

ГБПОУ ЛО «Выборгский медицинский колледж»

## МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

для подготовки к экзамену

по МДК 02.01. «Лечение пациентов терапевтического профиля»

Специальность 31.02.01 «Лечебное дело» углубленная подготовка СПО

Преподаватель: О.О. Горяинова

Рассмотрено на заседании ЦМК  
«Лечебное дело» и метод. совете  
Протокол № 7  
от « 6 » 03 2017 г.  
Председатель О.О. Горяинова  
Протокол № 4  
от « 28 » 03 2017 г.  
Председатель метод совета  
И.В. Ганьшина И.В. Ганьшина

г. Выборг  
2017 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка.....	3
2. Пример экзаменационного билета с эталоном ответа.....	8
3. Перечень вопросов для подготовки к экзамену.....	11
4. Методические указания для студентов.....	17
5. Материалы для подготовки к экзамену .....	19
6. Источники информации.....	41

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Методическое пособие предназначено для подготовки студентов к сдаче экзамена по МДК 02.01. «Лечение пациентов терапевтического профиля» ОПОП по специальности СПО 31.02.01 «Лечебное дело», углубленная подготовка СПО в части овладения видом профессиональной деятельности: Оказание медицинских услуг в терапии, инфекционных болезнях, неврологии, дерматовенерологии, гериатрии.

В результате освоения МДК 02.01. «Лечение пациентов терапевтического профиля» обучающийся должен:

### **уметь:**

- проводить дифференциальную диагностику заболеваний;
- определять тактику ведения пациента;
- назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение;
- определять показания, противопоказания к применению лекарственных средств;
- применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп;
- определять показания к госпитализации пациента и организовывать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение;
- проводить лечебно-диагностические манипуляции;
- проводить контроль эффективности лечения;
- осуществлять уход за пациентами при различных заболеваниях с учетом возраста;

### **знать:**

- принципы лечения и ухода в терапии, инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологией; неврологии, психиатрии с курсом наркологии, дерматовенерологии, гериатрии, фтизиатрии, при осложнениях заболеваний;
- показания и противопоказания к применению лекарственных средств;
- особенности применения лекарственных средств у разных возрастных групп.

### **Междисциплинарный курс способствует углублению знаний и умений с целью формирования общих и профессиональных компетенций:**

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для

эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.

ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

## Объем учебной дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы	Объем часов
	Всего
Лекции	138
Лабораторно-практические занятия (ЛПЗ)	136
Самостоятельная работа	137
Производственная практика	108
Вид промежуточной аттестации	Экзамен
Итого	<b>519</b>

Условием допуска к экзамену является положительная оценка по всем разделам МДК, сдача дифференцированного зачета по производственной практике.

Экзамен проводится в два этапа: первый этап – проведение тестового контроля; второй этап проводится по билетам, в каждом из которых представлена проблемная ситуация, включающая следующие задания:

- Сформулировать и обосновать диагноз заболевания;
- Определить тактику ведения пациента;
- Составить план дополнительного обследования и схему фармакотерапии;
- Выписать рецепт на лекарственный препарат и оказать консультативную помощь пациенту по применению лекарственных средств;
- Продемонстрировать манипуляцию.

По результатам проведения тестирования и оценивания решения ситуационной задачи индивидуального задания обучающемуся выставляется общая оценка за экзамен.

Банк тестовых заданий содержит 400 тестов. Тестирование состоит из 200 тестовых заданий. Студентам предлагаются закрытые тестовые задания – респондент может использовать только predeterminedные ответы.

### Критерии выставления оценок за тестирование:

- «2» (неудовлетворительно) - 0 - 69% правильных ответов;
- «3» (удовлетворительно) – 70 – 79% правильных ответов;
- «4» (хорошо) – 80 – 89% правильных ответов;
- «5» (отлично) - 90 – 100% правильных ответов.

Ко второму этапу допускаются только студенты, имеющие положительную оценку за тестовый контроль.

### **Критерии выставления оценок за выполнение заданий билета:**

- **5 «отлично»** - комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами и требованиями СЭР;
- **4 «хорошо»** - комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами и требованиями СЭР;
- **3 «удовлетворительно»** - затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий, в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций, требования СЭР соблюдаются;
- **2 «неудовлетворительно»** - неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

## Тестовый контроль

### 1. ГРУППА ФАКТОРОВ РИСКА ИБС, ОТНОСЯЩИХСЯ К РАЗРЯДУ ОБРАТИМЫХ

- 1) гиперлипидемия, артериальная гипертензия, низкий уровень ХС ЛПВП
- 2) сахарный диабет, стресс, неправильное питание, мужчины в возрасте старше 45 лет
- 3) **ожирение, низкая физическая активность, курение, неправильное питание**
- 4) стрессы, женщина в постменопаузе, гиперлипидемия
- 5) правильно 2 и 4

### 2. ЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ

- 1) **менее 5,2 ммоль/л**
- 2) 6,0 ммоль/л
- 3) 6,5 ммоль/л
- 4) 7,8 ммоль/л
- 5) 5,6 ммоль/л

### 3. МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ СИМПТОМ

- 1) симптом Бабинского
- 2) **ригидность мышц затылка**
- 3) симптом "свисающей головы"
- 4) симптом Чураева
- 5) симптом Говорова-Годелье

### 4. НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

- 1) 17 - 20
- 2) **18 - 25**
- 3) 20 – 29
- 4) 25 – 35
- 5) 35 – 40

### 5. АНТИАТЕРОГЕННУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- 1) хиломикроны
- 2) ЛПОНП
- 3) ЛППП
- 4) ЛПНП
- 5) **ЛПВП**

### 6. МАЛОПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ ХАРАКТЕРЕН

- 1) для катарального бронхита

- 2) **для обструктивного бронхита**
  - 3) для проксимального бронхита
  - 4) для бронхита с вторичными бронхоэктазами
  - 5) нет верного ответа
7. ТИПИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
- 1) пневмония
  - 2) **перфорация язвы кишечника**
  - 3) паротит
  - 4) менингит
  - 5) перикардит
8. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИБС ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В
- 1) правой коронарной артерии
  - 2) передней нисходящей коронарной артерии
  - 3) **общем стволе левой коронарной артерии**
  - 4) огибающей коронарной артерии
  - 5) прогноз у больных ИБС не зависит от локализации атеросклеротических поражений коронарного русла
9. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ
- 1) остеопороз
  - 2) артериальная гипертензия
  - 3) **кандидоз полости рта**
  - 4) сахарный диабет
  - 5) ожирение
10. СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИБС ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, КРОМЕ
- 1) стенокардии
  - 2) инфаркта миокарда
  - 3) постинфарктного кардиосклероза
  - 4) **атеросклеротического кардиосклероза**
  - 5) нарушения ритма сердца
11. УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ ПРИ ПРИЕМЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ОБУСЛОВЛЕНО
- 1) отрицательным инотропным эффектом
  - 2) отрицательным хронотропным эффектом



- 3) **как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом**
- 4) уменьшением постнагрузки на левый желудочек
- 5) уменьшением преднагрузки на левый желудочек

#### 12. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

- 1) **показана всем больным**
- 2) не показана
- 3) показана в ряде случаев
- 4) решается индивидуально
- 5) госпитализация плановая

#### 13. КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- 1) ЧДД в минуту
- 2) ЧСС в минуту
- 3) ПСВ-показатели
- 4) верно 1 и 3
- 5) **верно 1, 2, 3**

#### 14. СИНДРОМ ОТМЕНЫ НАИБОЛЕЕ СВОЙСТВЕНЕН

- 1) нитратам
- 2) антагонистам кальция
- 3) **бета-блокаторам**
- 4) всем перечисленным
- 5) нет правильного ответа

#### 15. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ У БОЛЬНЫХ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

- 1) нитраты
- 2) бета-блокаторы
- 3) **блокаторы кальциевых каналов**
- 4) эффективность перечисленных групп при спонтанной стенокардии практически одинакова
- 5) нет правильного ответа

#### 16. В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕРЫ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫХОДИТ БОРЬБА

- 1) интоксикацией
- 2) **обезвоживанием**
- 3) гипертермией
- 4) гипотермией

5) гипоксией

17. ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

- 1) нитратов
- 2) бета-блокаторов
- 3) антагонистов кальция
- 4) **всех перечисленных**
- 5) ни одного из перечисленных

18. ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1) **нитратами**
- 2) бета-блокаторами
- 3) антагонистами кальция
- 4) всеми перечисленными средствами
- 5) нет правильного ответа

19. ГОЛОВНУЮ БОЛЬ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПРИЕМ

- 1) **нитратов**
- 2) бета-блокаторов
- 3) антагонистов кальция дигидропиридиновой группы
- 4) всех перечисленных средств
- 5) нет правильного ответа

20. У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) клофелин
- 2) дилтиазем
- 3) гипотиазид
- 4) каптоприл
- 5) **верно 3 и 4**

21. КРИТЕРИЙ 1 СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

- 1) сравнительно небольшое повышение АД (не более 170/100 мм рт ст)
- 2) отсутствие признаков поражения жизненно важных органов
- 3) лабильность АД
- 4) **верно 2 и 3**
- 5) нет правильного ответа

22. КРИТЕРИЕМ 3 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возникновение сердечной недостаточности
- 2) инфаркт миокарда
- 3) нарушения мозгового кровообращения
- 4) ХПН
- 5) **все перечисленное**

23. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ ПРОИСХОДИТ

- 1) уменьшение ОПСС
- 2) уменьшение ОЦК
- 3) уменьшение образования ренина
- 4) **все перечисленное**
- 5) ничего из перечисленного

24. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТИАЗИДОВЫХ ДИУРЕТИКОВ ПРОИСХОДИТ

- 1) уменьшение активности симпато-адреналовой системы
- 2) **снижение ОПСС**
- 3) уменьшение образования ренина
- 4) уменьшение образования альдостерона
- 5) все перечисленное

25. ТИАЗИДОВЫЕ ДИУРЕТИКИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ОБЛАДАЮТ ПОБОЧНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ

- 1) вызывают гиперурикемию
- 2) гипергликемию
- 3) повышают содержание ЛПНП
- 4) **все перечисленное**
- 5) только 1 и 2

26. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАН

- 1) **пропранолол**
- 2) нифедипин
- 3) теопек
- 4) атровент
- 5) атропин

27. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР БОЛЬНОГО С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возраст более 70 лет
- 2) аспирация в анамнезе

- 3) вовлечение в процесс нескольких долей легкого
- 4) верно 1 и 3
- 5) **верно 1, 2, 3**

28. У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- 1) клофелин
- 2) пропранолол
- 3) нифедипин, верапамил
- 4) гипотиазид, оксадолин
- 5) **папаверин, дибазол**

29. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) **в/в введение антибиотиков**
- 2) в/м введение антибиотиков
- 3) препараты per os
- 4) любой способ введения
- 5) назначение бактериостатических антибиотиков

30. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

- 1) 2 недели и меньше
- 2) **4-6 недель**
- 3) более 6 недель
- 4) до 1 года
- 5) правильного ответа нет

31. ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ ТЕОФИЛЛИНА

- 1) эуфиллин
- 2) диафиллин
- 3) **теопек**
- 4) дипрафиллин
- 5) дитек

32. ПРИЧИНЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) повреждение миокарда
- 2) перегрузка сердца давлением и объемом
- 3) нарушение диастолической функции
- 4) **все верно**
- 5) правильно 1 и 2

33. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ

- 1) отеки нижних конечностей
- 2) 3 тон сердца
- 3) смещение верхушечного толчка влево и вниз
- 4) повышение уровня пульсации внутренней яремной вены
- 5) **все верно**

34. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) пульсация печени
- 2) **приступы сердечной астмы**
- 3) отеки ног
- 4) венозный застой в большом кругу кровообращения
- 5) все верно

35. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЧЕТКИХ КРИТЕРИЕВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) ингибиторов АПФ
- 2) диуретиков
- 3) бета-блокаторов
- 4) **все верно**
- 5) все неверно

36. ПРИЗНАК МЕНИНГОКОККЦЕМИИ

- 1) головная боль
- 2) насморк
- 3) **геморрагическая сыпь**
- 4) повышение АД
- 5) лихорадка

36. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) **кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода**
- 2) гепатоцеллюлярная кома
- 3) пальмарная эритема
- 4) сосудистые звездочки
- 5) спленомегалия

37. ПРИЗНАК АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

- 1) гипохолестеринемия

- 2) сосудистые звёздочки
- 3) **повышение аланинаминотрансферазы (АлАТ)**
- 4) гепатоспленомегалия
- 5) мелена

38. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ИНТЕРФЕРОНОМ ЭФФЕКТИВНО

- 1) всегда
- 2) **при высокой степени активности процесса**
- 3) при обнаружении анти-HbsAg
- 4) при сероконверсии
- 5) у больных с алкогольной зависимостью

39. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕОБХОДИМО ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1) HbsAg в крови
- 2) анти HbsAg в крови
- 3) HbeAg в крови
- 4) HbcAg в крови
- 5) **верно 2 и 3**

40. ЛЕЧЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) ограничение белковой пищи
- 2) ограничение потребления жидкости
- 3) борьба с кишечной токсемией
- 4) **верно 1 и 3**
- 5) верно 1, 2, 3

41. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МАЛЯРИИ

- 1) резко выраженный катаральный симптом
- 2) **периодические лихорадочные приступы**
- 3) частый жидкий стул
- 4) резкие боли в животе
- 5) везикулезная сыпь

41. ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) урсофальк
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) адсорбенты
- 4) **верно 1, 2, 3**

- 5) **верно 1 и 3**
42. АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
- 1) спленомегалии
  - 2) внутripечённого холестаза
  - 3) первичного гиперальдостеронизма
  - 4) **портальной гипертензии**
  - 5) верно 3 и 4
43. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ
- 1) в осенне-зимний период
  - 2) при выделении слизистой мокроты
  - 3) **в периоды выделения гнойной мокроты**
  - 4) верно 2 и 3
  - 5) не указаны показания для антибактериальной терапии
44. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА
- 1) интерферон
  - 2) ацикловир
  - 3) **глюкокортикоиды**
  - 4) урсофальк
  - 5) верно 1, 3, 4
45. ПОКАЗАНИЯ И СПОСОБ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А
- 1) госпитализация в зависимости от тяжести клинических проявлений
  - 2) госпитализация по эпидемическим показаниям
  - 3) **обязательная госпитализация**
  - 4) изоляция на дому
  - 5) госпитализация в зависимости от эпидобстановки в районе
46. ДИЕТА БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРИТОМ ИСКЛЮЧАЕТ
- 1) сыр
  - 2) творог
  - 3) нежирное мясо
  - 4) **молоко и блюда, приготовленные на молоке**
  - 5) вегетарианские супы
47. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОНОСОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРИТОМ ВКЛЮЧАЕТ
- 1) карбонат кальция

- 2) регулакс
- 3) смекта
- 4) верно 1, 2, 3
- 5) **верно 1 и 3**

48. ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ОДНОЙ ПОЛОВИНЕ ЛИЦА, ИНОГДА СО СЛЕЗОТЕЧЕНИЕМ, ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ ИЗ НОСА. СЛЮНОТЕЧЕНИЕ, ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- 1) неврите лицевого нерва
- 2) **невралгии тройничного нерва**
- 3) шейном остеохондрозе
- 4) опухоли головного мозга
- 5) гайморите

49. ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ

- 1) боли в эпигастральной области
- 2) **тонкокишечные поносы**
- 3) гиперальбуминемия
- 4) верно 1, 2, 3
- 5) верно 1 и 2

50. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

- 1) язвенная болезнь желудка чаще бывает после 40 лет
- 2) в молодом возрасте чаще бывает язвенная болезнь 12-перстной кишки
- 3) в молодом возрасте язвенной болезнью чаще страдают женщины
- 4) малосимптомная язва желудка больших размеров характерна для старческого возраста
- 5) **верно 1, 2, 4**

51. НАЗНАЧАТЬ АНТАЦИДЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) через 1 час после еды
- 2) **за 1 час до еды и на ночь**
- 3) во время еды
- 4) индивидуально, накануне предполагаемых болей, и на ночь
- 5) верного ответа нет

52. СОВРЕМЕННАЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1) оксациллин



- 2) макролиды
- 3) сульфаниламиды
- 4) метронидазол
- 5) **верно 2 и 4**

53. К СОВРЕМЕННЫМ ГАСТРОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1) гастрोцепин
- 2) фамотидин
- 3) **сукральфат**
- 4) облепиховое масло
- 5) анаболические гормоны

54. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ

- 1) **7 – 10 дней**
- 2) до 1 месяца
- 3) до стадии красного рубца
- 4) непрерывно
- 5) нет правильного ответа

55. «БАЗИСНАЯ» ПРОТИВОЯЗВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) солкосерил
- 2) **омепразол**
- 3) циметидин
- 4) гастрोцепин
- 5) верно 1, 2, 3

56. САНИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ В ОТНОШЕНИИ HELICOBACTER PYLORI ОБЛАДАЕТ

- 1) метацин
- 2) гастрोцепин
- 3) **де-нол**
- 4) ранитидин
- 5) сукральфат (вентер)

57. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕОБРАТИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

- 1) плохое отхаркивание мокроты
- 2) экспираторная одышка
- 3) признаки эмфиземы лёгких
- 4) двусторонние крепитирующие хрипы
- 5) **верно 1, 2, 3**

58. НАИБОЛЕЕ МОЩНЫМ АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1) метацин
- 2) гастрोцепин
- 3) **омепразол**
- 4) фосфалюгель
- 5) атропин

59. ДЛЯ ГАСТРИТА ТИПА В ХАРАКТЕРНО

- 1) **наличие Helicobacter Pylori**
- 2) ранняя атрофия слизистой
- 3) эффективность заместительной терапии соляной кислотой, ферментами
- 4) верно 1, 2, 3
- 5) верно 2 и 3

60. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А ХАРАКТЕРНО

- 1) преимущественное поражение антрального отдела
- 2) клиническая картина аналогична язвенной болезни 12 п.к.
- 3) **гипопродукция соляной кислоты**
- 4) верно 1, 2, 3
- 5) верно 1 и 3

61. ПРИЗНАКИ 2 ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХСН

- 1) ограничения физической активности отсутствуют
- 2) невозможность выполнять какую-либо нагрузку без появления дискомфорта
- 3) начальная стадия поражения сердца, гемодинамика не нарушена
- 4) **незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная нагрузка выявляет признаки ХСН**
- 5) нет правильного ответа

62. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ БРОНХОЭКТАЗОВ В НИЖНЕЙ ДОЛЕ ЛЕВОГО ЛЁГКОГО  
МОКРОТА ОТДЕЛЯЕТСЯ ЛЕГЧЕ

- 1) в вечерние часы
- 2) в положении на левом боку с опущенным головным концом
- 3) в сидячем положении с наклоном вперёд
- 4) **в положении на правом боку с опущенным головным концом**
- 5) нет правильного ответа

63. ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАТРОПИУМА БРОМИДА ПРИ ХОБЛ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) для лечения молодых
- 2) для лечения пожилых

3) при ваготонии

4) **верно 2 и 3**

5) верно 1 и 3

64. ПОЛНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИНТАЛОМ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ

1) через 3 – 4 дня

2) через 5 – 7 дней

3) через 2 – 4 недели

4) в первый день лечения

5) **через 1 – 2 месяца**

65. ДЛИТЕЛЬНОЕ ОТСУТСТВИЕ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

1) лихорадочной

2) менингеальной

3) **менингоэнцефалитической**

4) полирадикулоневрической

5) полиомиелитической

66. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ИНГАЛЯЦИОННО ПРИМЕНЯЮТ

1) кеналог-40

2) дексаметазон

3) **беклометазон**

4) преднизолон

5) триамцинолон

67. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ

1) **количество дневных и ночных приступов**

2) уровень IgE

3) связь с атопическими заболеваниями

4) прирост ОФВ<sub>1</sub> более 20% после ингаляции β-агонистами

5) непереносимость аспирина

68. ПРИ БОТУЛИЗМЕ БОЛЬНОЙ ПОГИБАЕТ ОТ

1) пневмонии

2) миокардита

3) **паралича дыхания**

4) почечной недостаточности

5) обезвоживания

68. 3- СТУПЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) средние дозы ингаляционных кортикостероидов
- 2) **средние дозы ингаляционных кортикостероидов +  $\beta$ -агонисты длительного действия**
- 3) высокие дозы кортикостероидов
- 4) нет правильного ответа
- 5) верно 2 и 3

69. СЕНСИБИЛИЗАЦИЮ К ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- 1) **при ночных приступах удушья**
- 2) при ухудшении состояния во время дождя
- 3) при обострении зимой
- 4) при непереносимости НПВС
- 5) нет правильного ответа

70. ДЛЯ  $\beta$ -АГОНИСТОВ ХАРАКТЕРНО

- 1) бронхоконстрикторный эффект
- 2) **развитие тремора**
- 3) седативный эффект
- 4) гипотензивный эффект
- 5) верно 2 и 3

71. СИМПТОМ «ЗАЯЧИЙ ГЛАЗ», СГЛАЖЕННОСТЬ ЛОБНЫХ И НОСОГУБНЫХ СКЛАДОК НА ПОРАЖЕННОЙ СТОРОНЕ, ПЕРЕКОС РТА В ЗДОРОВУЮ СТОРОНУ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) опухоли головного мозга
- 2) энцефалита
- 3) **неврита лицевого нерва**
- 4) острого нарушения мозгового кровообращения
- 5) конъюнктивита

72. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НА 2 СТУПЕНИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ

- 1) высокие дозы ингаляционных кортикостероидов
- 2) пероральные кортикостероиды
- 3) протеолитические ферменты
- 4) **низкие и средние дозы кортикостероидов**
- 5) десенсибилизирующие средства

73. ОСНОВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ

- 1) М-холинолитики
- 2)  $\beta_2$ -агонисты
- 3) мукорегуляторы
- 4) глюкокортикостероиды
- 5) **все перечисленные**

74. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) антибиотики пенициллинового ряда
- 2) аминогликозиды
- 3) глюкокортикостероиды
- 4) гепарин
- 5) **верно 1, 3, 4**

75. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

- 1) сывороточное железо 11,0 мкмоль/л
- 2) общая железосвязывающая способность сыворотки 64,5 моль/л
- 3) цветовой показатель 0,7
- 4) верно 1, 2, 3
- 5) **верно 1 и 3**

76. ПРИЗНАКИ ИЗБЫТОЧНОГО ПРИЁМА ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА

- 1) **тусклая с тёмным оттенком эмаль зубов**
- 2) бледность кожных покровов
- 3) цветной показатель меньше 0,8
- 4) уровень сывороточного железа 30 мкмоль/л
- 5) **верно 1 и 4**

77. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА В ПОКАЗАНЫ

- 1) антациды
- 2) антибактериальная терапия
- 3) заместительная терапия соляной кислотой, ферментами
- 4) **верно 1 и 2**
- 5) верно 1, 2, 3

78. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А ХАРАКТЕРНО

- 1) поражение антрального отдела
- 2) **преобладание атрофических изменений**

- 3) гиперацидное состояние
  - 4) верно 1 и 2
  - 5) нет правильного ответа
79. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ Ш ФК ПРИМЕНЯЮТ
- 1) нитроглицерин**
  - 2) бета-блокаторы
  - 3) анальгин
  - 4) папаверин
  - 5) аспирин
80. АТЕНОЛОЛ ОТНОСИТСЯ К ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЕ
- 1) бета-адреноблокатор**
  - 2) антагонист кальция
  - 3) ингибитор АПФ
  - 4) бета-адреностимулятор
  - 5) альфа-адреноблокатор
81. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА И ТРИГЛИЦЕРИДОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН
- 1) никотиновая кислота
  - 2) холестирамин
  - 3) ловастатин**
  - 4) гемфиброзил
  - 5) пробукол
82. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА
- 1) промывание желудка + оральная регидратация**
  - 2) ампициллин внутримышечно
  - 3) витамины
  - 4) парентеральное введение солевых растворов
  - 5) лекарственные клизмы
83. ЛЕЧЕНИЕ АРТРИТА ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА МОЖНО НАЧАТЬ С НАЗНАЧЕНИЯ
- 1) сульфаниламидов
  - 2) антибиотиков
  - 3) нестероидных противовоспалительных препаратов**
  - 4) преднизолона

- 5) витаминов
83. СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
- 1) хинидина
  - 2) **бета-блокаторов**
  - 3) этмозина
  - 4) этацизина
  - 5) нитроглицерина
84. ДЛЯ СПАСТИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА ХАРАКТЕРНО
- 1) снижение сухожильных рефлексов
  - 2) атрофия мышц
  - 3) **наличие патологических рефлексов**
  - 4) снижение мышечного тонуса
  - 5) наличие менингеальных симптомов
84. КЛИНИЧЕСКИЙ ИСХОД ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УЛУЧШАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
- 1) аспирин
  - 2) бета-блокаторов
  - 3) ингибиторов АПФ
  - 4) тромболизиса
  - 5) **всех перечисленных методов**
85. В ПИТАНИИ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ
- 1) воды
  - 2) поваренной соли
  - 3) углеводов
  - 4) жиров
  - 5) **всего перечисленного**
86. С КАКОГО ПРЕПАРАТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ ПАЦИЕНТУ 55 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕМУ ИБС И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
- 1) тиазидовых диуретиков
  - 2) ингибиторов АПФ
  - 3) **бета-блокаторов**
  - 4) клофелина
  - 5) нифедипина

87. ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1) цефалоспоринов
- 2) гентамицина
- 3) полусинтетических пенициллинов**
- 4) тетрациклина
- 5) макролидов

88. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ НЕСЕЛЕКТИВНЫХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) артериальная гипертензия
- 2) бронхиальная астма
- 3) желудочковые аритмии
- 4) атриовентрикулярная блокада
- 5) верно 2 и 4**

89. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ ПАЦИЕНТУ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ

- 1) углеводы
- 2) белки**
- 3) жиры
- 4) жидкость
- 5) поваренную соль

90. ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ БЕШЕНСТВА

- 1) водобоязнь**
- 2) головные боли
- 3) лихорадка
- 4) судороги жевательных мышц
- 5) боли в суставах

91. ОЩУЩЕНИЕ «ТРЕСКА» В ШЕЕ ПРИ ПОВОРОТАХ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) менингита
- 2) остеохондроза**
- 3) энцефалита
- 4) опухоли головного мозга
- 5) полиомиелита

92. ПРИ ПРАВОЖЕЛЕДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1) увеличение печени



- 2) асцит
- 3) отеки ног
- 4) набухшие шейные вены

**5) все перечисленные признаки**

93. ПРИМЕНЕНИЕ ТИАЗИДОВЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ

- 1) гипогликемия
- 2) гипергликемия
- 3) гиперхолестеринемия
- 4) гиполипидемия

**5) верно 2 и 3**

94. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

- 1) метилдопа
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) антагонисты рецепторов ангиотензина II
- 4) бета-блокаторов

**5) верно 2 и 3**

95. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) противовирусных препаратов
- 2) антибиотиков
- 3) сульфаниламидов
- 4) жаропонижающих препаратов

**5) верно 1 и 4**

96. АЦЕТИЛЦИСТЕИН (ФЛУИМУЦИЛ)

- 1) повышает кашлевой рефлекс
- 2) **разжижает бронхиальный секрет**
- 3) стимулирует образование сурфактанта
- 4) регидратант бронхиального секрета
- 5) стимулятор выведения слизи (ресничек эпителия)

97. ПРИ ВЫБОРЕ АНТИБИОТИКА У БОЛЬНОГО ПНЕВМОНИЕЙ С НАЛИЧИЕМ В АНАМНЕЗЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ (КРАПИВНИЦА) НА БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИН ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) полусинтетических пенициллинов
- 2) цефалоспоринов

- 3) макролидов
- 4) фторхинолонов
- 5) верно 3 и 4**

98. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВВОДИМЫЕ

- 1) аминогликозиды
- 2) цефалоспорины I поколения
- 3) ингибиторозащищенные пенициллины
- 4) цефалоспорины III-IV поколения
- 5) верно 3 и 4**

99. НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ

- 1) истинной пузырчатке**
- 2) простом герпесе
- 3) рубромикозе
- 4) кандидозе
- 5) фурункулезе

100. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А ПОКАЗАНЫ

- 1) антациды
- 2) антибактериальная терапия
- 3) заместительная терапия соляной кислотой, ферментами**
- 4) верно 1 и 2
- 5) верно 1, 2, 3

101. ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНА ИНГАЛЯЦИЯ

- 1) бета-2-агонистов с быстрым началом действия**
- 2) бета-2-агонистов пролонгированного действия
- 3) кромонов
- 4) ингаляционных глюкокортикоидов
- 5) комбинация ингаляционных глюкокортикоидов и бета-2-агонистов пролонгированного действия

102. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ. КОНТРОЛИРУЮЩИМИ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) натрия кромогликат
- 2) ингаляционные глюкокортикостероиды**
- 3) системные глюкокортикостероиды

- 4) теофиллин замедленного высвобождения
- 5) ингаляционные бета-2-агонисты длительного действия

103. ПРОДУКЦИЮ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ СНИЖАЮТ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) циметидин
- 2) гастрोцепин
- 3) омепразол
- 4) сукральфат**
- 5) фамотидин

104. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ

- 1) папула
- 2) экскориации
- 3) волдырь**
- 4) пятно
- 5) лихенификация

105. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- 1) приступообразные боли в одной половине лица**
- 2) ригидность затылочных мышц
- 3) рвота
- 4) отсутствие складок на лбу при поднимании бровей
- 5) перекос рта в здоровую сторону

106. ЧАСТАЯ РВОТА В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ УКАЗЫВАЕ НА ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- 1) стеноз привратника**
- 2) малигнизация
- 3) кровотечение
- 4) пенетрация
- 5) реактивный панкреатит

107. ПРИ ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НЕОБХОДИМО

- 1) исключить контакт с провоцирующими агентами
- 2) назначить бета-2-адреностимулятор быстрого действия
- 3) назначить системные глюкокортикостероиды
- 4) назначить ингаляционные глюкокортикостероиды
- 5) верно 1 и 2**

108. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) ферментативные препараты, не содержащие желчные кислоты (креон, панцитрат)
- 2) спазмолитики (папаверин) и анальгетики (баралгин)
- 3) антисекреторные средства (ранитидин)
- 4) наркотические анальгетики (морфин)

**5) верно 1, 2, 3**

109. ПРИЗНАКИ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИИ

- 1) стойкая диарея
- 2) снижение массы тела
- 3) длительная лихорадка
- 4) генерализованная лимфаденопатия

**5) все перечисленные**

110. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ХАРАКТЕРНО

- 1) гиперсаливация
- 2) нарушение координации
- 3) тремор кистей
- 4) параличи конечностей

**5) верно 1 и 3**

111. ОСНОВНЫЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХПН

- 1) гемодиализ
- 2) ультрафильтрация
- 3) гемодиализация
- 4) перитонеальный диализ

**5) все перечисленные**

112. РАННИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1) **снижение памяти на текущие события**
- 2) утрата критики к собственному состоянию
- 3) снижение круга интересов
- 4) раздражительная слабость
- 5) нет верных ответов

113. ПОЗВОЛЯЮТ ЗАМЕДЛИТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА И РАЗВИТИЕ ХПН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- 1) глюкокортикоиды

- 2) **ИАПФ**
- 3) диуретики
- 4) цитостатики
- 5) инсулины

114.ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ ЭКЗЕМЫ

- 1) **полиморфные высыпания на фоне эритемы**
- 2) мономорфные высыпания
- 3) бугорки и узлы
- 4) резко ограниченные очаги
- 5) нет верных ответов

115.НАИБОЛЕЕ ЧЕТКО УКАЗЫВАЕТ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР СУСТАВНЫХ БОЛЕЙ

- 1) болезненность при движениях
- 2) крепитация
- 3) дефигурация сустава
- 4) **припухлость и локальное повышение температуры над суставом**
- 5) периодически возникающая "блокада сустава"

116.МАКСИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ СИФИЛИСЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) один месяц
- 2) два месяца
- 3) три месяца
- 4) четыре месяца
- 5) **шесть месяцев**

117.ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОДНОЙ ХЛЕБНОЙ ЕДИНИЦЫ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) 5 г углеводов
- 2) 10 г углеводов
- 3) **12 г углеводов**
- 4) 15 г углеводов
- 5) 20 г углеводов

118.КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТА

- 1) ригидность затылочных мышц
- 2) **симптом Ласега**
- 3) симптом Горнера

4) симптом Брудзинского

5) симптом Кернига

119.ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ

1) сульфаниламидных препаратов (манинил)

**2) бигуанидов (метформин)**

3) только диеты

4) инсулина

5) ингибиторов глюкозидазы (акарбоза)

120.ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРИМОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) хроническое воспаление

2) гнойничковые элементы в очаге поражения

3) подострое воспаление

4) явления лихенификации

**5) острое воспаление с явлениями мокнутия**

121.ПРИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ РВОТА

1) не приносит облегчения

2) приносит облегчение

3) возникает при резком вставании больного

4) связана с приемом пищи

**5) верно 2 и 4**

122.ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

1) антибактериальная терапия

2) иммуностимулирующая терапия

3) восстановление нормального пассажа мочи

**4) верно 1 и 3**

5) верно 1 и 2

123.ПОКАЗАНИЯМИ К ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИТУАЦИИ, КРОМЕ

1) все больные диабетом 1 типа

2) больные диабетом 2 типа с истощением секреции инсулина

**3) избыточная масса тела у больных диабетом**

4) панкреатэктомия

5) больные диабетом 2 типа в стрессовых ситуациях (инфекции, операции, инфаркт миокарда и др.)

124. В БАЗОВУЮ ТЕРАПИЮ СТЕНОКАРДИИ НЕ ВХОДИТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) статинов
- 2) бета-адреноблокаторов
- 3) ингибиторов АПФ
- 4) альфа-адреноблокаторов**
- 5) аспирин

125. ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

- 1) гепатопротекторы
- 2) препараты урсодезоксихолевой кислоты**
- 3) дезинтоксикация
- 4) витамины
- 5) глюкокортикоиды

126. ОСНОВНЫМ ТЕСТОМ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КОМПЕНСАЦИИ ДИАБЕТА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 2 МЕСЯЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) определение С-пептида в крови
- 2) определение иммунореактивного инсулина
- 3) определение гликозилированного гемоглобина**
- 4) определение уровня гликемии
- 5) определение уровня ацетонурии

127. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОГО ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ

- 1) метронидазол
- 2) имипенем
- 3) ципрофлоксацин**
- 4) цефепим
- 5) азитромицин

128. У 16-ЛЕТНЕЙ ДЕВУШКИ ВЫЯВЛЕНЫ СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ (ЗАМКНУТОСТЬ, АНОРЕКСИЯ, ПЕЧАЛЬНЫЙ ВИД И НЕСПОСОБНОСТЬ К КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ). ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1) измерения уровня церулоплазмينا
- 2) анализов на токсические вещества (возможность употребления наркотических средств)
- 3) КТ головного мозга
- 4) исключения болезни щитовидной железы
- 5) верно 2 и 4**

129.ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) полиаденопатии
- 2) конъюнктивита
- 3) **нейротоксикоза**
- 4) ринофаринготонзиллита
- 5) лихорадки

130.К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) зовиракса
- 2) валтрекса
- 3) фамвира
- 4) **метотрексата**
- 5) виферона

131.КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ

- 1) повышение СОЭ
- 2) появление жидкости в плевральной полости по данным рентгенографии органов грудной клетки
- 3) **температура тела менее 37.5 С не менее 3 дней подряд**
- 4) отделение гнойной мокроты
- 5) все перечисленные

132.ДИЕТА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- 1) Диета № 5
- 2) Диета № 9
- 3) **Диета № 7**
- 4) Диета № 10
- 5) Диета № 1

133.ИСХОДОМ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) развитие инфаркта миокарда
- 2) переход в стабильную стенокардию
- 3) внезапная смерть
- 4) верно 1 и 2
- 5) **верно 1, 2, 3**



134.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) анальгетики
- 2) спазмолитики
- 3) желчегонные
- 4) ингибиторы протонной помпы
- 5) ферменты**

135.ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗАПАСОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ НАЛИЧИИ ЖДА ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 5-7 дней
- 2) 3 недель
- 3) 2 месяцев
- 4) 3-6 месяцев**
- 5) года

136.СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОТОРЫХ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ ПРАВИЛО «МАЛЫХ ДОЗ»  
сердечные гликозиды

- 1) сердечные гликозиды
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) петлевые диуретики
- 4) бета – блокаторы
- 5) все перечисленные**

137.ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ ПАЦИЕНТАМ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ В ПИЩУ

- 1) риса
- 2) чернослива**
- 3) белого хлеба
- 4) гороха
- 5) картофеля

138.ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) спастичностью
- 2) феноменом «зубчатого колеса»
- 3) ригидностью
- 4) верно 1, 2, 3

**5) верно 2 и 3**

139. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ У ПАЦИЕНТОВ ИБС СЛЕДУЕТ

- 1) обеспечить равномерную концентрацию лекарств в крови в течение суток
- 2) делать перерывы между приемами препаратов
- 3) использовать пролонгированные формы

**4) верно 2 и 3**

5) верно 1, 2, 3

140. ДИАГНОЗ ПРЕХОДЯЩЕГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ УСТАНОВЛИВАЮТ, ЕСЛИ ОЧАГОВАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА ПОДВЕРГАЕТСЯ ПОЛНОМУ РЕГРЕССУ НЕ ПОЗДНЕЕ

- 1) **24 часов**
- 2) 3 суток
- 3) 1 недели
- 4) 3 недель
- 5) 1 месяца

141. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неукротимая рвота
- 2) першение в горле
- 3) сопор
- 4) **нечёткость зрения**
- 5) дизурия

142. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) циркулярная депрессия сегмента ST
- 2) **давность ангинозного статуса не более 12 часов**
- 3) отсутствие перенесенных инфарктов миокарда в анамнезе
- 4) наличие желудочковой экстрасистолии
- 5) все верно

143. Противопоказаниями к назначению ипратропиума бромида при ХОБЛ являются

- 1) катаракта
- 2) брадикардия
- 3) **аденома предстательной железы**
- 4) язвенная болезнь
- 5) артериальная гипертензия

144.В ПРОГРЕДИЕНТНОЙ СТАДИИ ЭКССУДАТИВНОГО ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) антигистаминных препаратов
- 2) **витамина В12 и УФО**
- 3) гипосульфита натрия
- 4) 1% салициловой мази
- 5) инъекций глюконата кальция

145.ДЛЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) высокая частота безжелтушных форм
- 2) высокая частота хронизации
- 3) наличие аутоиммунных реакций
- 4) **выраженные признаки холестаза**
- 5) вертикальный путь передачи

146.К ОСНОВНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДЕПРЕССИИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) **идеи самообвинения**
- 2) снижения настроения
- 3) утраты интересов
- 4) утраты возможности испытывать удовольствие
- 5) снижение жизненного тонуса и активности

147.ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЧЕСОТОЧНЫХ ХОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **межпальцевые складки**
- 2) боковые поверхности живота
- 3) область крестца
- 4) ладони и подошва (у детей)
- 5) всё перечисленное

148.ПРЕПАРАТЫ. ОКАЗЫВАЮЩИЕ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

- 1) психотропные
- 2) контрацептивные
- 3) противотуберкулезные;
- 4) **все перечисленные препараты**
- 5) ни один из перечисленных препаратов

149.ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПОКАЗАНО ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ

- 1) при остром гломерулонефрите
- 2) при системной красной волчанке
- 3) **при диабетическом гломерулосклерозе**
- 4) при лекарственной болезни
- 5) при геморрагическом васкулите

150.СОВРЕМЕННЫМ СТАНДАРТОМ ЛЕЧЕНИЯ НР-АССОЦИИРОВАННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) **ингибиторы протонной помпы + антибиотики**
- 2) блокаторы гистаминовых H<sub>2</sub>-рецепторов + антибиотики
- 3) антациды + антибиотики
- 4) антациды + прокинетики
- 5) ингибиторы протонной помпы + прокинетики + антациды

151.К АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ ОТНОСИТСЯ

- 1) простой контактный дерматит
- 2) **атопический дерматит**
- 3) монетовидная экзема
- 4) герпетиформной экземы Капоши
- 5) микробная экзема

152.ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПРИРОДЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) **цефалоспоринов**
- 2) аминогликозидов
- 3) макролидов
- 4) фторхинолонов
- 5) тетрациклинов

153.ПРИ ДИЕТЕ № 5 ИЗ РАЦИОНА ИСКЛЮЧАЮТ

- 1) овощные, крупяные супы
- 2) **мясные и рыбные бульоны**
- 3) сухой бисквит
- 4) куриное мясо
- 5) нежирный творог

154.САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ЯЗВ

- 1) малигнизация

- 2) перфорация
- 3) кровотечение**
- 4) пенетрация
- 5) развитие стеноза

155. ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ТЕРАПИЯ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) в течение 1 мес. после операции
- 2) в течение 1 года после операции
- 3) пожизненно
- 4) не проводится вообще
- 5) длительность назначения антикоагулянтов определяется видом протеза и наличием аритмий**

156. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА СЛИЗИСТУЮ БРОНХОВ ОКАЗЫВАЮТ

- 1) фенотерол
- 2) кромогликат натрия
- 3) ингаляционные стероиды
- 4) верно 3
- 5) верно 2 и 3**

157. КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- 1) отсутствие жалоб и нормализация показателей крови и мочи сразу после проведенного курса антибиотикотерапии
- 2) отсутствие жалоб, лихорадки, пиурии и бактериурии в течение 3 месяцев**
- 3) отсутствие жалоб, лихорадки, пиурии и бактериурии в течение 2-х лет
- 4) отсутствие жалоб, лихорадки, пиурии и бактериурии в течение года
- 5) выздоровление невозможно

158. ПРЕПАРАТАМИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) хондропротекторы**
- 2) НПВП
- 3) глюкокортикоиды
- 4) витамины
- 5) препараты кальция

159. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) H<sub>2</sub>-блокаторы гистамина

- 2) де-нол
- 3) спазмолитические средства**
- 4) беззондовые тубажи
- 5) хирургическое лечение

#### 160. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

- 1) астматический статус
- 2) для решения экспертных вопросов
- 3) при подозрении заболевания
- 4) для лечения осложнений
- 5) все вышеперечисленное**

#### 161. ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ

- 1) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным посещением на дому
- 2) лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с посещением больным поликлиники каждые 2-4 дня
- 3) плановая госпитализация (с предварительным лечением в амбулаторных условиях)
- 4) экстренная госпитализация**
- 5) лечение в условиях дневного стационара поликлиники

#### 162. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО БРЮШНЫМ ТИФОМ

- 1) тяжесть заболевания
- 2) возраст /дети и лица пожилого возраста/
- 3) принадлежность больного к декретированной группе
- 4) проживание в коммунальной квартире
- 5) все больные подлежат обязательной госпитализации**

#### 163. СРЕДСТВА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ НОРМАЛИЗАЦИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ

- 1) бактисубтил
- 2) лактобактерин
- 3) бифидумбактерин
- 4) хилак-форте
- 5) все вышеперечисленные**

#### 163. ТОКСИДЕРМИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ

- 1) наружных увлажняющих средств
- 2) наружных смягчающих средств
- 3) кортикостероидных мазей
- 4) антибиотиков**

5) присыпок

164. КАКОЙ ИНГАЛЯЦИОННЫЙ БРОНХОЛИТИК НЕ ОТНОСИТСЯ К КОМБИНИРОВАННЫМ

- 1) Беродуал
- 2) Симбикорт
- 3) Серетид**
- 4) Пульмикорт
- 5) Дитек

165. МЕТОДЫ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

- 1) аппликации 0,5% раствора димексида
- 2) местное нанесение мазей, содержащих НСПВ
- 3) инфильтрация околосуставных тканей новокаином с преднизолоном
- 4) электрофорез, фонофорез противовоспалительных средств
- 5) все вышеперечисленное**

165. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС

- 1) впервые возникшая стенокардия**
- 2) стабильная стенокардия напряжения ФК III ст
- 3) стабильная стенокардия напряжения ФК II ст
- 4) проведения нагрузочных проб
- 5) решение экспертных вопросов

166. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) гипотиазид
- 2) спиронолактон (верошпирон)
- 3) фуросемид,
- 4) верно 2
- 5) верно 2 и 3**

167. ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ

- 1) кандидоз полости рта**
- 2) недостаточность коры надпочечников
- 3) гипергликемия
- 4) остеопороз
- 5) артериальная гипертензия

168. ПРИЧИНОЙ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) несвоевременно начатая и нерациональная эмпирическая антибактериальная терапия

- 2) наличие фоновых и сопутствующих заболеваний органов дыхания
- 3) пожилой и старческий возраст;
- 4) курение, злоупотребление алкоголем
- 5) **все перечисленное**

169. ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБНЫ ВЫЗВАТЬ

- 1) гормональные контрацептивы,
- 2) трициклические антидепрессанты (амитриптилин, триптизол)
- 3) нестероидные противовоспалительные средства
- 4) сосудосуживающие капли от насморка
- 5) **все перечисленные**

170. ОПТИМАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН I СТАДИИ

- 1) **диуретики и ингибиторы АПФ**
- 2) диуретики, сердечные гликозиды и милринон
- 3) бета-блокаторы и добутамин
- 4) бета-блокаторы, сердечные гликозиды и лидокаин
- 5) кордарон, антагонисты кальция и сердечные гликозиды

171. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) **бета2-агонисты короткого действия**
- 2) антилейкотриеновые препараты
- 3) метилксантины длительного действия
- 4) стабилизаторы мембран тучных клеток
- 5) системные кортикостероиды

172. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) **холекинетики**
- 2) спазмолитики
- 3) хирургическое лечение
- 4) антациды
- 5) ферменты

173. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ МЕТОДОМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬНЫМИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) длительный прием хондропротекторов
- 2) **локальное применение кремов и мазей с НПВП**



- 3) пероральный прием препаратов НПВП короткими курсами при обострении синовита
- 4) локальное применение кремов и мазей с глюкокортикоидами
- 5) пероральный прием глюкокортикоидов короткими курсами при обострении синовита

174.ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ПНЕВМОНИИ

- 1) до нормализации температуры
- 2) до полного рассасывания инфильтрата в легком
- 3) до нормализации СОЭ
- 4) до 4 — 5 дней стойко нормальной температуры тела**
- 5) до момента исчезновения кашля

175.ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) ограничение потребления сливочного масла
- 2) ограничение потребления растительного масла
- 3) включение в пищевой рацион продуктов, богатых клетчаткой, отрубей
- 4) ограничение потребления морской рыбы**
- 5) потребление нежирных сортов мяса, предпочтительнее мяса птиц

176.ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ХИРУРГУ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) язва желудка, не рубцующаяся более 4 месяцев от начала клинических проявлений, включая проведенное лечение в течение 6 недель
- 2) наличие язвы в желудке и 12-перстной кишке одновременно
- 3) повторное кровотечение из язвы на фоне медикаментозной терапии
- 4) верно 1 и 2
- 5) верно 2 и 3**

177.ПРИМЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) кератолитические мази
- 2) компрессы с дезинфицирующими средствами**
- 3) наружные препараты содержащие глюкокортикостероиды
- 4) препараты витамина Д
- 5) ретиноиды

178.ПРЕПАРАТОМ, НОРАМЛИЗУЮЩИМ МОТОРИКУ ЖЕЛУДКА И ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) атропин
- 2) **мотилиум**
- 3) дротаверин
- 4) фамотидин
- 5) омепразол

179.ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ 65 ЛЕТ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ГЛИКЕМИЕЙ НАТОЩАК 6,2 ММОЛЬ/Л. ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ.

- 1) пациентка здорова, нет необходимости в дальнейших исследованиях и лечении.
- 2) у больного сахарный диабет, необходимо соблюдение диеты и контроль уровня глюкозы в крови в динамике.
- 3) **для решения дальнейшей тактики ведения пациента необходимо проведение перорального глюкозотолерантного теста.**
- 4) у пациента гипергликемия, необходимо тщательно собрать анамнез.
- 5) необходимо определить уровень глюкозы в моче.

180.ПРИ ОБОСТРЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) **диета с исключением молока**
- 2) безбелковая диета
- 3) протертая пища
- 4) диета с исключением моносахаридов
- 5) диета с пониженным количеством жира

181.МАКСИМАЛЬНУЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ, ЕСЛИ

- 1) проводить систематическую лекарственную терапию больных, используя глюкокортикоиды
- 2) обеспечить тщательное соблюдение жесткой ограниченной диеты
- 3) своевременно провести операцию портокавального анастомоза или спленэктомию
- 4) **осуществлять систему мероприятий, включающих в себя психотерапию, исключение алкоголя и гепатотоксичных веществ, сбалансированное полноценное питание и этиотропные воздействия**
- 5) применять иммуномодулирующую терапию

182. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НИТРАТОВ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) уменьшения интенсивности и частоты приступов стенокардии
- 2) снижения систолического АД на 10-15% от исходного уровня
- 3) снижения толерантности к физической нагрузке**
- 4) увеличения ЧСС на 7-10 сокращений в минуту
- 5) исчезновения эпизодов ишемии миокарда

183. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ БРОНХОСПАЗМА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПОДБИРАЮТСЯ

- 1) путем пробного 2-3 дневного лечения с последующим контролем состояния больного
- 2) путем пробного 2-3 дневного лечения с последующим контролем клиническим и определением показателей функции внешнего дыхания
- 3) путем последовательного исследования эффективности препаратов, основанного на сравнении показателей ОФВ1 до и после введения препарата.**
- 4) на основании показателей спирометрии
- 5) на основании предшествующего лечения

184. БОЛЬНОГО В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

- 1) всю жизнь**
- 2) до нормализации уровня гемоглобина
- 3) 1 год
- 4) 3 месяца
- 5) курсами по три месяца два раза в год

185. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГОЗОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) связывании свободного гистамина
- 2) высвобождении гистамина
- 3) конкурентном действии с гистамином за H1-рецепторы**
- 4) торможении образования гистамина
- 5) усиленном выведении гистамина

186. ДИЕТА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ

- 1) белковая
- 2) углеводная
- 3) жировая

4) голод

5) белково-углеводная

187. ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДИМОМ ИНСУЛИНЕ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СОСТАВЛЯЕТ

1) 0,3 ЕД на 1 кг массы тела в сутки

2) 0,4 ЕД на 1 кг массы тела в сутки

3) **0,5 ЕД на 1 кг массы тела в сутки.**

4) индивидуальная в зависимости от степени инсулиновой недостаточности

5) 0,6 ЕД на 1 кг массы тела в сутки

188. СРОК ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО

1) **не имеет ограничений**

2) определяется решением суда

3) прекращается решением комиссии врачей-психиатров

4) зависит от тяжести совершенного правонарушения

5) 1 неделя

189. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛИННОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) иглорефлексотерапия

2) назначение антимиотических препаратов

3) назначение глюкокортикостероидов

4) **специфическая иммунотерапия**

5) физиотерапия

190. БОЛЬНОМУ 75 ЛЕТ САРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ ПРОТИВОПОКАЗАН

1) престариум

2) дилтиазем

3) кордафен

4) **анаприлин**

5) арифон

191. ПРИ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ПРИ ДРОБНОМ ПИТАНИИ ПРИВЕДЕТ К

1) снижению кислотности желудочного содержимого

2) повышению кислотности желудочного содержимого

3) повышению уровня пепсина в желудочном содержимом

4) **снижению уровня пепсина в желудочном содержимом**

5) снижению уровня секретина

192. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1) утрата двигательной функции
- 2) судорожные припадки
- 3) моногенное наследование
- 4) нарушение метаболизма
- 5) **все перечисленные**

193. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

- 1) **специфическая химиотерапия**
- 2) коллапсотерапия
- 3) хирургическое лечение
- 4) патогенетическая терапия
- 5) физиотерапия

194. ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

- 1) разнообразны
- 2) зависят от возраста
- 3) зависят от преморбидного склада личности
- 4) **верно все перечисленное**
- 5) верно 2 и 3

195. ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ ПНЕВМОНИИ МАССИВНЫМ ЭКССУДАТИВНЫМ ПЛЕВРИТОМ ПОКАЗАНО

- 1) назначить муколитики
- 2) оксигенотерапию
- 3) физиолечение
- 4) назначить вольтарен
- 5) **плевральная пункция**

196. ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

- 1) сердечные гликозиды, препараты калия, диуретики
- 2) **нитраты, бета-адреноблокаторы, гепарин, ацетилсалициловая кислота**
- 3) фибринолитические средства, наркотические анальгетики, ацетилсалициловая кислота
- 4) ненаркотические анальгетики, ингибиторы АПФ, блокаторы медленных кальциевых каналов

- 5) диуретики, ингибиторы АПФ, блокаторы медленных кальциевых каналов, бета-адреноблокаторы

197. ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ

- 1) ципрофлоксацин, пефлоксацин, офлоксацин
- 2) стрептомицин и гентамицин
- 3) линкомицин и левомицетин
- 4) имипенем и меропенем
- 5) **амоксициллин, азитромицин**

198. ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) **противовирусных препаратов разного механизма действия**
- 2) трех противовирусных препаратов
- 3) противовирусных и иммуномодулирующих препаратов
- 4) противовирусных препаратов и антибиотиков
- 5) противовирусных препаратов одного механизма действия

199. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ КОРОТКОЙ (МЕНЕЕ 1 ЧАСА) ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ БОЛЬНОМУ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПОЛУЧАЮЩЕМУ ИНСУЛИН, СЛЕДУЕТ

- 1) уменьшить дозу инсулина
- 2) увеличить дозу инсулина
- 3) съесть перед началом физической нагрузки 1 – 2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов
- 4) **съесть перед началом физической нагрузки 1– 2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов**
- 5) избегать физических нагрузок

200. ПРИЧИНАМИ НЕУДАЧ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) неадекватная доза препаратов железа;
- 2) продолжающаяся потеря крови
- 3) интеркуррентные инфекции;
- 4) злокачественные новообразования;
- 5) **все перечисленные**

## Пример экзаменационного билета с эталоном ответа

### Содержание заданий билета:

Пациентка М., 38 лет, обратилась с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ – 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина – заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника – крапивница. Год назад после перенесенного ОРЗ у больной длительно сохранялся приступообразный кашель, впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ, резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, ЧД 22 в мин. Носовое дыхание резко затруднено. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

### Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Составьте план дополнительного обследования и схему фармакотерапии.
4. Выпишите рецепт на Спиринолактон для перорального применения, окажите консультативную помощь пациенту по его применению.
5. Продемонстрируйте манипуляцию: Наружное применение лекарственных средств.

### Эталон ответа

1. **Предварительный диагноз:** Аллергическая бронхиальная астма, неконтролируемого тяжелого течения в фазе обострения. ДН II ст.

Основной клинический синдром – бронхообструктивный. У больной имеются также факторы риска - отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, постоянный контакт с веществами антигенной природы по роду профессиональной

деятельности, частые острые респираторные заболевания, наличие аллергических реакций на пищевые продукты и антибиотики; положительный эффект от проводимой терапии бронхолитиками и антигистаминными препаратами. Однако базисной противовоспалительной терапии не проводилось, что, вероятнее всего, и определило прогрессирование болезни. Указание на роль аллергии и инфекции в генезе заболевания, позволяет предположить инфекционно-аллергический генез болезни. Ежедневные дневные и ночные симптомы болезни указывают на тяжелое течение бронхиальной астмы и фазу обострения болезни.

## **2. Тактика ведения пациента:**

Показана госпитализация в пульмонологическое или терапевтическое отделение для уточнения диагноза, купирования обострения, назначения базисной терапии.

## **3. План обследования:**

- ОАК
- Общий анализ мокроты
- Бактериологическое исследование мокроты
- Рентгенография органов грудной клетки
- ЭКГ
- ФВД

### Немедикаментозная терапия:

- Прекращение контакта с аллергенами
- Соблюдение гипоаллергенной диеты
- Создание гипоаллергенного быта

### Медикаментозная терапия:

С целью купирования обострения проводится небулайзерная терапия: ингаляционные глюкокортикостероиды 4 мг/сутки (пульмикорт по 2 мг 2 раза в день) в сочетании  $\beta_2$ -агонистами короткого действия (сальбутамол 5 мг 4 раза в сутки). Необходимо также назначение муколитиков (амброксол через небулайзер).

После купирования обострения заболевания, больной необходимо длительное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (1000 мкг/сутки) в сочетании с пролонгированными  $\beta_2$ -агонистами: формотерол 4,5 мкг по 1 вд 2 раза в день. Лечение следует проводить под контролем измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) по результатам пикфлоуметрии. Для купирования приступов  $\beta_2$ -агонисты короткого действия: сальбутамол, фенотерол.

## **4. Rp: Tab. Spironolactoni 0,025 № 30**

**D.S. 2 таб. х 3 р/д**



Спиронолактон применяется как диуретик при отёках связанных с нарушением сердечной деятельности, асцитах в связи с циррозом печени, при нефротическом синдроме и отёках иного происхождения. Особенно показано применение Спиронолактона к сочетанию с другими диуретиками (ртутными диуретиками, производными бензотиадиазина).

Правила применения: Спиронолактон назначается внутрь перед едой. Суточная доза может колебаться от 0,075 г до 0,3 г, обычно средняя эффективная доза препарата составляет 0,1 г в сутки, и разделяется на 4 приёма.

Максимальное лечебное действие наступает на 4–5-й день применения. Курс лечения длится 2–3 недели с постепенным уменьшением дозы препарата по мере достижения клинического эффекта.

Побочные явления: Возможно побочное действие: атаксия, головокружение, кожная сыпь.

Противопоказания: Спиронолактон противопоказан при острой почечной недостаточности.

## **5. Наружное применение лекарственных средств.**

Цель: Нанести мазь на кожу.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента.

Оснащение: Мазь, стеклянная лопаточка или шпатель.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Прочитайте название мази.
2. Информировать пациента о ходе манипуляции и о лекарственном препарате.
3. Помогите пациенту занять удобное для процедуры положение.
4. Вымойте руки.
5. Выдавите из тюбика на стеклянную лопаточку (или возьмите шпателем из большой емкости) нужное для пациента количество мази.
6. Нанесите мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой; не делайте это руками, т. к. некоторые мази всасываются и через неповрежденную кожу. Смазывание производится в направлении роста волос.
7. Попросите пациента поддержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10 – 15 минут открытой.
8. Спросите пациента, не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.
9. Вымойте руки.
10. Осмотрев кожу, убедитесь, что мазь впиталась.

Оценка достигнутых результатов:

Мазь нанесена и впиталась в кожу.

## Перечень вопросов

### для подготовки к экзамену по МДК 02.01. «Лечение пациентов терапевтического профиля»

1. Принципы организации лечебной помощи пациентам терапевтического профиля.
2. Особенности организации лекарственного обеспечения населения РФ.
3. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с бронхитами, пневмонией. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
4. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с бронхиальной астмой. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
5. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с ХОБЛ, дыхательной недостаточностью. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
6. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с артериальной гипертензией. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
7. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с ИБС. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
8. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с ХСН. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
9. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с гастритами, язвенной болезнью. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
10. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с заболеваниями печени и ЖВП. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
11. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с заболеваниями почек и МВП. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
12. Тактика ведения и принципы лечения пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.

13. Тактика ведения и принципы лечения пациентов с сахарным диабетом. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
14. Тактика ведения и принципы лечения пациентов с заболеваниями системы кроветворения. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
15. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с заболеваниями костно-мышечной ткани. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
16. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с кишечными инфекциями. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
17. Тактика ведения и принципы лечения пациентов с вирусными гепатитами. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
18. Тактика ведения, принципы лечения, фармакотерапия пациентов с воздушно-капельными инфекциями. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
19. Тактика ведения и принципы лечения пациентов с различными клиническими формами туберкулеза легких. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
20. Тактика ведения и принципы лечения пациентов с заболеваниями нервной системы. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
21. Тактика ведения и принципы лечения пациентов с психическими расстройствами. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.
22. Тактика ведения и принципы лечения пациентов с кожными заболеваниями. Контроль состояния пациента, оценка эффективности лечения. Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.

### **Перечень практических заданий**

1. Наружное применение лекарственных средств.
2. Закапывание капель в глаза, нос, уши.

3. Введение мази в глаза, нос, уши.
4. Постановка горчичников.
5. Применение грелки.
6. Разведение антибиотиков, расчет дозы препарата.
7. Техника внутривенной инъекции.
8. Техника внутривенного капельного введения жидкости.
9. Техника внутримышечной инъекции.
10. Техника подкожной инъекции.
11. Техника оксигенотерапии.
12. Техника применения карманного ингалятора.
13. Набор и введение инсулина.
14. Набор и введение гепарина.
15. Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному.
16. Умывание беспомощного пациента.
17. Помощь пациенту в использовании судна или мочеприемника.
18. Уход за слизистыми: удаление выделений и корочек из носа, обработка глаз, ушей.
19. Уход за полостью рта тяжелобольных.
20. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных.
21. Уход за волосами тяжелобольных.
22. Кормление тяжелобольных.
23. Оказание помощи пациенту при рвоте.
24. Профилактика опрелостей и пролежней.
25. Применение согревающего компресса на кожу, на ухо.
26. Промывание желудка.
27. Применение грелки.
28. Постановка газоотводной трубки.
29. Постановка очистительной клизмы.
30. Катетеризация мочевого пузыря женщины.
31. Консультативная помощь пациенту и его окружению по применению лекарственных средств (согласно перечню).

**Перечень лекарственных средств  
для амбулаторного ведения пациента**

1. Азитромицин
2. Амброгексал
3. Амоксициллин
4. Амплодипин
5. Беклометазон
6. Гипотиазид
7. Дигоксин
8. Иpratропия бромид
9. Кеторолак
10. Клопидогрел
11. Кислота урсодезоксихолевая
12. Левифлоксацин
13. Мелоксикам
14. Метпролол
15. Метформин
16. Нитросорбид
17. Омепразол
18. Панкреатин
19. Периндоприл
20. Преднизолон
21. Симвастатин
22. Спинолактон
23. Фамотидин
24. Фенотерол
25. Ферроплекс
26. Флуконазол
27. Фуросемид
28. Хондроитин сульфат
29. Цефуроксим
30. Цианкобаламин

## МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

1. Ознакомьтесь с содержанием пояснительной записки.
2. Ознакомьтесь с содержанием заданий тестового контроля.
3. Заучите ответы и тестовые задания.
4. Ознакомьтесь с перечнем вопросов и практических заданий для подготовки к экзамену.
5. Проанализируйте содержание экзаменационных заданий.
6. Ознакомьтесь с эталоном ответа на экзаменационный билет.
7. Повторите алгоритмы диагностики основных заболеваний терапевтического профиля (ПМ.01 Диагностическая деятельность).
8. Повторите структуру и правила формулировки диагноза (можете воспользоваться материалами данного пособия и учебников, перечисленных в списке источников информации).
9. Заучите алгоритмы ведения пациентов в амбулаторной практике: условия лечения, показания к направлению на консультацию и госпитализацию, критерии результатов, сроки лечения (можете воспользоваться материалами данного пособия и учебников, перечисленных в списке источников информации).
10. Заучите схемы лечения пациентов в амбулаторной практике: немедикаментозные и медикаментозные методы (можете воспользоваться материалами данного пособия и учебников, перечисленных в списке источников информации).
11. Ежедневно повторяйте алгоритмы ведения пациентов.
12. Повторите правила выписывания рецептов на различные лекарственные формы (можете воспользоваться материалами данного пособия и справочников).
13. Составьте примерный текст информации для пациента по применению лекарственных средств, перечисленных в перечне (можете воспользоваться материалами данного пособия и справочниками).
14. Ежедневно повторяйте и отрабатывайте алгоритмы манипуляций, перечисленных в перечне практических заданий.
15. При возникновении затруднений обратитесь за консультацией к преподавателям.

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ

### 1. Рецепторный минимум

1. Rp: Tab. Azitromycini (Sumamed) 0,5 N....

D.S. По 1 таб 1 р/д

2. Rp: Tab. Ambroxoli 0,03 N....

D.S. По 1 табл. х 3-4 р/д

3. Rp: Tab. Amoxicillini 0,5 N....

D.S. По 1табл. х 3 р/д

4. Rp: Tab. Amlodipini 0,005 N....

D.S. 1 таб. 1 р/д

5. Rp: Beclomethasoni (Becotid) -250 mcg

D.S. По 1-2 вд. 2 р/д

6. Rp: Tab. Hypothiazidi 0,025 N....

D.S. По 1табл 1-2 р/д

7. Rp: Tab. Digoxini 0,00025 N....

D.S. По 1табл.х 1 р/д

8. Rp: Ipratropium bromidi (Atrovent) 250mcg

D.S. По 2 вдоха х 4 р/д

9. Rp: Tab. Ketorolaci 0,01 N....

D.S. По 1 табл. х 2-4 р/д

10. Rp: Tab Clopidogreli (Plavix) 0,075 N....

D.S. 1 табл. в сут

11. Rp: Tab. Levofloxacini (Tavanici ) 0,5 N....

D.S. 1 табл. х 1 р/д

12. Rp: Tab. Meloxicami (Movalis) 15 mg N....

D.S. По 1 табл. х 1 р/д

13. Rp: Tab. Metoprololi (Egiloc) 0,05 N....

D.S. 1 табл х 2 р/д

14. Rp: Tab. Nitrosorbidi (Cardiketi) 0,02 N....

D.S. По 2 табл. до 3 р/д

15. Rp: Caps. Omeprazoli 0,02 N....

D.S. 1капс х 2 р/д

16. Rp:Tab.Perindopriili (Prestarium) 0,004 N....

D.S. 1 табл. в сут.

17. Rp: Tab. Prednisoloni 0,005 N....

D.S. 2 табл. утром

18. Rp: Tab. Simvastatini (Zocor) 0,02 N....

D.S. 1 табл.х 1 р/д во время ужина

19. Rp: Tab. Spironolactoni 0,025 N....

D.S. 2 таб. х 3 р/д

20. Rp: Fenoteroli (Berotec) 200 mkg

D.S. инг. по 2 вд. 4 р/д или по необходимости

21. Rp: Dragee Ferroplex N....

D.S. 1 др. х 2-3 р/д

22. Rp: Tab. Fluconazoli (Diflucani) 0,05 N....

D.S. По 1 таб 1 р/д 5-7 дней

23. Rp: Caps. Chondroitini sulfati (Structum) 0,25 N....

D.S. По 3 капс.х 2 р/д в течение 3-х нед, далее по 2 капс 2 р/д

24. Rp: Tab. Cefuroximi aetili (Zinnat) 0,5 N....



D. S. 1 табл. x 2 р /день

25. Rp: Sol. Cyancobalamini 500 mcg

D.t.d. N.... in amp.

S. 500 mcg в/м 1р/д

## 2. Примеры формулировки диагноза при заболеваниях терапевтического профиля

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК
2. Гипертоническая болезнь II стадии, степень 2. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Риск 3.
3. Гипертоническая болезнь I стадии, степень 2. Риск 2.
4. Гипертоническая болезнь III стадии, достигнутая степень 1. Риск 4.  
Соп.: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК.
5. Гипертоническая болезнь I стадии. Риск 4.  
Соп: Сахарный диабет тип 2, компенсация
6. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Неактивная фаза. Сложный аортальный порок с преобладанием стеноза устья аорты. СН I стадия, II ФК по NYHA.
7. Острая ревматическая лихорадка. Активность III степени. Артрит левого голеностопного и коленных суставов. Функциональная недостаточность II степени. Первичный ревмокардит. AV-блокада I степени. Желудочковая экстрасистолия. СН 0 стадия, I ФК по NYHA.
8. Внебольничная пневмония, пневмококковая, нижней доли правого легкого, тяжелое течение. Правосторонний экссудативный плеврит. ДН 2 ст.
9. Внебольничная пневмония верхней доли правого легкого, средней степени тяжести.
10. Хроническая обструктивная болезнь легких II, средней степени тяжести, преимущественно эмфизематозный тип, обострение I по Antonisen. ДН I.
11. Бронхиальная астма, аллергического генеза, среднетяжелое течение, обострение средней степени тяжести. ДН I ст. ВН 0 ст.  
Соп.: Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. Ожирение III ст.
12. Бронхиальная астма, неаллергического генеза, тяжелого течения, стероидозависимая, обострение средней степени тяжести.
13. Бронхиальная астма, смешанного генеза, тяжелое течение, обострение средней степени тяжести. ДН II ст. ВН I ст
14. Острая крапивница. Ангионевротический отек. Лекарственная непереносимость
15. Обострение хронического пиелонефрита левой почки.
16. Подагра, хроническое течение, рецидивирующий полиартрит, подагрическая нефропатия (нефролитиаз).
17. Хронический гепатит неуточненной этиологии с минимальной биохимической активностью с умеренным фиброзом.
18. Цирроз печени этаноловой этиологии, класс B по Чайлд-Пью.

Осл.: Портальная гипертензия (ВРВП Iст, спленомегалия), печеночно-клеточная недостаточность (энцефалопатия Iст., гипопротромбинемия).

19. Синдром раздраженной кишки с преобладанием запоров.
20. Обострение язвенной болезни с локализацией по большой кривизне желудка диаметром 1,0 x 0,4см. Н.р. (-). Рубцовая деформация луковицы ДПК
21. Хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести.  
Сопутствующий диагноз: миома матки, кровоточащая. Хронический кровоточащий геморрой в стадии обострения.
22. Витамин В12-дефицитная анемия, средней степени тяжести, хроническое течение, обострение.  
Сопутствующий диагноз: резекция 2/3 желудка или части тонкого кишечника (указать дату).
23. Сахарный диабет 1 тип, тяжелое течение в стадии декомпенсации: кетоз от 12.03.13.  
Осл: Диабетическая пролиферативная ретинопатия, диабетическая нефропатия II ст., ХБП С2 А3 ст., диабетическая сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей.
24. Сахарный диабет, впервые выявленный; кетоацидотическая прекома от 17.03.13.
25. Сахарный диабет 2 тип, средней тяжести в стадии субкомпенсации.  
Осл: Диабетическая катаракта OS; диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии. ХБП С3А А2 ст.  
Соп.: Гипертоническая болезнь 3 стадия. Достигнутая нормотония. Риск 4.

### 3. Алгоритмы ведения пациентов терапевтического профиля

Нозология	Условия лечения, показания	Критерии результатов лечения	Средние сроки лечения в днях
Острая инфекция верхних дыхательных путей, неуточненная (ОРВИ)	Амбулаторное ведение	Клиническое выздоровление.	4-8 (при осложнении ларинготрахеитом, бронхитом – до 10-15)
Грипп	Амбулаторное ведение Госпитализация (тяжелые, осложненные, гипертоксические формы, неблагоприятный преморбидный фон, эпидемические показания).	Клиническое выздоровление.	6-10 (при осложнении ларингитом, бронхитом – до 15, при пневмонии – 21-60 в зависимости от тяжести, при других органных проявлениях – 20-30)
Бронхиальная астма	Первичная госпитализация (по показаниям), тяжелое обострение	Ликвидация или урежение приступов удушья, одышки, кашля, улучшение физикальных показателей и данных ФВД. При отсутствии эффекта от лечения перевод больного в	7-90 Направление в БМСЭ (Бюро медико-социальной экспертизы)

		стационар, по показаниям консультация в учреждениях более высокого	
Хронический (необструктивный) бронхит	Амбулаторное ведение	Уменьшение частоты и длительности обострений, снижение временной нетрудоспособности.	14
ХОБЛ	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям, тяжелое обострение	Исчезновение или уменьшение дыхательной недостаточности, кашля, улучшение физикальных данных, ФВД, клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности. Снятие или снижение группы инвалидности	10-60 Направление в БМСЭ
Острый бронхит	Амбулаторное ведение	Клиническое выздоровление	14
Пневмония	Госпитализация по показаниям, ДН	Нормализация температуры, исчезновение явлений легочной недостаточности. Улучшение физикальных данных, регресс рентгенологических изменений, нормализация и улучшение лабораторных показателей.	21 (при абсцеди- ровании – 30)
Плеврит	Госпитализация	Нормализация температуры, исчезновение явлений легочной недостаточности.	30

		Улучшение физикальных данных, регресс рентгенологических изменений, нормализация и улучшение лабораторных показателей.	
Туберкулез органов дыхания	Первичная госпитализация	Прекращение бактериовыделения, уплотнение, рассасывание частичное или полное воспалительных изменений в лёгких, закрытие полостей распада. Подготовка к хирургическому лечению (при необходимости).	240-300
Первичная артериальная гипертензия	Амбулаторное ведение Первичная госпитализация (по показаниям) Злокачественное течение	Купирование криза, достижение целевого уровня АД	14
ИБС. ПИКС с НК	Первичная госпитализация	Стабилизация клинических проявлений	1-2 ФК - 21 3 ФК - 35 4 ФК Направление в БМСЭ
ХИБС	Первичная госпитализация	Стабилизация клинических проявлений. Повышение толерантности к ФН. Решение вопроса о хирургическом лечении	1 ФК - 14 2 ФК - 21 3 ФК - 30
Острый миокардит	Первичная	Купирование нарушений	30

	госпитализация	ритма и НК	
Пороки сердца	Первичная госпитализация	Стабилизация клинических проявлений. Решение вопроса о хирургическом лечении	30-120
Нарушения ритма и проводимости	Первичная госпитализация (по показаниям)	Нормализация ЧСЖ Решение вопроса о ЭИТ, постановке ПЭКС	24-120
Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения, включая ТЭЛА	Первичная госпитализация	Стабилизация состояния, решение вопроса о хирургическом лечении	30-45 Направление в БМСЭ
Реактивные артриты	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Уменьшение симптоматики. Восстановление трудоспособности	20-60
Ревматоидный артрит	Первичная госпитализация, степень активности	Уменьшение симптоматики Восстановление трудоспособности	25 Направление в БМСЭ
Подагра	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Уменьшение симптоматики Восстановление трудоспособности	20
Артрозы	Амбулаторное ведение	Уменьшение симптоматики Восстановление трудоспособности	20
ГЭРБ	Амбулаторное ведение	Купирование симптоматики, достижение ремиссии	25
Язвенная болезнь	Амбулаторное ведение	Купирование симптоматики, достижение ремиссии	21-25
Хронический	Амбулаторное	Купирование	14-15

гастродуоденит	ведение	симптоматики, достижение ремиссии	
СРК (синдром раздраженного кишечника), хронический энтероколит	Амбулаторное ведение	Купирование симптоматики, достижение ремиссии	16-18
Болезнь Крона Неспецифический язвенный колит	Первичная госпитализация, степень активности	Купирование симптоматики, достижение ремиссии	30-60 Направление в БМСЭ
Хронический панкреатит	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Купирование симптоматики, достижение ремиссии	30
Болезни ЖВП	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Купирование симптоматики, достижение ремиссии, решение вопроса о хирургическом лечении	15-21
Болезни печени	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям, степень активности	Купирование симптоматики, достижение ремиссии	30 – 60 Направление в БМСЭ
ЖДА	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Купирование симптоматики, достижение лабораторной ремиссии	15-21
В 12-дефицитная анемия	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Купирование симптоматики, достижение лабораторной ремиссии	12-21
Острый гломерулонефрит	Первичная госпитализация	Стабилизация состояния. Нормализация или снижение АД.	60-90 Направление в БМСЭ



Острый нефритический синдром		Нормализация или улучшение лабораторных показателей.	
Хронический гломерулонефрит	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям, тяжелое обострение	Стабилизация состояния, нормализация или улучшение лабораторных показателей и функций почек.	60-75 Направление в БМСЭ
Нефротический синдром	Первичная госпитализация	Достижение длительной ремиссии. Улучшение или нормализация функций	60-75 Направление в БМСЭ
Инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации	Амбулаторное ведение	Санация мочи. Нормализация или улучшение лабораторных показателей	14
О цистит	Амбулаторное ведение	Отсутствие дизурии, нормализация анализов мочи.	7-14 14-18
Хронический цистит			
Острый пиелонефрит	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Нормализация или улучшение лабораторных показателей и функции почек	21
Хронический пиелонефрит	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Стабилизация клинико-лабораторных показателей, общего состояния	25-40
МКБ	Амбулаторное ведение Госпитализация при приступе почечной колики	Купирование болевого синдрома. Улучшение уродинамики. Улучшение или нормализация лабораторных показателей.	3-7

		Решение вопроса о методе удаления камней	
ХПН	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Стабилизация клинико-лабораторных показателей, общего состояния. Решение вопроса о заместительной почечной терапии: гемодиализ, гемодиализация, перитонеальный диализ.	28-45 Направление в БМСЭ
Сахарный диабет 1 типа	Первичная госпитализация	Достижение нормальных (и субнормальных) показателей уровня глюкозы	15-25 Направление в БМСЭ
Сахарный диабет 2 типа	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Достижение нормальных (и субнормальных) показателей уровня глюкозы	15-25 Направление в БМСЭ
Диффузный токсический зоб	Первичная госпитализация	Достижение эутиреоидного состояния, исчезновение тремора и сердцебиения, гипергидроза, увеличение массы тела, уменьшение объема щитовидной	15
Гипотиреоз	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Исчезновение или уменьшение отеков, улучшение тембра голоса, уменьшение сухости кожи; при наличии гидроперикарда - уменьшение жидкости в перикарде, нормализация уровня липидов в крови	15
Инфекционные и	Первичная	Регресс неврологической	28

паразитарные заболевания ЦНС: вирусные и бактериальные менингиты, энцефалиты, мениоэнцефалиты, миелиты, внутричерепные флебиты	госпитализация	симптоматики, санация ликвора, нормализация лабораторных показателей крови, ликвора	Направление в БМСЭ
Эпилепсия, эпилептический приступ	Первичная госпитализация	Прекращение или урежение приступов, вывод из эпилептического статуса, стабилизация когнитивных нарушений	14-25 Направление в БМСЭ
Мигрень, другие синдромы головной боли, расстройства сна	Амбулаторное ведение	Купирование болевого синдрома. Стабилизация состояния	14
Поражение нервных корешков (радикулопатии) и сплетений (плечевого, пояснично-крестцового), невралгическая амиотрофия, мононевропатии верхней и нижней конечностей, множественная мононевропатия	Амбулаторное ведение Госпитализация по показаниям	Купирование болевого синдрома, уменьшение двигательных, чувствительных, вегетативных нарушений	19
Поражение черепных нервов	Амбулаторное ведение	Снижение болевого синдрома, уменьшение или	16-60

(тройничного, лицевого, других), лицевой гемиспазм	Госпитализация по показаниям	полный регресс неврологической симптоматики	
Бактериальная кишечная инфекция неуточненная. Гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	Амбулаторное ведение Госпитализация (среднетяжелые и тяжелые формы болезни, декретированные контингенты, эпидемические показания)	Клиническое выздоровление. Нормализация анализа крови. Для декретированных контингентов – отрицательный результат однократного бактериологического исследования испражнений Для остальных – бактериологическое обследование по усмотрению врача-инфекциониста.	7-15
Пищевые токсикоинфекции	Амбулаторное ведение Госпитализация	Клиническое выздоровление.	4-10
Вирусные энтериты	(среднетяжелые и тяжелые формы болезни, декретированные контингенты, эпидемические показания)	Клиническое выздоровление.	7-12
Герпетический дерматит	Амбулаторное ведение	Клиническое выздоровление.	0-10
Опоясывающий герпес	Госпитализация (тяжелые, осложненные)	Клиническое выздоровление.	15-30

	формы).		
Гепатит А	Первичная госпитализация	Клиническое выздоровление. Нормализация билирубина, АлАТ.	25-30
Гепатит В острый	Первичная госпитализация	Клиническое выздоровление. Нормализация билирубина, АлАТ. Исчезновение или снижение титра HBsAg.	35-50
Гепатит В хронический	Госпитализация по показаниям	Нормализация билирубина, АлАТ.	15-25
Гепатит С острый	Первичная госпитализация	Клиническое выздоровление. Нормализация билирубина, АлАТ.	30-40
Гепатит С хронический	Госпитализация по показаниям	Нормализация билирубина, АлАТ.	15-25
ВИЧ-инфекция:	При подтверждении диагноза: направление больного в областной центр СПИД.	Снижение вирусной нагрузки	Индивидуально-но

#### **Абсолютные показания к госпитализации**

- Угроза жизни больного при острой (экстренной) хирургической патологии.
- Состояния больного, требующие неотложных лечебно-диагностических мероприятий и (или) круглосуточного наблюдения.
- Невозможность проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Невозможность проведения диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях.

- Состояния больного, требующие круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни больного.
- Необходимость постоянного врачебного наблюдения не менее 3-х раз в сутки
- Необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур не мене 3-х раз в сутки.
- Изоляция по эпидемиологическим показаниям.
- Угроза для здоровья и жизни окружающих.
- Территориальная отдаленность больного от стационара (с учетом потенциально возможного ухудшения).

#### **4. Перечень приоритетных медицинских показаний**

**для направления на консультации к профильным врачам-специалистам пациентов терапевтического профиля**

<b>Профиль специалиста</b>	<b>Показания для направления на консультации</b>
Кардиолог	<p>Острый коронарный синдром, реваскуляризация миокарда или иные операции на сердце в период 12 месяцев, предшествующих обращению пациента.</p> <p>Стенокардия 3—4 функционального классов для решения вопроса о проведении коронарографии с целью последующей реваскуляризации миокарда.</p> <p>Возобновление стенокардии после проведенной реваскуляризации миокарда.</p> <p>Подозрение на ИБС, если диагноз остается неясным после проведения неинвазивных тестов (ЭКГ, стресс-тест, ЭхоКГ).</p> <p>Подозрение на симптоматическую артериальную гипертензию.</p> <p>Гемодинамически значимые пороки сердца.</p> <p>Гемодинамически значимые нарушения ритма сердца (любые тахи- или брадиаритмии, сопровождающиеся обмороками, гипотонией, сердечной недостаточностью, ангинозными болями).</p> <p>Рефрактерная сердечная недостаточность.</p> <p>Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе.</p>

	<p>Бактериальный эндокардит в период 12 месяцев, предшествующих обращению пациента.</p> <p>Подозрение на первичную легочную гипертензию.</p>
Пульмонолог	<p>Впервые установленный/предполагаемый диагноз бронхиальной астмы и ХОБЛ.</p> <p>Отсутствии эффекта базисной терапии или его «ускользание».</p> <p>Тяжелое или крайне тяжелое течение бронхиальной астмы и ХОБЛ, в том числе сопровождающееся дыхательной недостаточностью.</p> <p>Пневмоторакс в анамнезе.</p> <p>Дыхательная недостаточность неясной этиологии.</p> <p>Бронхообструктивный, кашлевой синдромы неуточненной этиологии.</p>
Эндокринолог	<p>Сахарный диабет 1 типа.</p> <p>Сахарный диабет 2 типа:</p> <p>а) для постановки диагноза и подбора сахароснижающей терапии;</p> <p>б) отсутствие эффекта от проводимой терапии для коррекции лечения.</p> <p>Патология щитовидной железы и/или паращитовидных желез:</p> <p>а) впервые выявленные нарушения функции щитовидной железы или паращитовидных желез (лабораторно и/или клинически);</p> <p>б) рецидивирующее течение или отсутствие эффекта от проводимой терапии;</p> <p>в) объемные образования в щитовидной железе более 1-го см, быстрый рост имеющихся образований при динамическом наблюдении.</p> <p>Объемные образования гипофиза, надпочечников, поджелудочной железы.</p> <p>Клинические проявления возможной нейроэндокринной патологии (акромегалия, гигантизм, ожирение по типу Иценко—Кушинга, галакторея).</p>
Невролог	<p>Появление нового неврологического дефицита у пациентов с перенесенным инсультом.</p> <p>Судорожный синдром.</p> <p>Наличие жалоб и объективных данных об очаговой неврологической симптоматике, вне зависимости от остроты развития.</p> <p>Наличие каких-либо острых эпизодов качественного изменения сознания.</p> <p>Наличие гиперкинезов, вне зависимости от остроты появления.</p>

	<p>Головная боль напряжения, при которой пациенты прибегают к обезболивающим лекарственным препаратам более 15 раз в месяц.</p> <p>Боль в поясничном отделе, сопровождающаяся следующими симптомами: онемение промежности, двусторонняя слабость в ногах, проблемы с мочеиспусканием, дефекацией и т. д.</p> <p>Сохранении свыше 6 недель болей в поясничном отделе позвоночника, не поддающихся стандартной терапии.</p> <p>Стойкие нарушения сна, сохраняющиеся на протяжении не менее 2-х недель.</p> <p>Прогрессирующее снижение памяти и других когнитивных (исполнительных) функций организма.</p>
Ревматолог	<p>Заболевания суставов, позвоночника: впервые выявленный (острый) артрит длительностью более 6 недель, для уточнения диагноза.</p> <p>Наличие болей в суставах и вовлечение в патологический процесс более 3-х суставов, симметрично расположенных, с наличием утренней скованности в суставах не менее 40 минут.</p> <p>Синдром Рейно.</p> <p>Наличие у пациентов хронической усталости, летучих болей в суставах, выпадение волос, изменение окраски кожных покровов, изменение формулы крови и мочевого осадка.</p> <p>Наличие у пациентов васкулитов и полимиалгий.</p> <p>Лихорадка неясного генеза.</p>



## 5. Схемы лечения пациентов терапевтического профиля

### ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА И ОРВИ

#### Немедикаментозное лечение:

- Изоляция пациента, масочный режим.
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу.
- Гигиеническая обработка глаз, слизистых полости рта пациента не менее 3-х раз в день
- Для уменьшения интоксикации показано введение достаточного количества жидкости (1500—1700 мл) и витаминов. В первые дни болезни калорийность рациона снижают до 1600-1800 ккал. Назначают частый прием пищи (6—7 раз в сутки), преимущественно в жидком и в хорошо измельченном виде.

#### Медикаментозное лечение:

Противовирусная терапия эффективна в первые 48-72 часа от начала заболевания.

- **Осельтамивир:** 75 мг (капсулы, суспензия) внутрь 2 раза 5 дней.
- **Занамивир:** 2 ингаляции по 5 мг 2 раза 5 дней.
- **Перамивир:** 600 мг в/в в первые 2 дня инфекции.
- Умифеновир (**арбидол**): 200 мг 4 раза 5 дней (АРБИТР, *доказано недостаточно*).
- Имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты (**ингавирин**): 90 мг 1 раз 5 дней (*доказано недостаточно*).
- Препараты **Интерферона альфа-2** отдельно/или в комбинации с Интерфероном гамма интраназально

Индукторы интерферона - **Циклоферон, Кагоцел.**

- Антибиотики при вторичной бактериальной (*S. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. pyogenes*, *H. influenzae*) пневмонии.

#### **Симптоматическое лечение**

- **Анальгетики:** парацетамол 500–1000 мг 2–4 раза, напроксен, ибупрофен.
- **Пролонгированные назальные деконгестанты:** ксилометазолин (капли/спрей галазолин, ксимелин, тизин), оксиметазолин (називин, назол) до 3–5 сут.
- **Противокашлевые (сильный, сухой кашель):** глауцин, бутамират (омнитус, синекод), декстрометорфан (в составе гриппекса, колдрекса).

#### **Комбинированные препараты для лечения ОРВИ**

Торговое название	Состав	Особенности применения
Антифлу Кидс	Парацетамол + хлорфенамин +	Оказывают

Антигриппин	аскорбиновая кислота	жаропонижающее и болеутоляющее
Фервекс	Парацетамол + фенирамин + аскорбиновая кислота	
Викс актив симптомакс Лемсип Лемсип макс	Парацетамол + фенилэфрин	+ оказывают сосудосуживающее действие
Колдрекс Макс грипп Колдрекс Хотрем Лемсип черная смородина	Парацетамол + фенилэфрин + аскорбиновая кислота	
Терафлю	Парацетамол + фенилэфрин + фенирамин	
Терафлю от гриппа и простуды	Парацетамол + фенилэфрин + фенирамин + аскорбиновая кислота	
Антифлю Колдакт Флю Плюс Терафлю Экстратаб	Парацетамол + фенилэфрин + хлорфенамин	
Колдрекс	Парацетамол + фенилэфрин + кофеин + терпингидрат + аскорбиновая кислота	+ содержат противокашлевой компонент
Викс актив симптомакс плюс	Парацетамол + фенилэфрин + гвайфенезин	
Ринза Риниколд	Парацетамол + фенилэфрин + кофеин + хлорфенамин	+ максимально эффективны при насморке
Ринзасип Риниколд Хотмикс	Парацетамол + фенилэфрин + кофеин + фенирамин	
Ринзасип с витамином С	Парацетамол + фенилэфрин + кофеин + фенирамин + аскорбиновая кислота	

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА

### Немедикаментозное лечение:

Облегчение выделения мокроты:

- Необходимость поддержания адекватной гидратации (теплое питье: чай с малиной, медом, липовым цветом, подогретая щелочная минеральная вода.).

- Увлажнение воздуха в помещении (особенно в засушливом климате и зимой), так как снижение гидратации ведёт к повышению вязкости бронхиального секрета и нарушает его отхаркивание.
  - При отсутствии противопоказаний проведение ингаляций с подогретой щелочной воды, 2%-ного раствора гидрокарбоната натрия, эвкалиптового, анисового масел.
- Устранение воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (дыма, пыли).

#### Медикаментозная терапия:

1. Противовирусная терапия проводится при наличии эпиданамнеза (см. Лечение гриппа).
2. Противовоспалительные лекарственные средства с бронхолитическим эффектом:

**Фенспирид** внутрь по 80 мг 2 р/сут 10—14 сут

3. Симптоматическая терапия в случаях изнуряющего кашля:

- ЛС, подавляющие кашель:

**Декстрометорфан** по 15 мг (1 ложка сиропа) 4 раза/сут

или **Бутамират** внутрь, сироп, по 30 мл 3 р/сут 7—10 сут

- Бронходилататоры в виде дозирующего индивидуального ингалятора (при наличии признаков бронхиальной обструкции)

**Сальбутамол** по 1—2 дозы 3 р/сут 5—7 сут или **Фенотерол** по 1—2 дозы 3 р/сут 5—7 сут

## ЛЕЧЕНИЕ ХОБЛ

#### Немедикаментозное лечение:

Отказ от курения, вакцинация противогриппозной, пневмококковой вакциной, достаточная физическая активность,

#### Медикаментозная терапия:

##### **Стабильное течение**

Группа А. Короткодействующие холинолитки или бета2-агонисты:

**Ипратропия бромид** по 40 мкг (2 дозы) 4 раза в сутки

или **Фенотерол** — по 100–200 мкг до 4 раз в сутки

Группа В. Пролонгированные холинолитки или бета2-агонисты:

**Тиотропия бромид** 1 раз в сутки в дозе 18 мкг

или **Сальметерол** по 25–50 мкг 2 раза в сутки

Группа С. Ингалируемые стероиды + пролонгированные холинолитки или бета2-агонисты:

**Беклометазона дипропионат** ингаляционно 800 мкг – 2000 мкг в день в 2 приема +  
**Тиотропия бромид** 1 раз в сутки в дозе 18 мкг

Группа D. Ингалируемые стероиды + пролонгированные холинолитки и/или бета2-агонисты:

**Будесонид** ингаляционно 400 мкг – 1600 мкг в день в 2 приема + **Фенотерол/ипратропия бромид** 2 раза в сутки

### Обострение

1. Антимикробная терапия:

**Левифлоксацин** внутрь 0,5 г 1 р/сут 7—10 сут или **Цефтриаксон в/м** 1—2 г 1 р/сут 7—10 сут

2. Муколитическая терапия:

**Амброксол** внутрь по 30 мг 3 р/сут в течение 2 сут, далее по 30 мг 2 р/сут 5—8 сут; раствор в ингаляциях по 2—3 мл 1—2 р/сут 7—10 сут или **Ацетилцистеин** внутрь 400—600 мг 1—2 приема или 200 мг в 2—3 приема 7—10 сут; раствор в ингаляциях, по 3 мл 1—2 р/сут 7—10 сут

3. Усиление бронхолитической терапии. В домашних условиях при обострении может применяться небулайзерная терапия: раствор беродуала, раствор атровента, раствор беротека, раствор салгима. Кратность применения и дозы зависят от степени тяжести.

4. Системные ГКС назначают параллельно с бронхолитической терапией в суточной дозе 0,5 мг/кг/сут, но не менее 30 мг преднизолона в день или другого системного ГКС в эквивалентной дозе в течение 10 дней с последующей отменой.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ**

### Немедикаментозное лечение:

- По
- гимнаст стельный режим в течение периода лихорадки
- Пища должна быть щадящей, витаминизированной.
- Рекомендовано обильное питье (при отсутствии противопоказаний).
- Проведение дыхательной ики в случае, если объём выделяемой мокроты превышает 30 мл/сут.

### Медикаментозное лечение:

#### **Пневмония легкого течения**

Лечение в амбулаторных условиях АБ терапия внутрь

Для пациентов до 50 лет без сопутствующих заболеваний монотерапия амоксициллином или современными макролидами:

1. Аминопенициллины: **Амоксициллин** (флемоксин) (табл. 0,125; 0,25 и 0,5 г) внутрь по 0,5 г 3 р/сут. в теч. 7-10 суток и/или

2. Макролиды: **Азитромицин** и его аналоги (Сумамед табл. 500 мг; Азитрокс капс. 250 мг; Хемомицин капс. 250 мг) внутрь по 500 мг 1 р/сут. в теч. 3-х суток; Кларитромицин (клацид) (табл. 0,25 и 0,5 г) внутрь по 500 мг 2 р/сут. в теч. 7-14 сут.; Мидекамицин (макропен) (табл. 0,4 г) внутрь по 400 мг 3 р/сут. в теч. 7-14 сут.

Пациентам, имеющим факторы риска следует назначать комбинированную терапию б-лактам + современный макролид, либо монотерапию респираторными фторхинолонами III-IV поколения:

1. Ингибиторзащищенные пенициллины: Амоксициллин/клавуланат (амоксиклав) (табл. 375 и 625 мг) внутрь по 625 мг 3 р/сут. в теч. 7-10 суток и/или

2. Макролиды: Азитромицин и его аналоги (Сумамед табл. 500 мг; Азитрокс капс. 250 мг; Хемомицин капс. 250 мг) внутрь по 500 мг 1 р/сут. в теч. 3-х суток или кларитромицин (см. выше) или

3. Респираторные фторхинолоны: Спарфлоксацин (спарфло) (табл. 0,2 г) внутрь по 400 мг однократно в 1-й день, затем по 200 мг; Левофлоксацин (таваник) (табл. 0,25 и 0,5 г) внутрь по 500 мг табл. 1 р/сут.

Пневмония среднетяжелого и тяжелого течения

Лечение в стационаре Парентеральная АБ терапия в течение 2-3 сут. (1-й этап) Переход на прием антибиотиков внутрь (2-й этап)

Для пациентов до 50 лет без сопутствующих заболеваний:

1. Аминопенициллины в теч. 2-3 суток: Ампициллин (пор. д/приг. р-ра д/ин.; фл. 0,25; 1 и 2 г): в/в по 1-2 г 4 р/сут. или

2. Цефалоспорины III поколения в теч. 2-3 суток: Цефотаксим (клафоран) (пор. д/приг. р-ра д/ин.; фл. 1 г) в/в по 1,0-2,0 г с интервалом 8 часов; Цефтриаксон (роцефин) (пор. д/приг. р-ра д/ин.; фл. 0,25; 0,5; 1 г) в/в по 1,0-2,0 г однократно в сут

3. Амоксициллин (флемоксин) (табл. 0,125; 0,25 и 0,5 г) внутрь по 0,5 г 3 р/сут. в теч. 7-10 суток или

4. С 1-го дня лечения сочетание 1, 2, а затем 3 с макролидами внутрь.

Для пациентов старше 60 лет или на фоне ХОБЛ:

1. Ингибиторзащищенные пенициллины: Амоксициллин/клавуланат (амоксиклав) (пор. д/приг. р-ра д/ин.; фл. 0,6 и 1,2 г) в/в по 1,2 г 3 р/сут в течение 3-х суток Амоксициллин/клавуланат (табл. 375 и 625 мг) внутрь по 625 мг 3 р/сут в сочетании с макролидами (Эритромицин, Азитромицин, Кларитромицин) в теч. 7-10 суток или

2. Цефалоспорины III поколения: Цефотаксим (клафоран) (пор. д/приг. р-ра д/ин.; фл. 1 г) в/в по 1,0-2,0 г 3 р/сут; Цефтриаксон (роцефин) (пор. д/приг. р-ра д/ин.; фл. 0,25; 0,5; 1 г) в/в по 2,0 г 1 р/сут в течение 3-х суток в сочетании с макролидами (Эритромицин, Азитромицин, Кларитромицин) Амоксициллин/клавуланат (табл. 375 и 625 мг) внутрь по 625 мг 3 р/сут в теч. 7-10 суток или

3. Респираторные фторхинолоны: Левофлоксацин (таваник) (р-р д/инф.; флак. 0,5 г/100 мл) в/в по 500 мг 1 р/сут в течение 2-3-х суток Левофлоксацин (табл. 0,25 и 0,5 г) внутрь по 500 мг 1 р/сут; Спарфлоксацин (спарфло) (табл. 0,2 г) внутрь по 400 мг однократно в 1-й день, затем по 200 мг в течение 7-10 суток. Длительность АБ-терапии неосложненной пневмонии 7-10 дней. При пневмонии, вызванной *Mycoplasma*, *Legionella*, а также в случае осложнений (абсцесс и пр.) продолжительность лечения может достигать 21 дня

## ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

### Немедикаментозное лечение:

- Элиминационные мероприятия направлены на устранение значимых факторов из окружения больного, предусматривают создание гипоаллергенного быта и гипоаллергенной диеты.
- Регулярные физические нагрузки.

### Медикаментозное лечение:

Короткодействующие  $\beta_2$ агонисты «по потребности» - для купирования симптомов

**Сальбутамол, Фенотерол или Фенотерол/ипратропия бромид** 1–2 вдоха не более 4 раз в сутки

### **Ступенчатая терапия**

ИГКС (ингаляционные глюкокортикостероиды):

**Беклометазона дипропионат** ингаляционно 800 мкг – 2000 мкг в день в 2 приема

или **Будесонид** ингаляционно 400 мкг – 1600 мкг в день в 2 приема

± ДДБА (длительнодействующие  $\beta_2$ агонисты):

**Сальметерол** по 25–50 мкг 2 раза в сутки или **Формотерол** по 4,5 – 12 мкг 2 раза в сутки

± **Теофиллин** по 300 мг 2 раза в сутки

± Антагонисты лейкотриенов: **Зафирлукаст** по 20 мг 2 раза в сутки

± Оральные кортикостероиды в низких дозах и Анти-IgE препараты при тяжелом течении

### **Обострение**

- **Сальбутамол** через дозированный ингалятор 4–10 вдохов каждые 20 мин первый час, далее от 4–10 вдохов каждые 3–4 ч до 6–10 вдохов каждые 1–2 ч (через спейсер экономнее, чем небулайзер).

- **Сальбутамол** через небулайзер: 2.5–5 мг каждые 20 мин 3 дозы, затем 2.5–10 мг через 1–4 ч по необходимости или 10–15 мг/ч постоянно.
- **Ипратропиума бромид** через небулайзер: 0.5 мг каждые 20 мин до 3 доз, далее по необходимости. Можно через дозированный ингалятор 8 вдохов каждые 20 мин до 3 ч.
- Кортикостероиды per os (50 мг/сут **преднизолона** однократно) в течение 7 дней.
- Кортикостероиды ингаляционные (**будесонид** 500 мкг 4 раза в сутки через небулайзер)
- Кислород.

В случае рефрактерности — магнeзия внутривенно (2 г за 20 мин), ИВЛ.

## ЛЕЧЕНИЕ ИБС

### Немедикаментозное лечение:

- соблюдение диеты с ограничением жиров, углеводов, соли,
- прекращение курения,
- лечение артериальной гипертонии, сахарного диабета,
- снижение избыточной массы тела,
- физические тренировки,
- коррекция повышенного уровня холестерина.

### Медикаментозное лечение:

1. Гиполипидемические препараты: **Ловастатин** 10, 20, 40 мг 1 раз в день, при необходимости максимальная суточная доза - 80 мг/сутки.

2. Дезагрегантные средства - **ацетилсалициловая кислота** 500 мг, суточная доза - 125 мг.

3. Бета-блокаторы - препараты первой линии в антиангинальной терапии. Веро-Атенолол или Атенолол 50-100 мг 1-2 раза в сутки; Локрен 20 мг 1 раз в сутки, Эгилок 25-50 мг 1-2 раза в сутки, **Метопролол-Акри** 50-100 мг 1-2 раза в сутки, Анаприлин по 40-160 мг в сутки (3 приема); Беталок-Зок 25 мг 1 раз в сутки, Карведилол 12,5-25 мг 2 раза в сутки, Конкор 5-10 мг 1 раз в сутки, Метакард 50, 100 мг 2 раза в сутки.

3. **Нитраты** показаны для купирования и профилактики приступов стенокардии напряжения и покоя: Изокет (аэрозоль) 1,25 мг/доза, Нитросорбид 10 мг 3-5 раз в сутки, Кардикет 20, 40, 60 мг 1-3 раза в сутки, Эфокс лонг 50 мг 1 раз в сутки, Монолонг 40, 60 мг 1 раз в сутки, Пектрол 40, 60 мг 1-3 раза в сутки.

4. **Антагонисты кальция** назначают при недостаточном антиангинальном эффекте бета-блокаторов и нитратов, при сопутствующей артериальной гипертонии, а также при вазоспастической стенокардии: Веро-Нифедипин 10 мг 2 раза в сутки, Веро-Амлодипин 5, 10 мг 1 раз в сутки, Норваск 5, 10 мг 1 раз в сутки, Дилтиазем-Тева 30, 60 мг 1-3 раза в

сутки, Дилтиазем-Ланнахер 180 мг 1-2 раза в сутки, Амлотоп 5, 10 мг 1-2 раза в сутки, Верапамил 40 мг, 80 мг (80-480 мг в сутки), Коринфар ретард 20 мг 2 раза в сутки (максимальная суточная доза - 80 мг).

Короткодействующие формы нифедипина не показаны для лечения больных ИБС.

6. После перенесенного крупноочагового инфаркта миокарда с целью профилактики сердечной недостаточности и недостаточности кровообращения целесообразно назначить **ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента**: Веро-Эналаприл 5 мг 2 раза в сутки, Эналаприл-Акри 10 мг 2 раза в сутки, Энап 2,5 мг 1-2 раза в сутки, Веро-Каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, Капотен 25 мг 2 раза в сутки, Капозид 2-3 раза в сутки, Моноприл 10, 20 мг 1-2 раза, Диротон 2,5 мг, 5 мг 1 раз в сутки, Рениприл 10 мг 1-2 раза в сутки, Престариум 4-8 мг в сутки, Ко-ренитек 1-2 раза в сутки, Аккупро 10, 20 мг 1 раз в сутки.

7. Больным с ИБС, перенесшим стентирование коронарных артерий, в течение месяца с целью профилактики развития рестеноза необходимо назначение препарата Плавикс 75 мг 1 раз в сутки.

## **ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

### Немедикаментозное лечение:

- снижения массы тела;
- ограничения употребления соли с пищей;
- уменьшения употребления алкоголя;
- отказа от курения;
- соблюдения режима труда и отдыха;
- повышения физической активности.

### Схема лечения

Начальная терапия - монотерапия или при необходимости комбинированная терапия.

**1. Бета-блокаторы:** Анаприлин 40-160 мг/сутки, Веро-Атенолол 50 мг 1 раз в сутки, Атенолол 100 мг 1 раз в сутки; Локрен 20 мг 1 раз в сутки, Эгилок 50-100 мг в сутки, Метопролол-Акри 50 мг 1-2 раза в сутки,

Беталок Зок 25 мг 1 раз в сутки, Карведилол 12,5 1-2 раза в сутки, Метакард 50-100 мг 2 раза в сутки, Конкор 5, 10 мг 1 раз в сутки.

**2. Диуретики:** Гипотиазид 25-100 мг 1 раз в сутки, Индапамид 2,5 мг 1 раз в сутки, Акрипамид 2,5 мг 1 раз в сутки, Арифон ретард 1,5 мг в сутки, Фуросемид 40 мг 1 раз в сутки.



**3. Ингибиторы АПФ:** Эналаприл 5, 10, 20 мг 1-2 раза в сутки, Веро-Эналаприл 5 мг 1-2 раза в сутки, Эналаприл-Акри 5, 10 мг 1-2 раза в сутки, Рениприл 10, 20 мг 1-2 раза в сутки, Ко-ренитек 1-2 раза в сутки, Энап 2,5 - 1-2 раза в сутки, Веро-Каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, Капотен 25 мг 2 раза в сутки, Моноприл 10 мг и 20 мг 1-2 раза в сутки, Диротон 2,5, 5 мг 1 раз в сутки, Аккупро 10-20 мг 1-2 раза в сутки.

**4. Антагонисты кальция:** Веро-Нифедипин 10 мг 1-2 раза в сутки, Веро-Амлодипин 5 мг, 10 мг 1 раз в сутки, Амлотоп 10 мг 1-2 раза в сутки, Верапамил 40, 80 мг 80-480 мг в сутки, Дилтиазем-Тева 30 мг, 60 мг 2-3 раза в сутки, Дилтиазем-Ланнахер 180 мг 2 раза в сутки, Норваск 10 мг 1 раз в сутки.

**5. Антагонисты рецепторов к ангиотензину II:** Лозап 50 мг 1 раз в сутки, Теветен 600 мг 1 раз в сутки.

Для купирования гипертонических кризов:

Клофелин 0,075 мг или 0,15 мг, Нифедипин 10 мг, Коринфар 10 мг (под язык или разжевывая), Каптоприл или Капотен 25 мг или 50 мг. Клофелин и нифедипин не применяются для длительной терапии артериальной гипертонии.

При отсутствии должного антигипертензивного эффекта возможно добавление 2-3-го препарата (один из препаратов в таком случае должен быть мочегонным) с последующим контролем.

## **ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Немедикаментозное лечение:

- ограничение употребления поваренной соли до 5-6 г/сутки;
- снижение массы тела при ожирении (индекс массы тела - более 30 кг/кв. м);
- соблюдение гиполипидемической диеты при дислипидемиях;
- ограничение потребления жидкости до 1-1,5 л/сутки;
- исключение приема алкоголя;
- прекращение курения;
- регулярная умеренная (с учетом состояния больного, исключая периоды острой или декомпенсированной ХСН) физическая активность с интенсивностью, которая комфортна для данного пациента.

**1. Ингибиторы АПФ:** начинают с минимальных доз, увеличивают дозу при САД >90 мм рт. ст. и не чаще 1 раза в неделю. Капоте н (Каптоприл, Веро-Каптоприл), начальная доза - 6,25 мг, поддерживающая доза - 25-30 мг 3 раза в день; Моноприл (начальная доза - 2,5 мг, поддерживающая доза - 10 мг 2 раза в день), Эналаприл, Энап, Энам, начальная доза -

2,5 мг, поддерживающая доза - 10 мг 2 раза в день, Престариум, Лизиноприл, Синоприл, Диротон, Инхибейс, в комбинации с диуретиками - Капозид.

## 2. Диуретики

Алгоритм назначения диуретиков в зависимости от тяжести ХСН:

I ФК - не лечить мочегонными;

II ФК (без застоя) - не лечить мочегонными;

II ФК (застоя) - тиазидные диуретики (Гипотиазид 25-100 мг в сутки, дихлотиазида таблетки 25, 100 мг);

III-IV ФК (декомпенсация) - петлевые (Фуросемид 40-250 мг в сутки) или Фуросемид в инъекциях; (тиазидные) + антагонисты альдостерона, в больших дозах Веро-Спиринолактон 25 мг;

III ФК (поддерживающее лечение) - тиазидные (петлевые) + альдактон (малые дозы) Веро-Спиринолактон 25 мг.

**3. Бета-адреноблокаторы** (применяются при отсутствии противопоказаний, дополнительно к ИАПФ в минимальных дозах, увеличение дозы 1 раз в 2 недели).

Беталок Зок 25 мг, Вазокардин, Эгилок 25 мг, Метопролол-Акри 50 мг начальная доза - 12,5 мг, Акридиллол 25 мг, Карведилол 25 мг (начальная доза - 3,125 мг), Бисогамма.

**4. Сердечные гликозиды** - Дигоксин 250 мкг, при мерцательной аритмии препарат "первой" линии.

**5. Антагонист альдостерона** - Верошпилактон, Веро-Спиринолактон 25 мг.

Дополнительные - **Антагонисты рецепторов к ангиотензину II**. Применяются в лечении ХСН в случаях непереносимости ИАПФ. Лозап 12,5-50 мг 1 раз в сутки, Геветен.

## ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ

### Немедикаментозное лечение:

- Повышение головного конца кровати.
- Ограничение жиров, уменьшение объема пищи.
- Отказ от шоколада, алкоголя, кофе, лука, томатов, цитрусовых.
- После еды не лежать.
- Прекращение курения.
- Жевательная резинка без мяты.
- Избегать лекарств: нитраты, теofilлин, дигидропиридины.

При рефрактерном течении – хирургическое лечение

ЛЕЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ (UMHS)

- Ингибиторы протонной помпы: омепразол 20–40 мг 1 раза в сут за 30 мин до еды 4–8 нед.
- H<sub>2</sub>-блокаторы: фамотидин 20–40 мг 2 раза в сут за 30 мин до еды 8–12 нед.
- Прокинетики: домперидон 10 мг, мотилак 5 мг, итоприд 50 мг за 30 мин до еды 4–12 нед.
- Антациды: альмагель, маалокс, препарат с алгиновой кислотой (гавискон) — после еды для облегчения/предупреждения симптомов.

## ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (AGA, Rome IV)

### Немедикаментозное лечение:

#### **Боль в животе**

- Спазмолитики: мебеверин 135 мг 3 раза (200 мг 1 раз), дротаверин 40 мг 2–3 раза, пинавериум 50 мг 3 раза.
- Антидепрессанты: amitriptilin 12.5–50 мг, сертралин 25–100 мг.
- Активаторы хлоридных каналов: любипростон 8 мг 2 раза.
- 5-НТЗ антагонисты: алосетрон 0.5–1 мг 2 раза.
- Агонисты рецепторов гуанилатциклазы C: линаклотид 290 мг.

#### **Диарея**

- Диета с низким содержанием овощей, фруктов, молочных продуктов, глютена, подсластителей (low-FODMAP).
- Лоперамид 2–4 мг и по 2 мг после каждой дефекации (до 16 мг/сут).
- Секвестранты желчных кислот (колестипол, холестирамин).
- Пробиотики.
- Антибиотики: рифаксимин 550 мг 3 раза 2 нед.
- 5-НТЗ антагонисты: ондансетрон 4–8 мг 3 раза, алосетрон 0.5–1 мг 2 раза, рамосетрон 5 мг 1 раз.
- Полифепан, смекта.
- Регидратация.

#### **Запор**

- Наполнители: отруби 1–4 ч. ложки с едой, оболочка семян подорожника (мукофальк 5–10 мг 3 раза), метилцеллюлоза.
- Осмотические лаксативы: лактулоза 15–30 мл, полиэтиленгликоль 17–34 г 1 раз.
- Стимуляторы: вечи с бисакодилем или глицерином через 30 мин после еды, пикосульфат натрия 10–15 капель, бисакодил 5–10 мг per os.

- Активаторы хлоридных каналов: любипростон 8 мг 2 раза.
- Агонисты серотониновых 5-HT<sub>4</sub>-рецепторов: прукалоприд 2 мг 1 раз.
- Агонисты рецепторов гуанилатциклазы C: линаклотид 290 мг.

### **Метеоризм**

- Симетикон 2 капс. 3 раза после еды.

## **ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА**

### **Немедикаментозное лечение:**

Лечение амбулаторное, средние сроки 14 дней

Рекомендации пациентке:

Питание должно быть частым, дробным, механически и химически щадящим с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острых приправ, маринованных и копченых продуктов).

ИПП + кларитромицин 500 мг + амоксициллин 1000 мг 2 раза.

- ИПП + левофлоксацин 500 мг + амоксициллин 1000 мг 2 раза.

- ИПП + метронидазол 500 мг + тетрациклин 500 мг + цитрат висмута коллоидный 120 мг 4 раза.

2. Прокинетики (метоклопрамид по 10 мг 3 раза в день за 20 минут до еды) и/или холензим по 2 таблетки

3 раза в день (при наличии симптомов, связанных с нарушением моторики и/или с повышенной

чувствительностью желудка к растяжению: чувство быстрого насыщения, переполнения, вздутия и тяжести в

эпигастральной области).

Дисфункция желчного пузыря (K82.8)

### **Немедикаментозное лечение:**

Симптоматическая терапия:

1. Желчегонные препараты, улучшающие холерез (курс лечения 2-3 недели):  
внутри, непосредственно перед едой или во время еды холензим по 2 др. 3 раза в сутки или аллохол по 2

др. 3 раза в сутки.

2. Ферментативные препараты: внутри, непосредственно перед едой или во время еды от 2 до 4 недель:

мезим-форте 1000 по 1-2 т. 3 раза в сутки от 2 до 4 недель или креон (10000, 25000) по 1 др. x 3

раза  
в сутки, 25000 по 1 др. x 3 раза в сутки от 2 до 4 недель, пензитал.

3. Спазмолитическая терапия: внутрь дюспаталин или дротаверин 1 таб. 3 раза в сут., дротаверин 2% р-р 2,0 в/м 2 раза в сутки или платифиллина гидротартрат 1,0 в/м 2 раза в сутки.

### Хронический холецистит (K81)

#### Немедикаментозное лечение:

При обострении хронического холецистита варианты антибактериальной терапии: фромилид внутрь по 250 мг

3 раза в сутки - 7-10 дней или ципрофлоксацина гидрохлорид, ципролет внутрь по 250 мг 3-4 раза в

сутки - 7 дней, или цефазолина натриевая соль по 1000 мг в/м 2 раза в сутки - 7 дней.

Симптоматическая терапия:

1. Желчегонные препараты, улучшающие холерез (курс лечения 2-3 недели): внутрь, непосредственно перед

едой или во время еды холензим по 2 др. 3 раза в сутки или аллохол по 2 др. 3 раза в сутки.

2. Ферментативные препараты: внутрь, непосредственно перед едой или во время еды от 2 до 4 недель

мезим-форте 1000 по 1-2 т. 3 раза в сутки от 2 до 4 недель или креон (10000, 25000) по 1 др. х 3 раза

в сутки, 25000 по 1 др. х 3 раза в сутки от 2 до 4 недель, пензитал, паизинорм-форте.

3. Спазмолитическая терапия: внутрь дюспаталин или дротаверин 1 таб. 3 раза в сут., дротаверин-НС 2% р-

р 2,0 в/м 2 раза в сутки или платифиллина гидротартрат 1,0 в/м 2 раза в сутки.

### Хронический панкреатит (K86.0)

#### Немедикаментозное лечение:

Соблюдение диеты: стол N 5п.

1. Ферментная терапия. В зависимости от выраженности внешнесекреторной недостаточности могут быть

назначены различные ферментные препараты. Разовая доза ферментов, которая рекомендуется для лечения

внешнесекреторной панкреатической недостаточности, должна содержать не менее 20000-40000 ед. липазы.

В день необходимо принимать 2-4 капсулы препарата при основных приемах пищи и 1-2 капсулы при приемах

небольшого количества пищи: панкреатин, мезим-форте 10000, креон 10000, 25000, пензитал, панзинорм

форте.

2. Умеренная антисекреторная терапия - маалокс, гастал, антагонисты H<sub>2</sub>-рецепторов (ранитидин,

гастротин 150 мг х 2 раза не менее 2 недель), ингибиторы протонной помпы (омепразол, париет 20 мг 2

раза не менее 2 недель).

3. Купирование болевого синдрома: дюспаталин, дротаверин-НС по 2 мл в/м не менее 2 раз, 5-7 дней,

платифиллин гидротартат по 1 мл п/к, ревалгин в таблетках.

4. При диспепсических расстройствах: прокинетики (имодиум, метоклопрамид по 10 мг х 3 раза в течение 2-

3 недель).

Хронический алкогольный гепатит (K70.1)

Немедикаментозное лечение:

Промежуточная точка лечения:

уменьшение болевого, диспепсического и астенического синдромов, снижение биохимической активности.

Конечная точка лечения:

исчезновение клинических симптомов заболевания, нормализация лабораторных показателей и восстановление

функции печени (стойкая и длительная клинико-биохимическая ремиссия).

Показания к плановой госпитализации:

обострение заболевания (выраженные болевой, диспепсический, астенический синдромы, выраженный

цитолитический и холестатический синдромы, печеночная энцефалопатия), уточнение диагноза.

Показания к экстренной госпитализации:

нет.

Лечение:

отказ от употребления алкоголя, диета N 5.

Лекарственные препараты для амбулаторного лечения и после выписки из стационара:

эссенциале Н по 2 капсулы 3 раза в сутки 2 месяца 2 раза в год, фосфоглив по 2 капсулы 3 раза в сутки,

ферментные препараты: мезим-форте, креон (10000, 25000), панкреатин, пензитал по 1 таб. 3 р./сутки 1

месяц 2 раза в год.

Хронический гепатит В-вирусной этиологии (В18.1)

Немедикаментозное лечение:

Промежуточная точка лечения:

уменьшение болевого, диспепсического и астенического синдромов, снижение показателей клинико-

биохимической активности (билирубин, трансаминазы, ЩФ), исчезновение ДНК вируса гепатита В.

Конечная точка лечения:

стойкая клинико-биохимическая ремиссия, стойкий вирусологический ответ (ДНК гепатита В отриц.).

Показания к плановой госпитализации:

выраженная биохимическая активность заболевания, уточнение диагноза, проведение пункционной биопсии

печени, подбор противовирусной терапии.

Показания к экстренной госпитализации:

нет.

Лечение:

диета N 5. Из рациона исключают жареные, копченые, маринованные блюда, тугоплавкие жиры (свинина, баранина). Категорически запрещается алкоголь в любых видах.

Пероральная дезинтоксикация в объеме 2-3 литров жидкости в сутки (некрепко заваренного чая с молоком, медом, вареньем, а также отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод

Лекарственные препараты для амбулаторного лечения и после выписки из стационара:

вопросы специфической, в т.ч. и противовирусной терапии (пегасис, рибоверин Верте, рибапек, рибамидин, реаферон ЕС), определяются в индивидуальном порядке только специалистами ЦНИИГ или КИБ N 1.

Гепатопротекторы: фосфоглив 2 капс. 3 р./сутки 2 месяца 2 раза в год.

### **Организация ухода с учетом возрастных особенностей пациента.**

- Оказание помощи при осуществлении гигиенических процедур
- Оказание помощи при переодевании
- Оказание помощи при кормлении
- Оказание помощи при передвижении
- Постоянный контроль основных биометрических параметров больного, таких как температура, артериальное давление, частота пульса и др., а также составление дневника наблюдений
- Контроль приема лекарств в соответствии с рекомендациями врача.
- Профилактика пролежней
- Поддержание физической формы за счет занятий лечебной физкультурой.
- Проведение восстановительного массажа
- Приспособление жилого помещения к потребностям и нуждам конкретного пациента, с целью повышения безопасности и недопущения падений
- Освоение и принятие нового сложившегося образа жизни с ограниченными возможностями вследствие симптомов болезни или последствий перенесенных осложнений, операций, травм.
- Соблюдение санитарно-гигиенических и противоэпидемических рекомендаций
- Обучение использованию систем доставки лекарственных средств (ингаляторы, небулайзеры, шприц-ручки и т.д.)
- Обучение использованию средств самоконтроля состояния (тонометры, глюкометры, пикфлоуметры и т.д.)
- Обучение правилам подготовки к диагностическим исследованиям, сбору биологических материалов
- Обучение проведению простейших физиопроцедур



## ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

1. ФГОС СПО по специальности 31.02.01 «Лечебное дело», углубленная подготовка, утвержденный приказом Министерства образования и науки РФ от 12.05.2014 г. № 502.
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 N 24726)
3. ГОСТ Р 52623.1-2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования - [http://standartgost.ru/0/220/101/258-pervaya\\_pomosch](http://standartgost.ru/0/220/101/258-pervaya_pomosch)
4. ГОСТ Р 52623.2-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия [http://standartgost.ru/0/220/101/258-pervaya\\_pomosch](http://standartgost.ru/0/220/101/258-pervaya_pomosch)
5. ГОСТ Р 52623.3-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода [http://standartgost.ru/0/220/101/258-pervaya\\_pomosch](http://standartgost.ru/0/220/101/258-pervaya_pomosch)
6. ГОСТ Р 52623.4-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств [http://standartgost.ru/0/220/101/258-pervaya\\_pomosch](http://standartgost.ru/0/220/101/258-pervaya_pomosch)
7. [https://www.gosminzdrav.ru/Стандарты медицинской помощи.](https://www.gosminzdrav.ru/Стандарты_медицинской_помощи)
8. [http://femb.ru/ Государственная фармакопея](http://femb.ru/)
9. Инфекционные болезни : учебник / Н. Д. Ющук, Г. Н. Кареткина, Л. И. Мельникова. - 5-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 512 с.
10. Клиническая фармакология: учебник /Н.В. Кузнецова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
11. Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. училищ и колледжей / Б. И. Зудин, Н. Г. Кочергин, А. Б. Зудин. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970431245.html>
12. Неврология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Национальные руководства")." - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
13. Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435694.html>
14. Психические болезни с курсом наркологии: учебник / Ю.Г. Тюльпин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

15. Лечение пациентов терапевтического профиля: учебное пособие / В.Г. Лычев, В.К. Карманов — М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2015. — 341 с. — (Профессиональное образование)