпируется безболезненный край печени, выступающий из-под рёберной дуги на 3,0 см., край ровный, мягкий. При перкуссии длинник селезёнки - 12 см, поперечник - 8 см. Селезёнка не пальпируется. Поколачивание по плоским и трубчатым костям болезненно. Клинический анализ крови: эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$ /л, Hb - 70 г/л, цв.п.- 0,9, тромбоциты - 65×10^9/л, лейкоциты - 100×10^9 /л, миелобласты - 75%, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы - нет, базофилы - нет, СОЭ - 56 мм/час. 1. Какие синдромы можно выделить у больного ? 2. О каком заболевании можно думать у больного ? 3. Какое исследование необходимо провести больному для подтверждения диагноза ?	<i>раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
78	Больной М., 55 лет, поступил в клинику с жалобами на увеличение в размерах живота, тупые; ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после еды и физических нагрузок; резкую слабость, снижение работоспособности и аппетита; похудание на 3 кг за последний месяц; тошноту, чувство тяжести в эпигастрии, метеоризм, склонность к поносам, особенно после приёма жирной пищи; субфебрильную температуру; носовые кровотечения. Из анамнеза известно, что в 25-летнем возрасте перенёс сывороточный гепатит, по поводу чего находился в инфекционной больнице. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последнего месяца. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. На коже плечевого пояса - “сосудистые звёздочки”, имеется пальмарная эритема; на конечностях множественные подкожные гематомы. Губы яркие, блестящие, язык малиновой окраски, “лакированный”. Гинекомастия. Масса тела снижена. Живот увеличен в объёме за счёт асцита. На коже живота имеется “caput Medusae”. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см по правой среднеключичной линии. Край её ровный, плотный,	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ПА

	закруглённый, чувствительный при пальпации. Селезёнка увеличена, плотная, безболезненная. Клинический анализ крови: эритроц. - $3,1 \times 10^{12}$, гемоглобин - 9,0 г%, цв.п. - 0,87, лейкоциты - $3,0 \times 10^9$, тромбоциты - 80×10^9, СОЭ - 50 мм/час. Биохим. анализ крови: АЛТ - 85 ед, АСТ - 45 ед. (норма 20-40 ед.), общий билирубин-3,5 мг% (прямой - 2,0 мг%, не прямой - 1,5мг%), холинэстераза, сывороточный альбумин и протромбиновый индекс снижены, гамма-глобулин - повышен. 1. Перечислите основные клинические и лабораторные синдромы у данного пациента. 2. О каком заболевании можно думать в данном случае ?		
79	правого подреберья, с иррадиацией под правую лопатку и в правую надключичную область, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет после приёма жирной пищи часто ощущает тошноту, чувство горечи во рту, метеоризм. Накануне ела жирную пищу, после чего развился описанный выше болевой приступ. При осмотре: гиперстенического телосложения, кожные покровы и видимые слизистые чистые. Пальпация живота резко болезненна в области правого подреберья, там же имеется локальное напряжение мышц. Положительные симптомы Ортнера, Василенко, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. 1. Какой синдром можно выделить у больной ? 2. Ваш предполагаемый диагноз ? 3. Какой метод является наиболее информативным для его верификации ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
80	В клинику поступила больной М., 37 лет с жалобами на распространённые упорные отёки. В течение 8 лет страдает хроническим гломерулонефритом с редкими обострениями, проявляющимися как правило отёками. Последнее обострение началось 2 недели назад: проснулся утром и с трудом открыл глаза из-за отёков, затем отёки быстро распространились по телу. При осмотре: Лицо бледное, пастозное, веки набухшие, глазные щели сужены. Отёки верхних и нижних конечностей, поясницы. Отёки мягкие, подвижные. Тоны сердца ослаблены, ритм	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не</i>)	ПА

	правильный. Пульс 88 уд. в мин. АД - 130 и 80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 900 мл мочи. Анализ мочи: кол-во 100 мл, относительная плотность - 1,030, прозрачность - неполная, белок - 8 г/л, лейкоциты - 1-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр, гиалиновые цилиндры - 6-8 в п/зр, зернистые 1-3 в п/зр. 1. Какой ведущий синдром у данного больного ? 2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения данного синдрома и какие симптомы могут быть при этом выявлены ?	раскрыта)	
81	Больной Б., 57 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные тупые, ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, особенно обильной. Боли уменьшаются после рвоты съеденной пищей; чувство быстрого насыщения, чувство тяжести и переполнения в эпигастрии; тошноту, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище; общую слабость, снижение работоспособности, потерю интереса к окружающему. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим анацидным гастритом. Описанные выше жалобы появились последние 2-3 месяца. Больной похудел за это время на 6 кг. При поступлении: состояние удовлетворительное. Масса тела снижена. Кожные покровы бледные с землистым оттенком. Тургор кожи снижен. Слева в надключичной области пальпируется плотный безболезненный лимфатический узел (вирховский). При осмотре живота выявляется небольшое выбухание в эпигастральной области больше слева. При пальпации живота отмечается разлитая умеренная болезненность и локальная мышечная защита в эпигастрии. Печень и селезёнка не пальпируются. При рентгенографии желудка: дефект наполнения с неровными контурами по малой кривизне, ригидность стенки желудка по малой кривизне с переходом на большую кривизну. 1. Какие синдромы можно выделить у данного больного ? 2. О каком заболевании можно думать, учитывая сочетание данных синдромов ?	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА

	3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза ?		
82	Больная К., 56 лет, поступила в клинику с жалобами на: общую слабость, головокружение, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, шум в ушах, снижение аппетита, дисфагию при приёме сухой, твёрдой пищи (синдром Пламмера-Винсона). Стала также отмечать выпадение волос и повышенную ломкость ногтей. Появились извращения вкуса (желание есть мел, зубной порошок, сырой фарш). Вышеперечисленные жалобы появились в течение последних 6 месяцев, в прошлом ничем не болела, менопауза с 54 лет, месячные были обильные по 6-7 дней. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, заеды в углах рта, кожа сухая шелушащаяся. Ногти ложкообразной формы, корявые с поперечной исчерченностью (койлонихии). Отмечается сглаженность сосочков языка. Первый тон на верхушке ослаблен, там же выслушивается нежный систолический шум, пульс - 100 уд. в мин., на яремной вене справа выслушивается “шум волчка”, АД 110 и 60 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем без патологии. Клинический анализ крови: Эритроциты - $2,3 \times 10^{12}/л$, Hb - 38 г/л, цв.п.- 0,7, лейкоциты - $5,0 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 4%. СОЭ - 10 мм/час. Выраженная гипохромия эритроцитов, анизоцитоз(микроцитоз), пойкилоцитоз. 1. Какие клинические и лабораторный синдромы имеются у больной ? 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза и причин возникновения заболевания ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
83	Больная Д., 52 лет, при поступлении в клинику жаловалась на: выраженную общую слабость, тяжесть в левом подреберье, повышение температуры тела от 37,8 до 38,5⁰С с проливными потами, “ломоту” в костях. В течение последних 4-х месяцев переболела дважды ангиной и острым респираторным заболеванием. Лечилась амбулаторно без существенного улучшения общего состояния. Объективно: состояние средней тяжести. Температура - 38,0⁰С. Пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, на коже предплечий и бёдер множество небольших кровоподтёков. Изо рта неприятный запах. При осмотре полости рта - явления стоматита и гингивита. Подмышечные и	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА

	паховые лимфоузлы размером с горошину, мягкие, подвижные, безболезненные. Отмечается асимметрия живота за счёт выбухания в левом подреберье. Нижний край печени выступает на 4,0 см из-под края рёберной дуги, гладкий, безболезненный. Перкуторно длинник селезёнки - 16 см, поперечник - 10 см, при пальпации селезёнка выступает из-под края рёберной дуги на 6 см, гладкая плотная, безболезненная. Надавливание и Поколачивание по плоским и трубчатым костям болезненно. Клинический анализ крови: эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$, Hb - 60 г/л, цв.п.- 0,85, лейкоциты - $200 \times 10^9/л$, миелобласты - 6%, промиелоциты - 4%, миелоциты - 20%, метамиелоциты - 21%, палочкоядерные - 13%, сегментоядерные - 11%, эозинофилы - 6,5%, базофилы - 4,5%, лимфоциты - 10%, моноциты - 3%, СОЭ - 50 мм/час. 1. Какие синдромы следует выделить у больной ? 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза ?		
84	Больной У., 60 лет, поступил в клинику с жалобами на средней интенсивности ноющие боли, не связанные с едой, в эпигастральной области и правом подреберье; на интенсивную желтуху; похудание на 10 кг за последние месяцы; слабость. Из анамнеза: Считает себя больным последние полгода, когда появились боли в эпигастрии и правом подреберье, начал худеть. 2 недели назад появилась желтуха, которая постепенно прогрессировала. Обратил внимание на потемнение мочи, обесцвечивание кала. При осмотре: Интенсивная желтуха с зеленоватым оттенком кожных покровов, склеры иктеричны. При пальпации живота болезненность отсутствует. Положительный симптом Курвуазье-Терье. В анализе крови: общий билирубин повышен в 15 раз за счёт прямой фракции. Ан. мочи: "цвета пива", желчные пигменты - резко положительные, уробилиноиды - отрицательные. 1. Какие синдромы можно выделить на основании данной клинической картины ? 2. Какова наиболее вероятная причина появления ведущего синдрома у данного больного ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ПА
85	Больной М., 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до $37,7^{\circ}C$,	Критерии ответа	ПА

	кашель с умеренным количеством светлой мокроты, общую слабость, потливость. Заболел 3 дня назад, когда после переохлаждения появились насморк, охриплость голоса, чувство саднения за грудиной, а также сухой кашель, который затем стал влажным. При осмотре, пальпации и перкуссии грудной клетки изменений выявлено не было,, однако при аускультации врач обнаружил жёсткое дыхание, значительное количество рассеянных сухих (преимущественно басовых) хрипов и небольшое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов. 1. Чем может быть обусловлено появление у больного жёсткого дыхания ? 2. Какие синдромы можно определить у больного исходя из имеющихся жалоб и найденных изменений ? 3. При каком заболевании чаще всего отмечается описанная клиническая картина ?	(раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно,не раскрыта)	
86	Больная Г., 45 лет, обратилась в клинику с жалобами на приступы интенсивных болей в правом подреберье. Приступы впервые появились в этом году после приёма жирной пищи, сопровождались тошнотой, рвотой желчью, проходили через 5-6 часов. Последний приступ длился дольше обычного (около суток), сопровождался появлением желтушного окрашивания кожных покровов и склер, потемнением мочи и обесцвечиванием кала. Приступ прекратился за 2 дня до обращения в клинику. При осмотре: Кожные покровы бледно-розовой окраски. Склеры субиктеричны. При пальпации живота умеренная болезненность в точке проекции желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Василенко. 1. Какие синдромы можно выделить на основании представленной клинической картины ? 2. Какое заболевание могло обусловить появление синдромов ?	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятел ьно, раскрыта полно, но не самостоятел ьно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ПА
87	Больной К., 62 лет, по профессии шофёр, проходил ежегодный профилактический медицинский осмотр. При расспросе врач выяснила, что больной курит в течение 45 лет по 20-25 папирос в день. На протяжении 30 лет его беспокоит кашель с небольшим количеством мокроты (несколько	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятел ьно,	ПА

	плевков в течение дня), выделяющейся преимущественно по утрам при умывании. В течение последних 5-8 лет кашель стал малопродуктивным, появляется в ранние утренние часы и уменьшается лишь при выкуривании 1-2 папирос. Присоединилась одышка при физическом напряжении. При осмотре врач отметила умеренный цианоз, бочкообразную форму грудной клетки.. Частота дыхания составляла 24 в минуту. Определялись равномерное ослабление голосового дрожания, уменьшение максимальной дыхательной экскурсии грудной клетки, коробочный звук при перкуссии, равномерное ослабление везикулярного дыхания (с удлинённым выдохом), небольшое количество рассеянных сухих хрипов. 1. Какие синдромы можно выделить у больного на основании имеющихся данных ? 2. Что Вы ожидаете обнаружить при топографической перкуссии лёгких ? 3. Какое заболевание, скорее всего, имеется у больного ?	<i>раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
88	Больная Л., 48 лет, обратилась в клинику с жалобами на режущие боли в области правого подреберья, иррадиирующие в правое плечо, под правую лопатку. Беспокоят тошнота и повторная рвота желчью, озноб, потливость, повышение температуры до 38,3°C. Накануне больная ела жареную свинину. При осмотре: состояние средней тяжести. Пульс 120 в мин. При поверхностной пальпации отмечается болезненность и напряжение мышц в области желчного пузыря. Определяются положительные симптомы Мерфи, Ортнера, Захарьина, Василенко и Щёткина-Блумберга в этой области. Анализ крови: лейкоцитоз (16×10^9), СОЭ - 45 мм/час 1. Какие синдромы можно выделить у больной на основании полученных данных ? 2. О каком заболевании следует думать ?	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ПА

Вид оценочного средства: *Иные виды (реферат и др):*

Оценочное средство	Критерии ответа	Уровень
--------------------	-----------------	---------

		(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, не раскрыта)	применения*
	Тема: Клинический анализ мокроты		ТК-РК
1.	Количество <u>40 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>светлая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>30 - 40 в п / зр.</u> Эпителий <u>пласты цилиндрического</u> Эритроциты <u>10 - 15 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>единичн.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>кокковая флора в большом количестве</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК
2.	Количество <u>30 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>светлая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>25 - 30 в п / зр.</u> Эпителий <u>большое скопление цилиндрич.</u> Эритроциты <u>7 - 10 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>1 - 2 в препарате</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК

	Макрофаги <u>единичн.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>кокковая флора в большом количестве</u>		
3.	Количество <u>10 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>стекловидн.</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>светлая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>3 - 5 в п / зр.</u> Эпителий <u>цилиндр.- единичн. в препарате</u> Эритроциты <u>1 - 2 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>1 - 2 в п / зр.</u> Макрофаги <u>един.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>небольшими единичными скопл.</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>скудная кокковая флора</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	TK-PK
4.	Количество <u>30 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизист-гнойн.</u> Запах <u>без запаха</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно,	TK-PK

	Цвет <u>сероватая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>30 - 40 в п / зр.</u> Эпителий <u>единичный цилиндрический</u> Эритроциты <u>3 - 5 в п / зр.</u> Спирали Куршмана <u>3 в препарате</u> Макрофаги <u>скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>един. скопления</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>небольшие скопления</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>обильная кокковая флора</u>	<i>раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
5.	Количество <u>70 мл</u> Консистенция <u>густая</u> Характер <u>гнойно-слизист.</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>мутная</u> Микроскопия Лейкоциты <u>до 70 в п / зр.</u> Эпителий <u>единичный цилиндрич.</u> Эритроциты <u>3 - 5 в п / зр.</u> Спирали Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>3 - 5 в п / зр.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>найжены</u> Атипичные клетки <u>найжены</u> Бактериоскопия	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК

	ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>обильная кокковая флора</u>		
6.	Количество <u>300 мл</u> Консистенция <u>жидкая</u> Характер <u>гнойная</u> Запах <u>зловонная</u> Цвет <u>зеленоватая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>70 - 80 в п/зр.</u> Эпителий <u>единичный с распадом</u> Эритроциты <u>единичн. не найдены</u> Спирали Куршмана Макрофаги <u>скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>обильная кокковая флора</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК
7.	Количество <u>350 мл</u> Консистенция <u>жидкая</u> Характер <u>3^хслойная</u> Запах <u>зловонная</u> Цвет <u>буроватая , детрит в большом количестве</u> Микроскопия Лейкоциты <u>20 - 30 в п/зр.</u> Эпителий <u>единичный</u> Эритроциты <u>3 - 7 в п / зр.</u> Спирали Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>много</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК

	Кл.сердечн.пороков <u>знач. скопл.</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> <u>кристаллы гематоидина</u> Эластические волокна <u>найжены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>большое количество разнообразной флоры</u>		
8.	Количество <u>36 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>гноино-слизист.</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>жёлто-серый</u> Микроскопия Лейкоциты <u>покрыв. все п / зр.</u> Эпителий <u>единичн.</u> Эритроциты <u>единичн.</u> Спиральи Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>единичн.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>единичные</u> Эластические волокна <u>в большом количестве</u> Атипичные клетки <u>не обнаружены</u> Бактериоскопия ВК <u>обнаружены единичные кислотоустойчивые бациллы</u> Другие микроорганизмы <u>в небольшом количестве</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	TK-PK
9.	Количество <u>12 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>кровянист.</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>буровато-красный (ржавая)</u> Микроскопия	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта)	TK-PK

	Лейкоциты <u>3 - 5 в п/зр.</u> Эпителий <u>единичн. цилиндрический</u> Эритроциты <u>10 - 15 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>скопл. с включ.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> <u>липидов</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>пневмококки</u> в большом количестве	неполно, не раскрыта)	
10.	Количество <u>5 мл</u> Консистенция <u>вязкая, липкая</u> Характер <u>кровянистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>бурая (ржавая)</u> Микроскопия Лейкоциты <u>3 - 5 в п / зр.</u> Эпителий <u>единичный цилиндрический</u> Эритроциты <u>50 - 70 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не обнаружены</u> Макрофаги <u>един. скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не обнаружены</u> Кл.сердечн.пороков <u>един.</u> Эозинофилы <u>не обнаружены</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>пневмококки</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
11.	Количество <u>100 мл</u> Консистенция <u>жидкая</u> Характер <u>кровяно-гнойн.</u> Запах <u>разложения</u> Цвет <u>зеленовато-бурый</u> Микроскопия	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно,	ПА

	Лейкоциты <u>10-12 в п / зр.</u> Эпителий <u>един. цилиндрич.</u> на фоне детрита Эритроциты <u>3 - 5 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>2 в препарате</u> Макрофаги <u>скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>больш. скоплен.</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>обнаружены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> кристаллы гематоидина Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>в большом количестве, преимущественно кокковая</u>	но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
12.	Количество <u>200 мл</u> Консистенция <u>жидкая</u> Характер <u>гнойная.</u> Запах <u>гнилостный</u> Цвет <u>зеленоватая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>20 - 40 в п / зр.</u> Эпителий <u>цилиндр.- единичн. в препарате</u> на фоне детрита Эритроциты <u>3 - 5 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>не обнаружены</u> Атипичные клетки <u>не обнаружены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>обильная разнообразная кокковая флора</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
13.	Количество <u>5 мл</u> Консистенция <u>вязкая, липкая</u> Характер <u>кровянистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>бурая (ржавая)</u> Микроскопия Лейкоциты <u>3 - 5 в п / зр.</u> Эпителий <u>единичный цилиндрический</u> Эритроциты <u>50 - 70 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не обнаружены</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА

	Макрофаги <u>един. скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не обнаружены</u> Кл.сердечн.пороков <u>един.</u> Эозинофилы <u>не обнаружены</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>пневмококки</u>		
14.	ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ № 5 Количество <u>400 мл</u> Консистенция <u>-----</u> Характер <u>3-х слойная</u> Запах <u>гнилостный</u> Цвет <u>-----</u> Микроскопия Лейкоциты <u>15 - 20 в п / зр.</u> Эпителий <u>единичный цилиндрич.</u> много детрита Эритроциты <u>10 - 15 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>скопления</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>обнаруж.</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> кристаллы жирных кислот и холестерина Эластические волокна <u>найжены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> кристаллы гематоидина Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>кокковая флора в огромном количестве</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
15.	Количество <u>120 мл</u> Консистенция <u>жидковатая</u> Характер <u>слизисто-гнойная</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>сероватая, неоднородная с комочками</u> Микроскопия Лейкоциты <u>15 - 20 в п/зр.</u> Эпителий <u>единичный цилиндрич.</u> на фоне детрита Эритроциты <u>1 - 2 в п / зр..</u> Спираль Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА

	Кл.сердечн.пороков <u>скоплен.</u> Эозинофилы <u>единичные</u> Эластические волокна <u>обызвествлённые</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> кристаллы холестерина Бактериоскопия ВК <u>обнаружены</u> Другие микроорганизмы <u>скудная флора</u>		
16.	Количество <u>20 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизисто-гнойная</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>сероватая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>30 - 40 в п/зр.</u> Эпителий <u>единичный цилиндрический</u> Эритроциты <u>7 - 10 в п / зр.</u> Спирали Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>скоплен. до 30</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>не обнаружены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>обильная разнообразная флора</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
17.	Количество <u>30 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>гнойно-слизист.</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>серая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>20 - 30 в п / зр.</u> Эпителий <u>цилиндрический</u> Эритроциты <u>10 - 12 в п / зр.</u> Спирали Куршмана <u>5 в препарате</u> Макрофаги <u>скоплен. скоплен. в слизи</u> Крист. Шарко-Лейдена липофаги Кл.сердечн.пороков <u>-----</u> Эозинофилы <u>скоплениями до 10 - 15</u> Эластические волокна <u>не найдены</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА

	Атипичные клетки <u>не обнаружены</u> Бактериоскопия ВК <u>не обнаружены</u> Другие микроорганизмы <u>кокковая обильная</u>		
18.	Количество <u>20 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>стекловидная</u> Микроскопия Лейкоциты <u>3 - 5 в п/зр.</u> Эпителий <u>скоплен. цилиндрического</u> Эритроциты <u>единичные</u> Спирали Куршмана <u>5 в препарате</u> Макрофаги <u>единичные</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>10 - 12 в п / зр.</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>скудная кокковая</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
19.	Количество <u>30 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизисто-кровянистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>светлая с прожилками крови</u> Микроскопия Лейкоциты <u>5 - 7 в п/зр.</u> Эпителий <u>скоплен. цилиндрического</u> Эритроциты <u>10 -12 в п / зр.</u> Спирали Куршмана <u>2 в препарате</u> скоплен. до 100 Макрофаги <u>скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>скоплен.</u> Эозинофилы <u>единичные</u> кристаллы гематоидина Эластические волокна <u>найлены</u> Атипичные клетки <u>обнаружены</u> Бактериоскопия	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА

	ВК <u>не найдены</u>		
	Другие микроорганизмы <u>разнообразная кокко</u>		
20.	Количество <u>20 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>светлая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>25 - 27 в п/зр.</u> Эпителий <u>пластами цилиндрический</u> Эритроциты <u>10 - 12 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>единичные</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>обильная кокковая флора</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
21.	Количество <u>10 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>серовато-жёлтая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>7 - 9 в п/зр.</u> Эпителий <u>пласты цилиндрического</u> Эритроциты <u>единичные</u> Спираль Куршмана <u>1 - 3 в п / зр.</u> Макрофаги <u>единичные</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>7 - 10 в п / зр.</u> и скопления до 50 - 70 в тяжах слизи Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>скудная кокковая</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
22.	Количество <u>120 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u>	Критерии ответа	ПА

	Характер <u>слизисто-гнойная</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>серая с прожилками крови</u> Микроскопия Лейкоциты <u>50 - 70 в п/зр.</u> Эпителий <u>единичн. цилиндрический</u> на фоне детрита Эритроциты <u>2 - 3 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>скоплениями</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>скоплен.</u> Эозинофилы <u>3 - 5 в п / зр.</u> липофаги, кристаллы холестерина Эластические волокна <u>обызвествлённые</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>обнаружены кислотоустойчивые бактерии</u> Другие микроорганизмы <u>скудная</u>	(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
23.	Количество <u>5 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>светлая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>3 - 5 в п/зр.</u> Эпителий <u>един. цилиндрический</u> Эритроциты <u>единичные</u> Спираль Куршмана <u>1 - 3 в п / зр.</u> Макрофаги <u>единичные</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>единичн. , скоплен. 10 - 15</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>скудная флора</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
24.	Количество <u>50 мл</u> Консистенция <u>густая, вязкая</u> Характер <u>гнойно-слизистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>сероватый</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не	ПА

	Микроскопия Лейкоциты <u>до 40 в п/зр.</u> Эпителий <u>отдельными комплексами</u> Эритроциты <u>3-5 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>2 в препарате</u> Макрофаги <u>скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>найжены</u> Атипичные клетки <u>обнаружены клетки с признаками атипии</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>кокковая</u>	самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
25.	Количество <u>20 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>светлая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>25 - 27 в п/зр.</u> Эпителий <u>пластами цилиндрический</u> Эритроциты <u>10 - 12 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не найдены</u> Макрофаги <u>единичные</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>обильная кокковая флора</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
26.	Количество <u>5 мл</u> Консистенция <u>вязкая, липкая</u> Характер <u>кровянистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>бурая (ржавая)</u> Микроскопия	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не	ПА

	Лейкоциты <u>7 - 12 в п / зр.</u> Эпителий <u>единичный цилиндрический</u> Эритроциты <u>50 - 70 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не обнаружены</u> Макрофаги <u>един. скоплен.</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не обнаружены</u> Кл.сердечн.пороков <u>един.</u> Эозинофилы <u>не обнаружены</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>пневмококки</u>	самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
27.	Количество <u>30 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>гнойно-слизист.</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>серая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>25 - 40 в п / зр.</u> Эпителий <u>цилиндрический</u> Эритроциты <u>10 - 12 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>7 в препарате</u> Макрофаги <u>скоплен. скоплен. в слизи</u> Крист. Шарко-Лейдена липофаги Кл.сердечн.пороков <u>----</u> Эозинофилы <u>скоплениями до 30 - 40</u> Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не обнаружены</u> Бактериоскопия ВК <u>не обнаружены</u> Другие микроорганизмы <u>кокковая обильная</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
28.	Количество <u>400 мл</u> Консистенция <u>-----</u> Характер <u>3-х слойная</u> Запах <u>гнилостный</u> Цвет <u>зеленовато-бурый</u> Микроскопия Лейкоциты <u>40 - 70 в п / зр.</u> Эпителий <u>единичный цилиндрич.</u> много детрита Эритроциты <u>10 - 15 в п / зр.</u> Спираль Куршмана <u>не найдены</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА

	Макрофаги <u>скопления</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>обнаруж.</u> Эозинофилы <u>не найдены</u> кристаллы холестерина Эластические волокна <u>найлены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> кристаллы гематоидина Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>обильная кокковая флора</u>		
29.	Количество <u>10 мл</u> Консистенция <u>вязкая</u> Характер <u>слизистая</u> Запах <u>без запаха</u> Цвет <u>серовато-жёлтая</u> Микроскопия Лейкоциты <u>7 - 9 в п/зр.</u> Эпителий <u>пласты цилиндрического</u> Эритроциты <u>единичные</u> Спираль Куршмана <u>1 - 3 в п / зр.</u> Макрофаги <u>единичные</u> Крист. Шарко-Лейдена <u>не найдены</u> Кл.сердечн.пороков <u>нет</u> Эозинофилы <u>7 - 10 в п / зр.</u> и скопления до 50 - 70 в тяжях слизи Эластические волокна <u>не найдены</u> Атипичные клетки <u>не найдены</u> Бактериоскопия ВК <u>не найдены</u> Другие микроорганизмы <u>скудная кокковая</u> <i>Тема: Копрологическое исследование</i>		
30.	Цвет коричневый Реакция (на лакмус) щелочная Форма оформлен. Реакция на кровь с безидином-положит. с гваяков.смолой - отрицат. Реакция на Консистенция мягкая стеркобилин положит. Слизь ----- Кровь, гной, остатки пищи -----	Критерии ответа (раскрыта <i>полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	<i>ТК-РК</i>

	МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>+++ (пласты)</u> потерявшие Соединительная ткань +++ (пласты) Нейтральный жир ---- Жирные кислоты ----- Мыла ++ Крахмал ++ (внутриклеточный) Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+++ (пласты)</u> непереварим. ++ Иодофильная флора +++ Лейкоциты --- Эритроциты --- Яйца глист не найдены Простейшие не найдены			
31.	Цвет серовато-жёлтый на лакмус) щелочная Форма неоформленный на кровь с бензидином-положит. с гваяковой смолой - отрицат. Консистенция мягкая,однородная на стеркобилин положит. Слизь --- Кровь, гной, остатки пищи --- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>+++</u> потерявшие ++ Соединительная ткань --- Нейтральный жир +++ Жирные кислоты + Мыла -- - Крахмал +++ (внеклеточный) Клетчатка переваримая ++	Реакция (Реакция с Реакция	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта</i>)	<i>ТК-РК</i>

	непереварим. ++ Иодофильная флора +++ Лейкоциты --- Эритроциты --- Яйца глист не найдены Простейшие не найдены			
32.	Цвет серый на лакмус) сл. кислая Форма оформленный на кровь отрицательная Консистенция мягкая стеркобилин отрицательная Слизь --- Кровь, гной, остатки пищи --- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>-----</u> потерявшие <u>±</u> Соединительная ткань --- Нейтральный жир + Жирные кислоты +++ Крахмал --- Клетчатка <u>переваримая</u> <u>±</u> непереварим. ++ Иодофильная флора --- Лейкоциты --- Эритроциты ---- Яйца глист не найдены Простейшие не найдены	Реакция (Реакция Реакция на Мыла <u>±</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ТК-РК
33.	Цвет серый на лакмус) кислая Форма неоформленный на кровь с бензидином-сл.полож.	Реакция (Реакция с	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно,	ТК-РК

	гваяковой смолой - отрицательн. Консистенция мягкая однородная на стеркобилин отрицательн. Слизь --- Кровь, гной, остатки пищи ---- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. $\pm$ потерявшие +++ Соединительная ткань --- Нейтральный жир ++ Жирные кислоты +++ -- Крахмал ++ (внеклеточный) Клетчатка <u>переваримая</u> ++ непереварим. ++ Иодофильная флора ++ Лейкоциты --- Эритроциты --- Яйца глист не найдены Простейшие не найдены	Реакция Мыла -	<i>раскрыта неполно,не раскрыта)</i>	
34.	Цвет желтовато-зелёный на лакмус) сл. щелочная Форма неоформленный на кровь положительная Консистенция жидкая стеркобилин положительная Слизь большое количество Кровь, гной, остатки пищи --- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. $\pm\pm$ потерявшие + Соединительная ткань ---	Реакция (Реакция Реакция на	Критерии ответа (раскрыта <i>полно</i> и <i>самостоятельно,</i> раскрыта <i>полно,</i> но <i>не</i> <i>самостоятельно,</i> раскрыта неполно,не раскрыта)	<i>ТК-РК</i>

	Нейтральный жир ± жировой детрит Жирные кислоты + Мыла ++++ Крахмал +++ (вне- и внутриклеточный) Клетчатка переваримая ++++ непереварим. ++ Иодофильная флора + Лейкоциты 15-20 в п/зр. Эритроциты 3-5 в п/зр. Яйца глист в слизи скопления цилиндрического эпителия Простейшие		
35.	Цвет чёрный Реакция (на лакмус) щелочная Форма неоформленная Реакция на кровь резко положительная Консистенция жидкая Реакция на стеркобилин положительная Слизь --- Кровь, гной, остатки пищи --- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна сохранившие поперечн.полосат. + потерявшие ++++ Соединительная ткань --- Нейтральный жир --- Жирные кислоты + Мыла ++ Крахмал ++ (внутриклеточный) Клетчатка переваримая +++ непереварим. + Иодофильная флора --- Лейкоциты ---	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ТК-РК

	Эритроциты --- Яйца глист не найдены Простейшие не найдены		
36.	Цвет <i>коричневый</i> <i>сл. щелочная</i> Форма <i>оформленный отрицат.</i> Консистенция <i>мягкая</i> стеркобилин <i>положит.</i> Слизь . . -.-.- Кровь, гной, остатки пищи. . -.-.-.- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. ++ потерявшие +++ Соединительная ткань ++ Нейтральный жир ----- Жирные кислоты ----- Крахмал ++ (<i>внутриклеточный</i>) Клетчатка <u>переваримая</u> ++ непереварим. +++ Иодофильная флора ++ Лейкоциты ----- Яйца глист ---- Простейшие ----	Реакция (на лакмус) Реакция на кровь Реакция на Мыла ± Эритроциты ----	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта) ПА
37.	Цвет <i>коричневый</i> <i>сл. щелочная</i> Форма <i>оформленный отрицат.</i> Консистенция <i>мягкая</i> стеркобилин <i>положит.</i> Слизь . . -.-.- Кровь, гной, остатки пищи. . -.-.-.- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. +++ потерявшие ++ Соединительная ткань ++ Нейтральный жир ----- Жирные кислоты ----- Крахмал +++ (<i>внутриклеточный</i>) Клетчатка <u>переваримая</u> +++ непереварим. ++ Иодофильная флора +++ Лейкоциты ----- Яйца глист ---- Простейшие -----	Реакция (на лакмус) Реакция на кровь Реакция на Мыла + Эритроциты -----	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта) ПА
38.	Цвет <i>серый</i> Форма <i>оформленный</i>	Реакция (на лакмус) Реакция на кровь <i>отрицат</i>	Критерии ответа (раскрыта полно и ПА

	Форма <i>оформленный</i> Реакция на кровь <i>отрицат.</i> Консистенция <i>мазевидная</i> Реакция на стеркобилин Положит.. Слизь ++ Кровь, гной, остатки пищи ---- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>++</u> <u>потерявшие</u> <u>+++</u> Соединительная ткань ---- Нейтральный жир +++ Жирные кислоты ++ Мыла ----- Крахмал +++ (<i>внеклеточный</i>) Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+</u> <u>непереварим.</u> <u>+++</u> Иодофильная флора ++ Лейкоциты <i>скоплен. в слизи до 30-40</i> Эритроциты <i>в слизи до 7-10 в п/зр.</i> Яйца глист <i>не найдены</i> Простейшие <i>не найдены</i>	<i>самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
41.	Цвет <i>светлый</i> Реакция (на лакмус) <i>сл. щелочная</i> Форма <i>оформленный</i> Реакция на кровь <i>отрицат.</i> Консистенция <i>мазевидная</i> Реакция на стеркобилин положит.. Слизь +++ Кровь, гной, остатки пищи ---- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>+</u> <u>потерявшие</u> <u>++++</u> Соединительная ткань ----- Нейтральный жир +++ Жирные кислоты ++ Мыла Крахмал +++ (<i>внеклеточный</i>) Клетчатка <u>переваримая</u> <u>++</u> <u>непереварим.</u> <u>+++</u> Иодофильная флора ++ Лейкоциты <i>в слизи скоплен. до 30-40</i> Эритроциты <i>в слизи до 7-10 в п/зр.</i> Яйца глист <i>не найдены</i> Простейшие <i>не найдены</i>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
42.	Цвет <i>коричневый</i> Реакция (на лакмус) <i>сл.</i>	Критерии ответа (раскрыта полно	ПА

	щелочная Форма оформленный Реакция на кровь отрицат. Консистенция мягкая Реакция на стеркобилин положит. Слизь ---- Кровь, гной, остатки пищи ---- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>++</u> <u>потерявшие</u> +++ Соединительная ткань ----- Нейтральный жир ----- Жирные кислоты ----- Мыла <u>±</u> Крахмал ++ (внутриклеточный) Клетчатка <u>переваримая</u> <u>++</u> <u>непереварим.</u> +++ Иодофильная флора ++ Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист ----- Простейшие -----	и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	
43.	Цвет сероватый Реакция (на лакмус) сл. щелочная Форма оформленный Реакция на кровь отрицат. Консистенция мазевидная Реакция на стеркобилин положит. Слизь ---- Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>+</u> <u>потерявшие</u> +++ Соединительная ткань ----- Нейтральный жир +++ Жирные кислоты ++ Мыла <u>±</u> Крахмал ++ (внеклеточный) Клетчатка <u>переваримая</u> <u>++</u> <u>непереварим.</u> +++ Иодофильная флора + Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист ----- Простейшие -----	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ПА
44.	Цвет коричневый Реакция (на лакмус) сл. щелочная	Критерии ответа (раскрыта полно и	ПА

	Форма <i>оформленный отрицательная</i> Консистенция <i>мягкая положит.</i> Слизь <i>нет</i> Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>-</u> <u>потерявшие</u> <u>±</u> Соединительная ткань ----- Нейтральный жир ----- Жирные кислоты ----- Мыла + Крахмал Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+/-</u> <u>непереварим.</u> <u>++</u> Иодофильная флора -- Лейкоциты ----- Эритроциты ---- Яйца глист ----- Простейшие -----	самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	
45.	Цвет <i>коричневый щелочная</i> Форма <i>оформленный</i> Консистенция <i>мягкая положительн.</i> Слизь <i>нет</i> Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>-</u> <u>потерявшие</u> <u>±</u> Соединительная ткань <i>нет</i> Нейтральный жир <i>нет</i> Жирные кислоты <i>нет</i> Мыла + Крахмал <i>нет</i> Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+</u> <u>непереварим.</u> <u>+++</u> Иодофильная флора ----- Лейкоциты ----- Эритроциты ---- Яйца глист ----- Простейшие -----	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ПА
46.	Цвет <i>коричневый щелочная</i> Реакция (на лакмус) <i>сл.</i> Реакция на кровь <i>отрицательн.</i> Реакция на стеркобилин МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>-</u> <u>потерявшие</u> <u>±</u> Соединительная ткань <i>нет</i> Нейтральный жир <i>нет</i> Жирные кислоты <i>нет</i> Мыла + Крахмал <i>нет</i> Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+</u> <u>непереварим.</u> <u>+++</u> Иодофильная флора ----- Лейкоциты ----- Эритроциты ---- Яйца глист ----- Простейшие -----	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ПА

	Форма <i>оформленный</i> Реакция на кровь <i>отрицательная</i> Консистенция <i>мягкая</i> Реакция на стеркобилин <i>положит.</i> Слизь <i>нет</i> Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. ---- потерявшие ± Соединительная ткань ---- Нейтральный жир ----- Жирные кислоты ----- Мыла + Крахмал ----- Клетчатка <u>переваримая</u> +- непереварим. ++ Иодофильная флора ---- Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист <i>не найдены</i> Простейшие <i>не найдены</i>	самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	
47.	Цвет <i>серый</i> Реакция (на лакмус) <i>кислая</i> Форма <i>оформленный</i> Реакция на кровь <i>отрицательн.</i> Консистенция <i>мазевидная</i> Реакция на стеркобилин <i>отрицательн.</i> Слизь <i>нет</i> Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. --- потерявшие + Соединительная ткань ----- Нейтральный жир ± Жирные кислоты +++++ Мыла ± Крахмал ± Клетчатка <u>переваримая</u> +- непереварим. ++ Иодофильная флора ---- Лейкоциты ---- Эритроциты ----- Яйца глист <i>не найдены</i> Простейшие <i>не найдены</i>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ПА
48.	Цвет <i>серый</i> Реакция (на лакмус) <i>кислая</i> Форма <i>оформленный</i> Реакция на кровь <i>отрицательн.</i> Консистенция <i>мазевидная</i> Реакция на стеркобилин	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не	ПА

	<i>отрицат.</i> Слизь <i>нет</i> Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>-----</u> потерявшие ++ Соединительная ткань ----- Нейтральный жир + Жирные кислоты ++++ Мыла ± Крахмал ± Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+</u> непереварим. +++ Иодофильная флора ± Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист ---- Простейшие ----	самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
49.	Цвет <i>серый</i> Реакция (на лакмус) <i>кислая</i> Форма <i>оформленный отрицательн.</i> Реакция на кровь Консистенция <i>мазевидная отрицательн.</i> Реакция на стеркобилин Слизь <i>нет</i> Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>-----</u> потерявшие ++ Соединительная ткань ----- Нейтральный жир + Жирные кислоты ++++ Мыла ± Крахмал ± Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+</u> непереварим. +++ Иодофильная флора ++ Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист <i>не найдены</i> Простейшие <i>не найдены</i>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
50.	Цвет <i>коричневый</i> Реакция (на лакмус) <i>щелочная</i> Форма <i>оформленный полож.</i> Реакция на кровь <i>с бензидином-</i> <i>отрицат.</i> <i>с гваяковой смолой -</i>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно,	ПА

	щелочная Форма оформленный Реакция на кровь с бензидином - полож. с гваяковой смолой - отрицат. Консистенция мягкая Реакция на стеркобилин положителн. Слизь нет Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>+++</u> <u>потерявшие</u> <u>++</u> Соединительная ткань +++ Нейтральный жир ----- Жирные кислоты ----- Мыла + Крахмал ++ (внутриклеточный) Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+++</u> <u>непереварим.</u> <u>++</u> Иодофильная флора +++ Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист не найдены Простейшие не найдены	(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
53.	Цвет коричневый Реакция (на лакмус) сл. щелочная Форма оформленный Реакция на кровь с бензидином - сл. пол. с гваяковой смолой - отрицат. Консистенция мягкая Реакция на стеркобилин положит. Слизь незначительное количество Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>+++</u> <u>потерявшие</u> <u>++</u> Соединительная ткань ++ Нейтральный жир ----- Жирные кислоты ----- Мыла ± Крахмал +++ (внутриклеточный) Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+++</u> <u>непереварим.</u> <u>++</u>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА

	Иодофильная флора +++ Лейкоциты ----- Яйца глист <i>не найдены</i> Простейшие <i>не найдены</i> Эритроциты -----		
54.	Цвет чёрный Реакция (на лакмус) <i>сл.</i> <i>щелочная</i> Форма неоформленный Реакция на кровь резко положит. Консистенция жидкая Реакция на стеркобилин положит. Слизь ----- Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>+--</u> потерявшие + Соединительная ткань ----- Нейтральный жир ---- Жирные кислоты ----- Мыла + Крахмал ---- Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+ ---</u> непереварим. + Иодофильная флора ----- Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист <i>не найдены</i> Простейшие <i>не найдены</i>	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ПА
55.	Цвет чёрный Реакция (на лакмус) <i>сл.</i> <i>щелочная</i> Форма неоформленный Реакция на кровь с гваяковой смолой - - резко положителн. Консистенция жидкая Реакция на стеркобилин положит. Слизь ----- Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>++</u> потерявшие +++ Соединительная ткань ----- Нейтральный жир ----- Жирные кислоты ----- Мыла ++ Крахмал -----	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ПА

	Клетчатка <u>переваримая</u> <u>++</u> непереварим. <u>+++</u> Иодофильная флора ----- Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист ----- Простейшие -----		
56.	Цвет чёрный Реакция (на лакмус) сл. щелочная Форма неоформленный Реакция на кровь резко положит. Консистенция жидкая Реакция на стеркобилин положит. Слизь ----- Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>+--</u> <u>потерявшие</u> + Соединительная ткань ----- Нейтральный жир ---- Жирные кислоты ----- Мыла + Крахмал ---- Клетчатка <u>переваримая</u> <u>+---</u> <u>непереварим.</u> + Иодофильная флора ----- Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист не найдены Простейшие не найдены	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА
57.	Цвет чёрный Реакция (на лакмус) сл. щелочная Форма неоформленный Реакция на кровь с гваяковой смолой - - резко положителън. Консистенция жидкая Реакция на стеркобилин положит. Слизь ----- Кровь, гной, остатки пищи ----- МИКРОСКОПИЯ Мышечные волокна <u>сохранившие</u> поперечн.полосат. <u>++</u> <u>потерявшие</u> +++ Соединительная ткань -----	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ПА

	Нейтральный жир ----- Жирные кислоты ----- Мыла ++ Крахмал ----- Клетчатка <u>переваримая</u> ++ непереварим. +++ Иодофильная флора ----- Лейкоциты ----- Эритроциты ----- Яйца глист ----- Простейшие -----		
	<i>Тема: Клинический анализ мочи</i>		
58.	Количество: 190 мл Цвет: жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,024 Реакция: кислая Белок: 4,0 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в препарате переходный - един. в препарате почечный - единичн. в препарате Лейкоциты: 3-5-7 в п / зр. Эритроциты: неизменённые 25-30-35 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые - 2-3 в п/зр. зернистые - единичные восковидные Слизь: незначительное количество Соли: нет Бактерии: незначительное количество	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	TK-PK, ПА
59.	Количество: 200 мл Цвет: коричневый Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,024 Реакция: кислая Белок: незначит. следы Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: слабо положит. Уробилиноиды: выше нормы Эпителий: плоский - един. в препарат. переходный - един. в препарат. почечный - нет Лейкоциты: 0-0-1 в п/зр.	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	TK-PK, ПА

	Эритроциты: нет Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: незначит. количество Соли: нет Бактерии: незначит. количество		
60.	Количество: 200 мл Цвет: солом.-жёлтый Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,010 Реакция: кислая Белок: 4,0 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: норма Эпителий: плоский - един. в препар. переходный - един. в препар. почечный - 0-01 в п/зр. Лейкоциты: 0-1 в п/зр. Эритроциты: 20-30-40 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые - 3-5 в п/зр. зернистые - 1-2 в п/зр. восковидные Слизь: незначит. количество Соли нет Бактерии: незначительное количество	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
61.	Количество: 200 мл Цвет: жёлтый Прозрачность: мутная Относительная плотность: 1,016 Реакция: резко щелочная Белок: 0,9 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: норма Эпителий: плоский - единичный в препар. переходный - до 15-20 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: до 100 в п/зр. Эритроциты: 1-3 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА

	Слизь: в большом количестве Соли: нет Бактерии: в большом количестве		
62.	Количество: 150,0 мл Цвет: тёмно-жёлтая Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,020 Реакция: слабокислая Белок: следы Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: выше нормы Эпителий: плоский - единичный в п/зр. переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 0-1 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: больш. количество Соли: нет Бактерии: незначительное количество	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
63.	Количество: 200,0 мл Цвет: жёлтая Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,028 Реакция: кислая Белок: нет Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - 0-1 а п/зр. переходный - 3-5 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 2-4 в п/зр. Эритроциты: 6-8 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: большое количество Соли: кристаллы мочевой кислоты в больш. количестве Бактерии: незначительное количество	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА

64.	Количество: 130 мл Цвет: жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,013 Реакция: кислая Белок: 3 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский – 1-3 в п/зр. переходный - нет почечный – 2-3 в п/зр. Лейкоциты: 0-1 в п/зр. Эритроциты: 15-17 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые – до 5 в п/зр. зернистые – 1-3 в п/зр. восковидные – 1-5 в п/зр. Слизь: немного Соли: нет Бактерии: незначительное количество	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
65.	Количество: 150,0 мл Цвет: светло-жёлтая Прозрачность: мутная Относительная плотность: 1,018 Реакция: слабокислая Белок: 0,6 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - единичн. в п/зр. переходный - до 15-20 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 40-50 в п/зр. Эритроциты: 1-5 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: в большом количестве Соли: нет Бактерии: значительное количество	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
66.	Количество: 150,0 мл Цвет: коричневый Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,018	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно,	ТК-РК, ПА

	Реакция: слабо кислая Белок: нет Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: резко положительн. Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в препарате переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 0-1 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: нет Соли: нет Бактерии: незначит. количество	<i>раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
67.	Количество: 150,0 мл Цвет: соломенно жёлтый Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,028 Реакция: кислая Белок: нет Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в препар. переходный - един. в препар. почечный - нет Лейкоциты: 0-1 в п/зр Эритроциты: нет Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: незначит. количество Соли: нет Бактерии: незначит. количество	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>)	ТК-РК, ПА
68.	Количество: 300,0 мл Цвет: бледно жёлтая Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,032 Реакция: кислая Белок: нет Глюкоза: резко положительная	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта</i>)	ТК-РК, ПА

	Кетоновые тела: резко положит. Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в препар. переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 2-3 в п/зр. Эритроциты: 1-2 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: умеренное количество Соли: нет Бактерии: небольшое количество	неполно, не раскрыта)	
69.	Количество: 120,0 мл Цвет: светло жёлтая Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,020 Реакция: щелочная Белок: 1,9 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в препар. переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: до 40 в п/зр. Эритроциты: 3-5 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые - 0-2 в п/зр. зернистые - 1-3 в п/зр. восковидные - нет Слизь: умеренное количество Соли: нет Бактерии: в большом количестве	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
70.	Количество: 200,0 мл Цвет: соломенно жёлтая Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,024 Реакция: кислая Белок: 0,9 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: отрицательн. Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в препар.	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА

	переходный - 7-9 в п/зр почечный - нет Лейкоциты: 50-70-90 в п/зр. Эритроциты: 10-15 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые - 3 в препар. зернистые - нет восковидные - нет лейкоцитарные - 5 в препарате Слизь: значительное количество Соли: нет Бактерии: значительное количество		
71.	Количество: 180,0 мл Цвет: "мясных помоев" Прозрачность: мутная Относительная плотность: 1,024 Реакция: щелочная Белок: 0,03 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: отрицат. Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в п/зр. переходный - в значительн. количестве почечный - нет Лейкоциты: 0-01 в п/зр. Эритроциты: не густо покрывают все п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: значительное количество Соли: нет Бактерии: умеренное количество	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК, ПА
72.	Количество: 170,0 мл Цвет: тёмно-жёлтый . Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,025 Реакция: кислая Белок: нет Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: отрицательн. Уробилиноиды: выше нормы Эпителий: плоский - един. в препар. переходный - един. в препар. почечный = нет Лейкоциты: 0 -3 в п/зр. Эритроциты: нет	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК, ПА

	Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: нет Соли: нет Бактерии: незначит. количество		
73.	Количество: 170,0 мл Цвет: тёмно-коричневый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,018 Реакция: слабо кислая Белок: следы Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: положительный Уробилиноиды: выше нормы Эпителий: плоский - нет переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 0-4 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
74.	Количество: 120,0 Цвет: жёлтый Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,019 Реакция: слабо кислая Белок: нет Глюкоза: нет Кетоновые тела: отрицат. Билирубин: отрицат. Уробилиноиды: норма Эпителий: плоский - нет переходный - 0-1 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 1-2 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА

	Слизь: немного Соли: нет Бактерии: нет		
	Количество: 130,0 мл Цвет: бледно-жёлтый Прозрачность: мутная Относительная плотность: 1,024 Реакция: щелочная Белок: 0,3 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: норма Эпителий: плоский - единичный переходный - 15-20 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 50 - 6- в п/зр. Эритроциты: 2-6 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: в большом количестве Соли: аморфные фосфаты в большом количестве Бактерии: в большом количестве	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
75.	Количество: 160,0 мл Цвет: тёмно-коричневый Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,019 Реакция: нейтральная Белок: нет Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: значительной выше нормы Эпителий: плоский - нет переходный - 0-1 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 0-3 в п/зр. Эритроциты: нет Цилиндры: нет гиалиновые зернистые восковидные Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА

76.	Количество: 90,0 мл Цвет: жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,012 Реакция: кислая Белок: 8,4 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - нет переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 1-2 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые - 3-4 в п/зр. зернистые - 6-7 в п/зр. восковидные - 1-2 в п/зр. Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
77.	Количество: 200,0 мл Цвет: светло-жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,018 Реакция: слабо кислая Белок: 0,33 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - 1-2 в п/зр. переходный - до 15-20 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: до 100 в п/зр. Эритроциты: 3-5 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: немного Соли: нет Бактерии: в большом количестве	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
78.	Количество: 120,0 мл Цвет: тёмно-коричневая Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,015	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно,	ТК-РК, ПА

	Реакция: слабо кислая Белок: нет Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: значительно выше нормы Эпителий: плоский - нет переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 1-3 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет	<i>раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
79.	Количество: 50,0 мл Цвет: вид "мясных помоев" Прозрачность: мутная Относительная плотность: 1,019 Реакция: кислая Белок: 2,8 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - нет переходный - нет почечный - 1-2 в п/зр. Лейкоциты: 4-8 в п/зр. Эритроциты: до 100 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые - 2-4 в п/зр. зернистые - 6-8 в п/зр. восковидные - нет Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет	<i>Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	<i>ТК-РК, ПА</i>
80.	Количество: 150,0 Цвет: жёлтый Прозрачность: мутная Относительная плотность: 1,018 Реакция: кислая Белок: следы Глюкоза: нет	<i>Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта)</i>	<i>ТК-РК, ПА</i>

	Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - 3-5 в п/зр. переходный - 0-2 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 1-3 в п/зр. Эритроциты: 7-10 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: в большом количестве Соли: мочевой кислоты в большом количестве Бактерии: небольшое количество	неполно, не раскрыта)	
81.	Количество: 120,0 мл Цвет: "пива" Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,015 Реакция: нейтральная Белок: следы Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: резко положительная Уробилиноиды: выше нормы Эпителий: плоский - нет переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 0-1 в п/зр. Эритроциты: нет Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
82.	Количество: 130,0 мл Цвет: бурый Прозрачность: мутная Относительная плотность: 1,028 Реакция: щелочная Белок: 4,6 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: норма Эпителий: плоский - нет	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА

	переходный - нет почечный - 2-3 в п/зр. Лейкоциты: 6-8 в п/зр. Эритроциты: до 100 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые - 2-4 в п/зр. зернистые - 1-3 в п/зр. восковидные - нет Слизь: нет Соли: нет Бактерии: небольшое количество		
83.	Количество: 200,0 мл Цвет: ярко жёлтая Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,018 Реакция: кислая Белок: следы Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: значительно выше нормы Эпителий: плоский - нет переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 0-1 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет	Критерии ответа <i>(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	ТК-РК, ПА
84.	Количество: 60,0 мл Цвет: жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,014 Реакция: слабо кислая Белок: 1,2 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в препар. переходный - 0-1 в п/зр. почечный - 0-3 в п/зр. Лейкоциты: 60-90 в п/зр. Эритроциты: 5-7 в п/зр.	Критерии ответа <i>(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	ТК-РК, ПА

	Цилиндры: гиалиновые - 1-2 в п/зр. зернистые - 1-3 в п/зр. восковидные - нет Слизь: много Соли: нет Бактерии: в большом количестве		
85.	Количество: 250,0 мл Цвет: бледно-жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,032 Реакция: кислая Белок: 0,033 г/л Глюкоза: резко положительная Кетоновые тела: положит. Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - 7-8 в п/зр переходный - 15-20 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 10-12 в п/зр. Эритроциты: 0-3 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: много Соли: нет Бактерии: в большом количестве	Критерии ответа <i>(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	ТК-РК, ПА
86.	Количество: 40,0 Цвет: жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,022 Реакция: кислая Белок: 9,9 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - нет переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 1-2 в п/зр. Эритроциты: нет Цилиндры: гиалиновые - 7-8 в п/зр. зернистые - 1-3 в п/зр. восковидные - 1-2 в п/зр.	Критерии ответа <i>(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	ТК-РК, ПА

	Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет		
87.	Количество: 170,0 мл Цвет: жёлтый Прозрачность: мутная Относительная плотность: 1,022 Реакция: щелочная Белок: 0,9 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский -единичный переходный - покрывает все поля зрения почечный - нет Лейкоциты: 80-100 в п/зр. Эритроциты: 10-20 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые - един. в препар. зернистые - нет восковидные - нет Слизь: значительное количество Соли: фосфаты Бактерии: значительное количество	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта</i>)	<i>ТК-РК, ПА</i>
88.	Количество: 160,0 мл Цвет: “пива” Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,019 Реакция: нейтральная Белок: нет Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: резко положительн. Уробилиноиды: выше нормы Эпителий: плоский - един. в препар. переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 0-3 в п/зр. Эритроциты: нет Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: незначительное количество Соли: нет Бактерии: нет	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта</i>)	<i>ТК-РК, ПА</i>

89.	Количество: 400,0 мл Цвет: светло-жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,030 Реакция: кислая Белок: 0,33 г/л Глюкоза: резко положительная Кетоновые тела: положит. Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - 3-5 в п/зр. переходный - 10-15 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 15-16-20 в п/зр. Эритроциты: 0-1-3 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: значит. количество Соли: нет Бактерии: в значительном количестве	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК, ПА
90.	Количество: 170, 0 мл Цвет: соломенно-жёлтая Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,024 Реакция: щелочная Белок: 1,0 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - 3-5-7 в п/зр. переходный - до 10 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 50-70 в п/зр. Эритроциты: 5-7-10 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: значительное количество Соли: фосфаты Бактерии: значительное количество	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК, ПА
91.	Количество: 450,0 мл Цвет: светло-жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,028	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно,</i>	ТК-РК, ПА

	Реакция: слабо кислая Белок: нет Глюкоза: резко положит. Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский -единичн. в препарат. переходный - единичн. в препарат. почечный - нет Лейкоциты: 3-5 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: много Соли: нет Бактерии: немного	<i>раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)</i>	
92.	Количество: 200,0 мл Цвет: “пива” Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,024 Реакция: кислая Белок: следы Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: резко положит. Уробилиноиды: меньше нормы Эпителий: плоский - един. в препарат. переходный - един. в препарат. почечный - нет Лейкоциты: 0-0-1 в п/зр. Эритроциты: нет Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: немного Соли: нет Бактерии: немного	<i>Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)</i>	<i>ТК-РК, ПА</i>
93.	Количество: 120,0 мл Цвет: тёмно-жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,018 Реакция: слабо кислая Белок: следы Глюкоза: нет	<i>Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта</i>	<i>ТК-РК, ПА</i>

	Кетоновые тела: нет Билирубин: резко положительн. Уробилиноиды: отрицат. Эпителий: плоский - нет переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 0-1-3 в п/зр. Эритроциты: нет Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: нет Соли: нет Бактерии: немного	<i>неполно, не раскрыта)</i>	
94.	Количество: 200,0 мл Цвет: светло-жёлтый Прозрачность: неполная Относительная плотность: 1,012 Реакция: кислая Белок: 4,0 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в п/зр. переходный - нет почечный - 2-3 в п/зр. Лейкоциты: 0-1 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: гиалиновые - до 8 в п/зр. зернистые - 3-5 в п/зр. восковидные - 1-2 в п/зр. Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	<i>ТК-РК, ПА</i>
95.	Количество: 150,0 мл Цвет: тёмно-коричнев. Прозрачность: полная Относительная плотность: 1,020 Реакция: нейтральная Белок: следы Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: резко положит. Уробилиноиды: норма Эпителий: плоский - нет	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	<i>ТК-РК, ПА</i>

	переходный - нет почечный - нет Лейкоциты: 0-2 в п/зр. Эритроциты: 0-1 в п/зр. Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: немного Соли: нет Бактерии: нет		
96.	Количество: 120,0 мл Цвет: красный Прозрачность: мутная Относительная плотность: 1,024 Реакция: кислая Белок: 0,033 г/л Глюкоза: нет Кетоновые тела: нет Билирубин: нет Уробилиноиды: в норме Эпителий: плоский - един. в препар. переходный - 15-20 в п/зр. почечный - нет Лейкоциты: 1-2 в п/зр. Эритроциты: густо покрывают все поля зрения Цилиндры: нет гиалиновые - зернистые - восковидные - Слизь: нет Соли: нет Бактерии: нет	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК, ПА
	<i>Тема; Клинический анализ крови</i>		
97.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 110 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 3,2 · 10¹² / л Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 1 ° / оо Тромбоциты 130 · 10⁹ / л Лейкоциты 80 · 10⁹ / л Палочкоядерные 1% Сегментоядерные 7,5% Лимфоциты 89% Моноциты 2,5% СОЭ 48 мм/час Тени Боткина-Гумпрехта 2-3 в п/зр	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта</i>)	ТК-РК, ПА
98.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 90 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 3,0 · 10¹² / л Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 2 % Тромбоциты 47 · 10⁹ / л	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно,</i>	ТК-РК, ПА

	Лейкоциты 80 10^9 / л Палочкоядерные 1% Сегментоядерные 4,5% Пролимфоциты 9 Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 83% Моноциты 2,0% СОЭ 62 мм/час Тени Боткина-Гумпрехта 3-4 в п/зр	но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
99.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 140 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 4,2 10^{12} / л Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 4 % Тромбоциты 250 10^9 / л Лейкоциты 8,6 10^9 / л Палочкоядерные 4% Сегментоядерные 65% Эозинофилы 11% Лимфоциты 15% Моноциты 5% СОЭ 8 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
100.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 100 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 3,2 10^{12} / л Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 2 % Тромбоциты 120 10^9 / л Лейкоциты 4,0 10^9 / л Бласты 50% Палочкоядерные 2,5% Сегментоядерные 17% Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 25% Моноциты 5,0% СОЭ 38 мм/час Тени Боткина-Гумпрехта 3-4 в п/зр	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
101.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 100 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 3,0 10^{12} / л Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 3 % Тромбоциты 120 10^9 / л Лейкоциты 10,0 10^9 / л Миелобласты 60 Палочкоядерные 1% Сегментоядерные 20% Эозинофилы 2% Лимфоциты 14% Моноциты 3% СОЭ 40 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
102.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 130 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 4,0 10^{12} / л Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 3 % Тромбоциты 200 10^9 / л Лейкоциты 23 10^9 / л Миелоциты 1% Метамиелоциты 3% Палочкоядерные 14% Сегментоядерные 70% Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 9% Моноциты 2,5% СОЭ 40 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
103.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 130 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 4,2 10^{12} / л Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 3 % Тромбоциты 210 10^9 / л	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно,	ТК-РК, ПА

	Лейкоциты 7,5 10^9 / л Палочкоядерные 4% Сегментоядерные 58% Эозинофилы 3% Базофилы 0,5% Лимфоциты 29% Моноциты 5,5% СОЭ 11 мм/час	<i>раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
104.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 120 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 3,9 10^{12} / л Цветовой показатель 0,92 Ретикулоциты 5 % Тромбоциты 200 10^9 / л Лейкоциты 13 10^9 / л Метамиелоциты 0,5% Палочкоядерные 8% Сегментоядерные 53% Эозинофилы 21% Лимфоциты 14% Моноциты 3,5% СОЭ 30 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
105.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 90 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 2,7 10^{12} / л Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 1,5 % Тромбоциты 100 10^9 / л Лейкоциты 11 10^9 / л Лимфобласты 54% Палочкоядерные 2% Сегментоядерные 11% Эозинофилы 12% Лимфоциты 18% Моноциты 3% СОЭ 42 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
106.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 140 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 4,5 10^{12} / л Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 3 % Тромбоциты 190 10^9 / л Лейкоциты 8,0 10^9 / л Палочкоядерные 4% Сегментоядерные 61% Эозинофилы 2% Лимфоциты 25% Моноциты 8% СОЭ 7 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
107.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 105 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 3,5 10^{12} / л Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты 130 10^9 / л Лейкоциты 105 10^9 / л Миелоциты 27% Метамиелоциты 18% Палочкоядерные 19% Сегментоядерные 12% Эозинофилы 12% Базофилы 9% Лимфоциты 2,5% Моноциты 0,5% СОЭ 52 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
108.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 90 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж 2,7 10^{12} / л Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 2 % Тромбоциты 120 10^9 / л	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно,	ТК-РК, ПА

	Лейкоциты 14 10^9 / л Лимфоциты 50% Палочкоядерные 3% Сегментоядерные 10% Эозинофилы 10% Лимфоциты 19% Моноциты 8% СОЭ 30 мм/час	<i>раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)</i>	
109.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 110 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 4,2 10^{12} / л Цветовой показатель 0,78 Ретикулоциты 8 % Тромбоциты 240 10^9 / л Лейкоциты 7,2 10^9 / л Палочкоядерные 3% Сегментоядерные 63% Эозинофилы 2% Базофилы 1% Лимфоциты 23% Моноциты 8% СОЭ 12 мм/час Анизоцитоз-микроциты,пойкилоцитоз -выражен	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ТК-РК, ПА
110.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 135 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 4,0 10^{12} / л Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 3 % Тромбоциты 290 10^9 / л Лейкоциты 17,0 10^9 / л Метамиелоциты 3,5% Палочкоядерные 20% Сегментоядерные 60% Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 13,5% Моноциты 2,5% СОЭ 29 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ТК-РК, ПА
111.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 100 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 3,3 10^{12} / л Цветовой показатель 0,92 Ретикулоциты 2 % Тромбоциты 120 10^9 / л Лейкоциты 73 10^9 / л Палочкоядерные Сегментоядерные 5% Эозинофилы 1% Лимфоциты 92,5% Моноциты 1,5% СОЭ 54 мм/час Тени Боткина-Гумпрехта 3-5 в п/зр.	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ТК-РК, ПА
112.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 70 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 3,5 10^{12} / л Цветовой показатель 0,6 Ретикулоциты 9 % Тромбоциты 207 10^9 / л Лейкоциты 5,0 10^9 / л Палочкоядерные 3% Сегментоядерные 54% Эозинофилы 3% Лимфоциты 30% Моноциты 10% СОЭ 6 мм/час Анизоцитоз выражен-микроциты, пойкилоцитоз-выражен	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно,не раскрыта)	ТК-РК, ПА
113.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 120 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 3,6 10^{12} / л Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 5 % Тромбоциты 140 10^9 / л Лейкоциты 94 10^9 / л	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно,	ТК-РК, ПА

	Миеоциты 10% Метамиеоциты 10,5% Палочкоядерные 20% Сегментоядерные 35% Эозинофилы 15% Базофилы 4,5% Лимфоциты 3,5% Моноциты 1,5% СОЭ 32 мм/час	но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
114.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 120 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж $3,9 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 5 % Тромбоциты $123 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $47 \cdot 10^9 / л$ Промиеоциты 2,5% Миеоциты 22% Метамиеоциты 24,5% Палочкоядерные 15% Сегментоядерные 19% Эозинофилы 7% Базофилы 3% Лимфоциты 4,5% Моноциты 2,5% СОЭ 30 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
115.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 75 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж $3,1 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,93 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты $110 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $3,2 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 2% Сегментоядерные 40,5% Эозинофилы 1,5% Лимфоциты 46% Моноциты 10% СОЭ 35 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
116.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 86 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж $2,1 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 1,2 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты $90 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $2,9 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 1% Сегментоядерные 42% Эозинофилы 1% Лимфоциты 46% Моноциты 10% СОЭ 36 мм/час Анизоцитоз выражен –мегалоциты, пойкилоцитоз выражен, найдены тельца Жолли и кольца Кебота, мегалобласты 3:200 лейкоцитов, единичные эритроциты с базофильной зернистостью, гиперсегментация ядер нейтрофилов	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
117.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 60 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж $1,5 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 1,2 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты $80 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $3,0 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 2% Сегментоядерные 43% Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 44% Моноциты 10,5% СОЭ 28 мм/час Анизоцитоз выражен –мегалоциты, пойкилоцитоз выражен, найдены тельца Жолли и кольца Кебота, мегалобласты 5:200 лейкоцитов, единичные эритроциты с базофильной зернистостью-3 в препарате, гиперсегментация ядер нейтрофилов	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА

118.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 120 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 4,0 10^{12} / л Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 3 % Тромбоциты 190 10^9 / л Лейкоциты 18,0 10^9 / л Миелоциты 0,5% Метамиелоциты 7% Палочкоядерные 23% Сегментоядерные 58% Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 9,5% Моноциты 1,5% СОЭ 42 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
119.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 120 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 3,9 10^{12} / л Цветовой показатель 0,92 Ретикулоциты 2 % Тромбоциты 140 10^9 / л Лейкоциты 64 10^9 / л Промиелоциты 4,5% Миелоциты 15% Метамиелоциты 13% Палочкоядерные 15% Сегментоядерные 24% Эозинофилы 13% Базофилы 11% Лимфоциты 3% Моноциты 1,5% СОЭ 67 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
120.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 150 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 4,7 10^{12} / л Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 9 % Тромбоциты 240 10^9 / л Лейкоциты 23,6 10^9 / л Миелоциты 0,5% Метамиелоциты 10% Палочкоядерные 24% Сегментоядерные 51% Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 11% Моноциты 3% СОЭ 37 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
121.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 120 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 3,6 10^{12} / л Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 1,5 % Тромбоциты 192 10^9 / л Лейкоциты 4,3 10^9 / л Палочкоядерные 9% Сегментоядерные 45% Эозинофилы 2% Лимфоциты 39% Моноциты 5% СОЭ 34 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
122.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 100 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 3,5 10^{12} / л Цветовой показатель 0,85 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты 190 10^9 / л Лейкоциты 4,0 10^9 / л Палочкоядерные 12% Сегментоядерные 42% Эозинофилы 1,5% Лимфоциты 37% Моноциты 7,5%	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта)	ТК-РК, ПА

	СОЭ 42 мм/час	неполно, не раскрыта)	
123.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 100 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 3,0 10^{12} / л Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты 120 10^9 / л Лейкоциты 10 10^9 / л Миелобласты 60% Палочкоядерные 1% Сегментоядерные 20% Эозинофилы 2% Лимфоциты 14% Моноциты 3% СОЭ 46 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полностью и самостоятельно, раскрыта полностью, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
124.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 120 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 3,2 10^{12} / л Цветовой показатель 1,12 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты 150 10^9 / л Лейкоциты 3,5 10^9 / л Палочкоядерные 1% Сегментоядерные 45% Эозинофилы 1% Лимфоциты 48% Моноциты 5% СОЭ 34 мм/час Анизоцитоз выражен –мегалоциты, пойкилоцитоз выражен, найдены тельца Жолли и кольца Кебота, мегалобласты 1:200 лейкоцитов, единичные эритроциты с базофильной зернистостью-3 в препарате, гиперсегментация ядер нейтрофилов	Критерии ответа (раскрыта полностью и самостоятельно, раскрыта полностью, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
125.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 110 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 4,2 10^{12} / л Цветовой показатель 0,78 Ретикулоциты 24 % Тромбоциты 390 10^9 / л Лейкоциты 4,7 10^9 / л Палочкоядерные 2% Сегментоядерные 54% Эозинофилы 3% Лимфоциты 32% Моноциты 9% СОЭ 10 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полностью и самостоятельно, раскрыта полностью, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
126.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 100 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 2,6 10^{12} / л Цветовой показатель 1,15 Ретикулоциты 0,5 % Тромбоциты 170 10^9 / л Лейкоциты 4,0 10^9 / л Палочкоядерные 2% Сегментоядерные 45% Эозинофилы 1% Лимфоциты 43% Моноциты 9% СОЭ 29 мм/час Анизоцитоз выражен –мегалоциты, пойкилоцитоз выражен, найдены тельца Жолли и кольца Кебота, мегалобласты 1:200 лейкоцитов, единичные эритроциты с базофильной зернистостью-3 в препарате, гиперсегментация ядер нейтрофилов	Критерии ответа (раскрыта полностью и самостоятельно, раскрыта полностью, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
127.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 140 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ 4,8 10^{12} / л Цветовой показатель 0,87 Ретикулоциты 4 % Тромбоциты 195 10^9 / л Лейкоциты 4,6 10^9 / л Палочкоядерные 3%	Критерии ответа (раскрыта полностью и самостоятельно, раскрыта полностью, но не	ТК-РК, ПА

	Сегментоядерные 58% Эозинофилы 2% Лимфоциты 35% Моноциты 2% СОЭ 7 мм/час	самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	
128.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 100 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ $3,0 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 1,0 Ретикулоциты 0,5 % Тромбоциты $150 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $6,0 \cdot 10^9 / л$ Миелобласты 20% Палочкоядерные 4% Сегментоядерные 47% Эозинофилы 1,5% Лимфоциты 20% Моноциты 7,5% СОЭ 54 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
129.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 60 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ $2,75 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,65 Ретикулоциты 26 % Тромбоциты $450 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $8,6 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 3% Сегментоядерные 66% Эозинофилы 2% Лимфоциты 24% Моноциты 5% СОЭ 24 мм/час Анизоцитоз выражен –микроциты, пойкилоциты выражен, нормобласты 2;100 лейкоцитов	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
130.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 120 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ $3,8 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты $170 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $3,9 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 1% Сегментоядерные 43% Эозинофилы 1% Лимфоциты 43% Моноциты 12% СОЭ 12 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
131.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 70 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ $2,4 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,85 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты $160 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $3,0 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 1% Сегментоядерные 40% Эозинофилы 1% Лимфоциты 45% Моноциты 13% СОЭ 18 мм/час	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)	ТК-РК, ПА
132.	Гемоглобин $\frac{M}{Ж}$ 140 г / л Эритроциты $\frac{M}{Ж}$ $4,3 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 2 % Тромбоциты $290 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $14,0 \cdot 10^9 / л$ Метамиелоциты 0,5% Палочкоядерные 17% Сегментоядерные 70%	Критерии ответа (раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно,	ТК-РК, ПА

	Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 10% Моноциты 2% СОЭ 40 мм/час	<i>раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	
133.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 100 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж $3,5 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,85 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты $120 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $3,0 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 1% Сегментоядерные 40% Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 44% Моноциты 14,5% СОЭ 26 мм/час	Критерии ответа <i>(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	<i>ТК-РК, ПА</i>
134.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 45 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж $2,11 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,63 Ретикулоциты 5 % Тромбоциты $520 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $4,1 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 3% Сегментоядерные 60% Эозинофилы 2% Лимфоциты 29% Моноциты 6% СОЭ 14 мм/час Анизоцитоз резко выражен –микроциты, пойкилоцитоз-выражен	Критерии ответа <i>(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	<i>ТК-РК, ПА</i>
135.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 100 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж $3,2 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 2% Тромбоциты $150 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $3,0 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 2% Сегментоядерные 45% Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 38% Моноциты 14,5% СОЭ 19 мм/час	Критерии ответа <i>(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	<i>ТК-РК, ПА</i>
136.	Гемоглобин <u>М</u> Ж 80 г / л Эритроциты <u>М</u> Ж $2,5 \cdot 10^{12} / л$ Цветовой показатель 0,9 Ретикулоциты 1 % Тромбоциты $90,0 \cdot 10^9 / л$ Лейкоциты $3,2 \cdot 10^9 / л$ Палочкоядерные 2% Сегментоядерные 38% Эозинофилы 0,5% Лимфоциты 48% Моноциты 11,5% СОЭ 20 мм/час	Критерии ответа <i>(раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, раскрыта неполно, не раскрыта)</i>	<i>ТК-РК, ПА</i>

Оценочные средства разработаны кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ИКМ и приняты на заседании кафедры
«15» января 2025г., протокол № 10

Заведующий кафедрой
пропедевтики внутренних болезней,
гастроэнтерологии и гепатологии



Ивашкин В.Т.