



Фонд оценочных средств

по дисциплине Поликлиническое дело

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования - программа специалитета
31.05.01 Лечебное дело

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

1. При наджелудочковой тахикардии с участием дополнительных путей проведения (Вольф-Паркинсон-Уайта) циркуляция импульса происходит
А. В пределах предсердий
В.В атриовентрикулярном узле
С. + Включает предсердия, АВ-узел, пучок Гиса и одну из его ветвей и пучок Кента
D. В пучке Гиса
2. Для повышения эффективности повторных попыток электрической дефибрилляции рекомендуется в/в введение
А.+ Адреналина
В.b-блокаторов
С.Хлористого кальция
D. Всех перечисленных препаратов
3. Ускользящим (выскальзывающим) ритмом называют идущую подряд группу выскальзывающих сокращений числом
А.более 2
В. + более 3
С.более 4
D.более 5
4. Уширение комплексов QRS на ЭКГ может наблюдаться при
А.эктопическом образовании импульсов желудочках
В.нарушении внутрижелудочковой проводимости
С.синдроме предвозбуждения желудочков
D. + всех перечисленных состояниях
5. Согласно наиболее распространенной классификации антиаритмических препаратов выделяют
А.2 класса
В.3 класса
С.+ 4 класса
D.5 классов



6. При атриовентрикулярной блокаде 3-ей степени на ЭКГ отмечаются
А.+ Выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения или желудочков
В.Выпадение комплексов QRS
С.Удлинение интервала PR
D.Все ответы правильные
7. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсон-Уайта на ЭКГ является:
А.Укорочение интервала PR
В.Уширение комплекса QRS
С.+ «Дельта» – волна
D.Дискордантное смещение сегмента ST
8. Причиной возникновения двунаправленной желудочковой тахикардии чаще всего является:
А.+ Интоксикация сердечными гликозидами
В.Острый инфаркт миокарда
С.Острый миокардит
D.Приём симпатомиметиков
9. Причинами синусовой тахикардии, не связанной с физической нагрузкой могут быть
А.Тиреотоксикоз
В/Анемия
С.Феохромоцитома
D.+ Всё перечисленное
10. При атриовентрикулярной блокаде I степени на ЭКГ отмечается
А+ Удлинение интервала PR
В Выпадение комплексов QRS
С Атриовентрикулярная диссоциация
D Всё перечисленное
11. Ускоренными эктопическими ритмами сердца называют
А Выскальзывающие ритмы сердца
В Эктопические ритмы сердца с частотой менее 60 в минуту
С + Эктопические ритмы сердца с частотой более 60 в минуту, но менее 100 в минуту
D Правильного ответа нет
12. Противопоказаниями к назначению б-адреноблокаторов являются
А Выраженная брадикардия (менее 50 в мин.)
В Бронхиальная астма
С Декомпенсированный сахарный диабет
D + Всё перечисленное
13. Препарат, урежающий частоту сердечных сокращений при мерцательной аритмии как у больных с синдромом Вольф-Паркинсон-Уайта, так и без предвозбуждения желудочков
А Новокаиномид
В + Кордарон
С Ритмилен
D Лидокаин



14. Основным показанием для назначения длительного мониторинга ЭКГ больных с заболеваниями сердца является
А Выявление бессимптомных аритмий
В Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ
С + Оба ответа правильные
D Правильного ответа нет
15. Имплантация кардиостимулятора показана
А + только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения)
В всем больным с ЭКГ - признаками синдрома слабости синусового узла
С больным с синоатриальной блокадой 2-й степени
D всё перечисленное
16. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа 1 ("Мобитц I") характерно
А.Постоянство интервала PR
В.Частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса
С.+ Прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS
D.Всё перечисленное
17. Эктопическим ритмом называют
А.Ритмы с частотой менее 60 в минуту
В.+ Любой ритм, кроме синусового
С.Ритмы с частотой более 100 в минуту
D.Все ответы правильные
18. Наиболее опасным вариантом тахикардии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсон-Уайта является:
А.+ Мерцательная аритмия
В.Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия
С.Правильного ответа нет
D.Оба ответа верны
19. Признаком атриовентрикулярной блокады II степени является
А.Удлинение интервала PR
В.Уширение комплексов QRS
С.+ Выпадение комплексов QRS
D.Всё перечисленное
20. При тахикардии с узкими комплексами QRS источник ритма может находиться в любом из перечисленных отделов сердца, кроме:
А.+ Ветвей пучка Гиса
В.Предсердий
С.Атриовентрикулярного узла
D.Пучка Гиса
21. Согласно клиническим рекомендациям больные с ишемической болезнью сердца относятся
А.к группе низкого риска



- В.к группе умеренного риска
- С.к группе высокого риска
- D.+ к группе высокого и очень высокого риска

22. Нижняя допустимая граница снижения артериального давления
A.+ 110/70 мм рт.ст.
B.130/90 мм рт.ст.
C.140/100 мм рт.ст.
D.140/90 мм рт.ст.
23. Показанием к госпитализации является
A.стенокардия Принцметала
B.впервые возникшая стенокардия напряжения
C.частая стенокардия напряжения и покоя
D.+ все перечисленное
24. Верное утверждение
Приступ вариантной стенокардии чаще всего провоцируется физической нагрузкой
Для предупреждения приступов вариантной стенокардии целесообразно использовать А
b-адреноблокаторы
В + Вариантная стенокардия возникает в результате спазма коронарных артерий
С Вариантная стенокардия относится к стабильным формам ИБС
25. Не соответствует понятию «стенокардия»
A. иррадиация болей в нижнюю челюсть
B. возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этажа)
C. боли сопровождаются чувство нехватки воздуха
D. + длительность болей 40 мин и более
26. К патогенетическим механизмам развития стенокардии относятся все, кроме
A. стеноз коронарных артерий
B. + тромбоз коронарных артерий
C. спазм коронарных артерий
D. чрезмерное увеличение потребности миокарда в кислороде
27. При заднедиафрагмальной локализации острого трансмурального инфаркта миокарда характерно наличие изменений на ЭКГ в отведениях
A. + 2-е, 3-е, AVF
B. 1-е, 2-е, AVL
C. 1-е, V5-V6
D. AVL, V1-V4
28. Маркером развития инфаркта миокарда в первые 4 часа от начала заболевания является
A. АСТ
B. ЛДГ
C. + КФК
щелочная фосфатаза



29. Наиболее точный лабораторный диагностический признак инфаркта миокарда трансаминазы
- A. СОЭ
 - B. С-реактивный белок
 - D. + тропонин
30. К антиагрегантам относится
- A. + аспирин (ацетилсалициловая кислота)
 - B. эналаприл
 - C. варфарин
 - D. нифедипин
31. К факторам риска развития ИБС относятся все, кроме
- A. употребление алкоголя, курение
 - B. + нефроптоз
 - C. гиподинамия
 - D. ожирение
32. К препаратам, используемым с целью антиагрегантной терапии, относится
- A. гепарин
 - B. варфарин
 - C. + клопидогрель
 - D. стрептокиназа
33. Для купирования приступа стенокардии применяют
- A. + Нитроглицерин
 - B. Ацетилсалициловую кислоту
 - C. Дилтиазем
 - D. Бисопролол
34. К заболеваниям, «имитирующим» приступ стенокардии относится
- A. калькуллезный холецистит
 - B. хронический колит
 - C. острый аппендицит
 - E. + ГЭРБ
35. Затянувшийся приступ стенокардии опасен высоким риском развития
- A. фибрилляции желудочков
 - B. асистолии
 - C. +инфаркта миокарда
 - D. разрыва стенки желудочка
36. Достоверный критерий положительной велоэргометрической пробы
- A. +депрессия ST более чем на 2 мм
 - B. уменьшение вольтажа зубцов на ЭКГ
 - C. подъем сегмента ST
 - D. тахикардия



37. У больных ИБС в коронарных артериях можно обнаружить
- А. жировые пятна и полосы
 - В. микроаневризмы
 - Е. +оба варианта верны
 - С. нет верного ответа
38. Ориентировочное время формирования постинфарктного рубца от момента приступа острой ишемии миокарда
- А. 2 недели
 - В. 3 дня
 - С. +4 недели
 - Д. 6 недель
39. Наиболее чувствительный и специфичный метод диагностики ИБС
- А. ЭХО-КГ и физическая нагрузка, сцинтиграфия миокарда и физическая нагрузка
 - В. ЭХО-КГ и лекарственные пробы, сцинтиграфия миокарда и лекарственные пробы
 - С. +оба варианта верны
 - Д. нет верного ответа
40. Большинство пациентов со стабильной хронической сердечной недостаточности имеют фракцию выброса левого желудочка
- А. +сохраненную
 - В. выше нормы
 - С. крайне низкий фракционный выброс левого желудочка
 - Д. сниженную
41. Для оценки систолической функции миокарда левого желудочка используется
- А. +расчет фракции выброса левого желудочка
 - В. E/e'
 - С. СДЛА
 - Д. диаметр восходящего отдела аорты
42. Инвазивная коронарография рекомендована
- А. +пациентам с СН и стенокардией, не поддающейся фармакологической терапии или симптомной желудочковой аритмией или остановкой сердца в анамнезе с целью установления диагноза ИБС и ее тяжести
 - В. всем пациентам с хронической сердечной недостаточности и сниженной фракцией левого желудочка
 - С. всем пациентам с хронической сердечной недостаточности и сохраненной фракцией левого желудочка
 - Д. пациентам с хронической сердечной недостаточности после аорто-коронарного шунтирования через год после вмешательства, для контроля состояния
43. У пациентов с хронической сердечной недостаточности нецелесообразно определение
- А. уровня креатинина с расчетом СКФ
 - В. электролитного состава крови
 - С. +уровня эстрогенов в сыворотке крови



D. липидного профиля

44. Ключевую роль в инструментальной диагностике хронической сердечной недостаточности играет
- A. ЭКГ
 - B. + ЭхоКГ
 - C. УЗИ печени
 - D. Рентген органов грудной клетки
45. Нагрузочный тест у пациентов с хронической сердечной недостаточности не проводится для
- A. выявления обратимой ишемии миокарда
 - B. определения причины необъяснимой одышки
 - C. оптимизации назначения физических упражнений
 - D. +подбора дозы бета-блокаторов
46. Наиболее часто встречающийся симптом хронической сердечной недостаточности
- A. +одышка
 - B. отеки
 - C. утомляемость
 - D. учащенное сердцебиение
47. По данным 12 канальной ЭКГ у пациентов с хронической сердечной недостаточности можно оценить все, кроме
- A. нарушения проводимости
 - B. сердечного ритма
 - C. +диастолической функции миокарда левого желудочка
 - D. частоты сердечных сокращений
48. При лабораторной диагностике пациентов хронической сердечной недостаточности необходимо оценить все, кроме уровня
- A. креатинина и электролитов крови
 - B. +пролактина
 - C. печеночных ферментов и общего билирубина
 - D. эритроцитов, гемоглобина и общего белка
49. Типичным симптомом хронической сердечной недостаточности является
- A. +пароксизмальная ночная одышка
 - B. потеря аппетита
 - C. синкопальные состояния
 - D. спутанность мышления
50. Главным критерием декомпенсации сердечной недостаточности является гипотония
- A. синдром дыхательной недостаточности
 - B. потеря аппетита
 - C. +синдром задержки жидкости



4 000646 48702

51. Положение ортопноэ, одышка, акроцианоз, набухание шейных вен, асцит позволяют оценить стадию сердечной недостаточности как
- A. 1
 - B. 2А
 - C. +2Б
 - D. 3
52. Для кардиальной одышки характерно
- A. ослабление в горизонтальном положении за счет усиления притока крови к правым отделам сердца
 - B. усиление в вертикальном положении за счет ослабления притока крови к правым отделам сердца
 - C. +усиление в горизонтальном положении за счет усиления притока крови к правым отделам сердца
 - D. не зависит от положения тела
53. Для отеков, обусловленных правожелудочковой сердечной недостаточностью характерно
- A. первоначальное появление на лице, сочетание с периферическим акроцианозом, усиление утром, после пробуждения
 - B. +первоначальное появление на стопах и голенях, сочетание с периферическим акроцианозом, усиление к вечеру
 - C. первоначальное появление на стопах и голенях, сочетание с бледностью,
 - D. усиление утром, после пробуждения
 - E. отсутствие отеков
54. К типичным признакам сердечной недостаточности относится
- A. +отеки н/конечностей
 - B. обмороки
 - C. тахикардия
 - D. синкопальные состояния
55. Положение ортопноэ характерно для
- A. правожелудочковой недостаточности
 - B. тотальной сердечной недостаточности
 - C. + левожелудочковой недостаточности
 - D. не характерно для сердечно-сосудистой патологии
56. Причиной ХСН может быть
- A. +порок сердца
 - B. неспецифический язвенный колит
 - C. ТЭЛА
 - D. очаговая пневмония
57. Причиной ХСН может быть
- A. выпотной плеврит
 - B. долевая пневмония
 - C. длительный прием иАПФ
 - D. +ИБС



58. Причиной ХСН может быть
- A. болезнь Крона
 - B. язвенная болезнь
 - C. +АГ
 - D. длительный прием НПВП
59. К ранним клиническим симптомам ХСН относят
- A. +появление одышки при физической нагрузке
 - B. влажные хрипы в легких
 - C. появление гидроторакса
 - D. асцит
60. К поздним клиническим симптомам ХСН относят
- A. появление цианоза губ при физической нагрузке
 - B. снижение толерантности к выраженной нагрузке
 - C. +увеличение печени
 - D. появление одышки при физической нагрузке
61. Целевым уровнем ХС-ЛПНП у больных с ИБС является?
- A. < 3,5 ммоль/л
 - B. < 2 ммоль/л
 - C. < 2,5 ммоль/л
 - D. +< 1,4 ммоль/л
62. К клиническим формам инфаркта миокарда не относится
- A. Астматическая
 - B. +Ренальная
 - C. Церебральная
 - D. Абдоминальная
63. Для стенокардии не характерно
- A. +длительность болей более 1 часа
 - B. иррадиация болей в нижнюю челюсть
 - C. возникновение болей при физической нагрузке
 - D. выявление при проведении коронарографии стеноза коронарных артерий
64. Ангинозные боли, возникающие при физической нагрузке, относятся к стенокардии
- A. покоя
 - B. +напряжения
 - C. стенокардии Принцметала
 - D. нестабильной
65. Изменения в общем анализе крови пациентов с инфарктом миокарда
- A. Лейкопения
 - B. Тромбоцитоз
 - C. Тромбопения
 - D. +Лейкоцитоз



66. Фракцию выброса ЛЖ можно определить при проведении
- А. ЭКГ
 - В. МРТ сердца
 - С. +Эхо-КГ
 - Д. Суточного мониторирования ЭКГ (Холтеровское)
67. Для стенокардии не характерно
- А. исчезновение болей в покое
 - В. +загрудинная боль, длящаяся часами
 - С. купирование боли нитроглицерином.
 - Д. длительность болей до 2-5 минут
68. Самая частая причина смерти при остром инфаркте миокарда:
- А. +нарушения ритма
 - В. кардиогенный шок
 - С. левожелудочковая недостаточность
 - Д. разрыв миокарда
69. При стенокардии наиболее эффективны
- А. антагонисты кальция
 - В. антикоагулянты
 - С. антиоксиданты
 - Д. +бета-блокаторы
70. К первой линии препаратов для лечения стабильной стенокардии не относят
- А. +Ивабрадин
 - В. Бета-блокаторы
 - С. Аспирин
 - Д. Статины
71. К препаратам второй линии для лечения стабильной стенокардии относят
- А. Бета-блокаторы
 - В. Аспирин
 - С. +Ингибиторы АПФ
 - Д. Статины
72. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда эффективна в первые
- А. 2 часа
 - В. +6 часов
 - С. 8 часов
 - Д. 24 часа
73. К нагрузочным тестам для диагностики ИБС не относят:
- А. Велоэргометрию
 - В. Тредмилл тест
 - С. Спироэргометрию
 - Д. +Холтеровское мониторирование



74. У пациента с ИБС стенокардия возникает при спокойной ходьбе на расстояние 100 м или подъеме по лестнице на 1 пролет функциональный класс стенокардии по классификации Канадского кардиоваскулярного общества
- A. IФК
 - B. IIФК
 - C. +IIIФК
 - D. IV ФК
75. К факторам риска ИБС относят
- A. Курение
 - B. Ожирение
 - C. Мужской пол
 - D. +Все перечисленное верно
76. Определение понятия «стенокардия»
- A. +Клиническое проявление транзиторной ишемии миокарда, которая возникает в результате остро наступающего несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой
 - B. Клиническое проявление некроза миокарда, который возникает в результате остро наступающего несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой
 - C. Клиническое проявление транзиторной ишемии эндокарда, которая возникает в
 - D. результате остро наступающего несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой
 - E. Клиническое проявление транзиторной ишемии миокарда, которая возникает в
 - F. результате хронически нарастающего несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой
77. Препараты выбора при лечении АГ в сочетании с ИБС
- A. Антагонисты кальция
 - B. Тиазидные диуретики
 - C. +Бета-блокаторы
 - D. Ингибиторы АПФ
78. Фибрилляция предсердий чаще всего развивается при
- A. Остром легочном сердце
 - B. Хроническом легочном сердце
 - C. Аортальной недостаточности
 - D. +ИБС
79. Противопоказание для проведения ЭКГ-пробы с физической нагрузкой
- A. Оценка трудоспособности больных ИБС
 - B. Оценка эффективности лечения
 - C. +ИБС, нестабильная стенокардия
 - D. Оценка степени риска у больных с ИБС
80. Наиболее частая причина ХСН
- A. Амилоидоз сердца



- В. +ИБС
- С. Гипертоническая болезнь
- Д. Миокардит

81. Механизмы, лежащие в основе патогенеза стенокардии
- А. Атеросклеротическое поражение КА и невозможность обеспечения повышенных
 - В. потребностей (фиксированная коронарная обструкция – стабильная стенокардия)
 - С. Преходящее сосудистое тромбообразование – тромбоцитарные агрегаты (нестабильная стенокардия)
 - Д. Снижение коронарного кровотока из-за спазма или повышения тонуса КА (динамическая обструкция)
 - Е. +Все перечисленное верно
82. Антиагрегант, применяющийся при ИБС
- А. +Тромбо-асс
 - В. Фраксипарин
 - С. Урокиназа
 - Д. Варфарин
83. Для диагностики ИБС применяется:
- А. Исследование скорости распространения пульсовой волны
 - В. Импедансная реовазография
 - С. +ЭКГ-проба с чреспищеводной электрической кардиостимуляцией предсердий
 - Д. Трансторакальная эхокардиография
84. Показание для проведения ЭКГ пробы с физической нагрузкой
- А. Острый период инфаркта миокарда
 - В. +Сомнительный диагноз ИБС
 - С. Выраженный аортальный стеноз
 - Д. ИБС, нестабильная стенокардия
85. Препарат выбора при ангинозном приступе
- А. +Нитроглицерин
 - В. Атенолол
 - С. Бисопролол
 - Д. Аспирин
86. Противопоказание для терапии бета-блокаторами при нестабильной стенокардии
- А. Р-Q интервал более 0,24 сек.
 - В. Частота сердечных сокращений менее 50 в 1 мин.
 - С. Систolicеское АД менее 90 мм рт. ст.
 - Д. +Все перечисленное верно
87. К факторам риска ИБС относится
- А. Употребление алкоголя
 - В. Повышенная физическая нагрузка
 - С. +Артериальная гипертензия



D. Гиперурикемия

88. Доза аспирина при подозрении на инфаркт миокарда
- A. 125 мг
 - B. +500 мг
 - C. 75 мг
 - D. 1000 мг
89. Показание к хирургическому лечению при инфаркте миокарда
- A. +Внутренние разрывы миокарда
 - B. Перикардит
 - C. Синдром Дресслера
 - D. Кардиогенный шок
90. Осложнение позднего периода инфаркта миокарда
- A. Синдром Дресслера
 - B. Аритмии и блокады сердца
 - C. Кардиогенный шок
 - D. +Все перечисленное верно
91. ЭКГпризнак мерцательной аритмии
- A. отсутствие зубца Р
 - B. беспорядочные волны f
 - C. интервалы RR разные
 - D. +все перечисленное
92. Частота сокращений предсердий при их фибрилляции
- A. 200-400 в мин
 - B. 100-120 в мин
 - C. +350-700 в мин
 - D. 120-140 в мин
93. Частота сокращений предсердий при их трепетании
- A. 350-700 в мин
 - B. +200-400 в мин
 - C. 100-120 в мин
 - D. 120-140 в мин
94. ЭКГ признаки трепетания предсердий все, кроме
- A. отсутствия зубца Р
 - B. +расширение комплекса QRS
 - C. появления волн F
 - D. интервалы RR разные
95. К фатальным аритмиям относят:
- A. синусовую тахикардию
 - B. мерцательную аритмию
 - C. желудочковую экстрасистолию



D. +фибрилляцию желудочков

96. ЭКГ картина трепетания желудочков напоминает параболу
- A. зубцы пилы
 - B. +синусоиду
 - C. изолинию
97. Частота сокращений желудочков при их трепетании
- A. 100-120 в мин
 - B. +250-300 в мин
 - C. 400-500 в мин
 - D. более 600 в мин
98. Клиника фибрилляции желудочков представлена картиной
- A. биологической смерти
 - B. эпилепсии
 - C. обморока
 - D. +клинической смерти
99. ЭКГ признаки фибрилляции желудочков
- A. отсутствие желудочковых комплексов
 - B. беспорядочные нерегулярные волны f, разные по форме и амплитуде
 - C. частота волн f 200-600 и более
 - D. +все перечисленное
100. Для купирования фибрилляции желудочков показано
- A. прекардиальный удар, сердечно-легочная реанимация
 - B. введение антиаритмиков
 - C. дефибрилляция
 - D. +все перечисленное
101. Критерий эффективного лечения фибрилляции желудочков
- A. сужение зрачков
 - B. появление спонтанного дыхания
 - C. появление пульса на сонных артериях
 - D. +все перечисленное
102. При асистолии желудочков применяют
- A. адреналин
 - B. соду
 - C. эуфиллин
 - D. +все перечисленное
103. Для купирования фибрилляции желудочков не используют
- A. +Дигоксин
 - B. Адреналин
 - C. Лидокаин



D. Новокаиномид

104. ЭКГ-признак неполной А-В блокады I степени

- A. расширение комплекса QRS
- B. дискордантное смещение сегмента ST
- C. +удлинение интервала PQ
- D. инверсия зубца T

105. ЭКГ-признак неполной А-В блокады II степени I типа

- A. Постепенное удлинение интервала PQ
- B. Выпадение комплекса QRS
- C. Комплекс QRS не деформирован
- D. +Все перечисленное

106. Не относится к ЭКГ-признакам неполной А-В блокады II степени II типа

- A. периодического выпадения комплекса QRS
- B. +постепенное удлинение интервала PQ
- C. интервалы PQ равны между собой
- D. комплекс QRS не деформирован

107. ЭКГ-признак неполной А - В блокады II степени III типа

- A. +выпадение нескольких комплексов QRS подряд
- B. деформация комплекса QRS
- C. инверсия зубца P
- D. все перечисленное

108. Для ЭКГ-картины блокады правой ножки пучка Гиса не характерно

- A. комплекс QRS расширен более 0,12 с. во всех отведениях
- B. комплекс QRS в виде буквы «М» в V1-V2
- C. +комплекс QRS не изменен
- D. широкий зубец S в V5-V6

109. ЭКГ-признак блокады левой ножки пучка Гиса

- A. расширение комплекса QRS более 0,12 с
- B. широкий расщепленный комплекс QRS в I, aVL, v4-v6
- C. в отведениях v1-v3, aVF, III – форма QRS в виде rS или QS
- D. +все перечисленное

110. В отношении безболевой ишемии миокарда неверно утверждение

- A. Принципы лечения те же, что и типичной стенокардии
- B. Прогноз тот же, что и при болевой форме ИБС
- C. +Наиболее часто выявляется у лиц с установленным диагнозом ИБС
- D. Основой диагноза являются изменения ЭКГ

111. Больной 46 лет, ночью стали возникать приступы загрудинных болей, во время которых на ЭКГ регистрировался преходящий подъем сегмента ST. Вероятный диагноз

- A. инфаркт миокарда
- B. развитие постинфарктной аневризмы



- C. +стенокардия Принцметала
D. тромбоэмболия ветвей легочной артерии
112. У больного с острым инфарктом миокарда (1-е сут) развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS уширен ($>0,12$ с) и деформирован, число желудочковых сокращений — 150 в мин. Вероятный диагноз
- A. пароксизм мерцания предсердий
 - B. +желудочковая пароксизмальная тахикардия
 - C. трепетание предсердий
 - D. наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
113. Больной 48 лет, доставлен в клинику по поводу острого трансмурального переднеперегородочного инфаркта миокарда. Появились одышка, тахипноэ, снижение АД до 100/70 мм рт. ст., тахикардия до 120 в минуту. В нижних отделах легких появились влажные хрипы. В 3-4-м межреберье по левому краю грудины стал выслушиваться интенсивный систолический шум с ритмом галопа. Насыщение крови кислородом в правом желудочке увеличено. Вероятный диагноз
- A. разрыв наружной стенки желудочка
 - B. +разрыв межжелудочковой перегородки
 - C. эмболия легочной артерии
 - D. эпистенокардический перикардит
114. ЭКГ выявляет инфаркт заднебоковой локализации в отведениях
- A. AVL, V5-V6
 - B. +2, 3 стандартные, AVF, V5-V6
 - C. 2, 3 стандартные, AVF
 - D. V3-V6
115. У больного 52 лет с острым передним инфарктом миокарда возник приступ удушья. При осмотре: диффузный цианоз, в легких большое количество влажных разнокалиберных хрипов. ЧСС 100 уд./мин. АД 120/100 мм рт. ст. Наиболее вероятно осложнение
- A. +отек легких
 - B. кардиогенный шок
 - C. тромбоэмболия легочной артерии
 - D. разрыв межжелудочковой перегородки
116. Диагнозу: Гипертоническая болезнь 1 ст. у больного 35 лет не соответствует
- A. +зубец R в V5-V6 равен 32 мм
 - B. отсутствие изменений глазного дна
 - C. клубочковая фильтрация 80 мл/мин
 - D. быстрая нормализация АД
117. Артериальная гипертензия пароксизмального типа наблюдается при
- A. узелковом периартериите
 - B. синдроме Иценко-Кушинга
 - C. +феохромоцитоме
 - D. акромегалии



4 000646 48702

118. Причина артериальной гипертензии у больной со следующими клиническими признаками: внезапное появление головной боли на фоне резкого повышения АД, сопровождающееся тошнотой, тахикардией, бледностью кожных покровов, после приступа — полиурией
- А. синдром Конна
 - В. +феохромоцитома
 - С. климактерический синдром
 - Д. тиреотоксикоз
119. Для полной АВ-блокады не характерно
- А. учащение пульса при физической нагрузке
 - В. частота пульса 36 в мин
 - С. правильный ритм
 - Д. увеличение систолического артериального давления
120. У 42-летнего больного, страдающего митральным пороком сердца, после перенесенной ангины появились частые предсердные экстрасистолы, ощущаемые больным как неприятные «толчки» в груди. Данное нарушение ритма грозит
- А. +появлением мерцательной аритмии
 - В. развитием недостаточности кровообращения
 - С. возникновением пароксизмальной тахикардии
 - Д. развитием фибрилляции желудочков
121. Причиной мерцательной аритмии не может быть
- А. ИБС
 - В. +нейроциркуляторная дистония
 - С. тиреотоксикоз
 - Д. дилатационная кардиомиопатия
122. Удлинение PQ=0,28 с наблюдается при
- А. блокаде синоatriального проведения
 - В. блокаде атриовентрикулярного проведения 2-й степени
 - С. блокады атриовентрикулярного проведения 3-й степени
 - Д. +блокаде атриовентрикулярного проведения 1-й степени
123. Больная 52 лет жалуется на кратковременные боли в области сердца. Больна 2 нед. после ОРЗ. На ЭКГ — снижение сегмента ST на 1,5 мм и отрицательный зубец Т. СОЭ — 45 мм/ч. Вероятный диагноз
- А. климактерическая кардиомиопатия
 - В. ИБС
 - С. +миокардит
 - Д. перикардит
124. У 22-летнего мужчины с детства замечали систолический шум на основании сердца. АД 150/100 мм рт. ст. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка, неровные, зазубренные нижние края 5–7 ребер с обеих сторон. Снижение пульсации на ногах. Вероятный диагноз
- А. стеноз устья аорты
 - В. дефект межпредсердной перегородки



- C. дефект межжелудочковой перегородки
- D. +коарктация аорты

125. 18-летний больной направлен для обследования военкоматом. Развивался нормально. Над основанием сердца определяется грубый систолический шум с эпицентром во 2-м межреберье у правого края грудины, проводится на сонные артерии. Второй тон над аортой ослаблен. Пульс — 64 в минуту, ритмичный. АД плечевой артерии — 95/75 мм рт. ст., на бедренной артерии АД — 110/90 мм рт. ст. Вероятный диагноз
- A. сочетанный порок сердца
 - B. +стеноз устья аорты
 - C. коарктация аорты
 - D. открытый артериальный проток
- A. Пациент 19 лет направлен на обследование с предположительным диагнозом «митральный порок сердца». При осмотре был выявлен систолический шум на верхушке сердца. Наиболее информативен для подтверждения или исключения диагноза порока сердца метод обследования
- B. +эхокардиография
 - C. ЭКГ
 - D. рентгеноскопия грудной клетки
 - E. исследование крови на титры антистрептококковых антител
126. Оценка перфузии миокарда оценивается по шкале
- A. +TIMI
 - B. Zwolle
 - C. Killip
 - D. SCORE
127. Пациентам с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST для обнаружения острой окклюзии или осложненного стеноза артерии рекомендуется проведение
- A. эхокардиографии
 - B. +чрескожного коронарного вмешательства
 - C. сцинтиграфии миокарда
 - D. спиральной компьютерной томографии сердца
128. Пациенты с ≤ 3 баллами по шкале Zwolle имеют риск 30-дневной смертности
- A. 10%
 - B. 50%
 - C. 5%
 - D. +0,5%
129. Пациенты с ≤ 3 баллами по шкале Zwolle могут быть безопасно выписаны из стационара в первые
- A. 24 часа
 - B. +72 часа
 - C. 12 часов
 - D. 48 часов



4 000646 48702

130. Первичное чрескожное коронарное вмешательство пациентам с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST проводится
- A. если время от начала симптомов не превышает 48 часов
 - B. если время от начала симптомов превышает 48 часов
 - C. в многопрофильном стационаре
 - D. +в стационаре с возможностью проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ-центре)
131. Начальная доза бисопролола у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST
- A. +1,25–2,5 мг 1 раза/сутки
 - B. 125–6,25 мг 2 раза/сутки
 - C. 12,5–25 мг 2–3 раза/сутки
 - D. 5 мг 1 раза/сутки
132. Повторный инфаркт миокарда – это инфаркт миокарда
- A. развившийся в течение 28 суток после предшествующего инфаркта миокарда
 - B. при котором в ранние сроки заболевания имеют место стойкие (длительностью более 20 минут) подъемы сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях на электрокардиографии
 - C. развившийся в результате острого повреждения (некроза) миокарда вследствие ишемии
 - D. +развившийся через 28 суток и позднее после предшествующего инфаркта миокарда
133. После успешной тромболитической терапии рекомендуется ранняя коронарография в течение
- A. 30 минут после начала тромболизиса
 - B. 10 минут после начала тромболизиса
 - C. +2–24 часов после начала тромболизиса
 - D. 48 часов после начала тромболизиса
134. При выявлении на аутопсии инфаркта миокарда в сочетании со свежим или недавно возникшим атеротромбозом в инфаркт-связанной коронарной артерии инфаркт миокарда 3 типа должен быть реклассифицирован в инфаркт миокарда
- A. +1 типа
 - B. 2 типа
 - C. 4 типа
 - D. 5 типа
135. При диспансерном наблюдении пациентов, перенесших инфаркт миокарда, контролируются показатели
- A. прокальцитонин
 - B. щелочная фосфатаза
 - C. +частота сердечных сокращений
 - D. уровень трансаминаз
136. Если персонал скорой медицинской помощи рассчитывает, что время от момента постановки диагноза острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST до первичного



чрескожного коронарного вмешательства превысит 120 минут, и от начала симптомов прошло не более 12 часов, пациенту показано проведение

- A. +тромболитической терапии
- B. аблации
- C. первичного чрескожного коронарного вмешательства
- D. электроимпульсной терапии

137. Признаки I класса острой сердечной недостаточности по Killip

- A. III тон, влажные хрипы в нижних отделах легких
- B. +нет признаков сердечной недостаточности
- C. кардиогенный шок
- D. отек легких, влажные хрипы выше углов лопаток

138. Признаки II класса острой сердечной недостаточности по Killip

- A. отек легких, влажные хрипы выше углов лопаток
- B. нет признаков сердечной недостаточности
- C. +III тон, влажные хрипы в нижних отделах легких
- D. кардиогенный шок

139. Признаки III класса острой сердечной недостаточности по Killip

- A. кардиогенный шок
- B. нет признаков сердечной недостаточности
- C. III тон, влажные хрипы в нижних отделах легких
- D. +отек легких, влажные хрипы выше углов лопаток

140. Признаки IV класса острой сердечной недостаточности по Killip

- A. +кардиогенный шок
- B. нет признаков сердечной недостаточности
- C. III тон, влажные хрипы в нижних отделах легких
- D. отек легких, влажные хрипы выше углов лопаток

141. Продолжительность программы кардиореабилитации у пациентов, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST

- A. 1-2 года
- B. 3-6 месяцев
- C. +8–12 недель
- D. 2-3 недели

142. Реперфузионная терапия для снижения риска смерти рекомендуется всем пациентам с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и длительностью симптомов менее

- A. 24 часов
- B. +12 часов
- C. 18 часов
- D. 48 часов

143. Рецидив инфаркт миокарда – это инфаркт миокарда

- A. при котором в ранние сроки заболевания имеют место стойкие (длительностью более 20 минут) подъемы сегмента ST как минимум в двух смежных отведениях на электрокардиографии



- В. развившийся в результате острого повреждения (некроза) миокарда вследствие ишемии
- С. развившийся через 28 суток и позднее после предшествующего инфаркта миокарда
- Д. +развившийся в течение 28 суток после предшествующего инфаркта миокарда

144. К поражению органов-мишеней при ГБ не относится

- А. гипертрофия левого желудочка
- В. атеросклеротическая бляшка магистральных сосудов
- С. +синдром обструктивного апноэ во сне
- Д. гипертоническая ретинопатия

145. Особенности питания при АГ включают

- А. только ограничение животных насыщенных жиров
- В. вегетарианскую диету
- С. исключение из рациона всех масел
- Д. +менее 5 г поваренной соли в день

146. Основные факторы риска АГ

- А. высокая физическая нагрузка
- В. +избыточная масса тела и ожирение
- С. принадлежность к монголоидной расе
- Д. женский пол

147. Повышению АД способствует прием

- А. антацидов
- В. дротаверина
- С. +оральных контрацептивов
- Д. аллопуринола

148. К факторам риска развития ишемической болезни сердца не относится

- А. курение
- В. сахарный диабет
- С. гиперхолестеринемия
- Д. +женский пол

149. Для купирования желудочковых нарушений ритма сердца у больных ИБС предпочтение отдается

- А. +лидокаину
- В. новокаинамиду
- С. амиодарону
- Д. соталолу

150. «Золотой стандарт» в оценке размеров и объема камер сердца, массы миокарда, сократительной функции

- А. коронарография
- В. +магнитно-резонансная томография
- С. радионуклидная диагностика
- Д. катетеризация сердца



151. Наиболее информативный неинвазивный метод диагностики для оценки состояния коронарных артерий
- A. +мультиспиральная компьютерная томография
 - B. коронарография
 - C. радионуклидная диагностика
 - D. чреспищеводная эхокардиография
152. Наиболее распространенный вариант хронической сердечной недостаточности
- A. хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса
 - B. хроническая сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса
 - C. +хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка
 - D. нет правильного ответа
153. Наиболее современный методом мониторинга, используемым для оценки давления в легочной артерии с целью снижения риска повторных госпитализаций у симптомных пациентов с хронической сердечной недостаточностью
- A. ЭКГ по Холтеру
 - B. +имплантируемый гемодинамический монитор
 - C. мониторинг с помощью транспищеводной и внутрисердечной эхокардиографией
 - D. мониторинг производительности сердца
154. Наиболее частая причина хронической сердечной недостаточности
- A. +ишемическая болезнь сердца
 - B. артериальная гипертензия
 - C. диабет
 - D. злоупотребление алкоголем
155. Для острой декомпенсации сердечной недостаточности характерно
- A. +выраженное обострение симптомов/признаков заболевания
 - B. повышение артериального давления
 - C. отрицательная динамика на ЭКГ
 - D. астеническое состояние
- A. Наряду с миокардиальным повреждением нейрогуморальные факторы оказывают неблагоприятное влияние на
- B. черпаловидный хрящ
 - C. мозг
 - D. +кровеносные сосуды
 - E. кишечник
156. Не является основным критерием при постановке диагноза «хроническая сердечная недостаточность»
- A. характерные симптомы и клинические признаки
 - B. объективные данные обследования, свидетельствующие о дисфункции сердца (в покое)



4 000646 48702

- C. положительный эффект от проводимой мочегонной терапии (в сомнительных случаях)
 - D. +наличие психоэмоционального расстройства
- 157. Основная причина хронической сердечной недостаточности в РФ
 - A. болезнь Крона
 - B. пороки сердца
 - C. +ишемическая болезнь сердца
 - D. миокардиты
- 158. Острая сердечная недостаточность характеризуется всем, кроме
 - A. высокой степенью опасности для жизни
 - B. +отсутствием необходимости госпитализации
 - C. резким ухудшением симптомов/признаков сердечной недостаточности
 - D. необходимостью проведения неотложных лечебных мероприятий
- 159. Патогенетическими механизмами, приводящими к систолической дисфункции левого желудочка, считаются
 - A. перерастяжение хорд
 - B. нарушение проводимости
 - C. воздействие токсических средств
 - D. +системный ответ на снижение систолической функции левого желудочка
- 160. Прессорными системами, имеющими ключевое значение в формировании хронической сердечной недостаточности, считаются
 - A. система вазопрессина
 - B. система эндотелина
 - C. система цитокинов
 - D. +симпатoadреналовая система
- 161. Признаками сердечной недостаточности являются все, кроме
 - A. повышение давления в яремных венах
 - B. хрипы в легких
 - C. +внутричерепная гипертензия
 - D. периферические отеки
- 162. Раннее проявление дисфункции миокарда при большинстве сердечно-сосудистых заболеваний
 - A. подъем АД
 - B. тахикардия
 - C. +нарушение активной релаксации миокарда
 - D. аритмия
- 163. Распространенность хронической сердечной недостаточности в общей популяции Российских граждан
 - A. +7%
 - B. $\leq 1\%$
 - C. 20%
 - D. 50%



164. Больным сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса левого желудочка не рекомендованы (в связи с отсутствием данных о положительном эффекте) препараты, относящиеся к группе
- A. +статинов
 - B. ингибиторов ангиотензинсин-превращающего фермента
 - C. фибринолитиков
 - D. бета-адреноблокаторов
165. Сердечная недостаточность может быть вызвана нарушением
- A. проводящей системы сердца
 - B. +структуры и/или функции сердца
 - C. физико-химических свойств крови
 - D. центральной регуляции работы сердца
166. Стартовые препараты, назначаемые как можно раньше у больных хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса левого желудочка
- A. ангиопротекторы
 - B. бета-адреномиметики
 - C. +бета-адреноблокаторы
 - D. ноотропы
167. Сердечная недостаточность — это состояние, при котором
- A. возникает дилатация сердца
 - B. возникает нарушение проводимости миокарда
 - C. возникает воспаление миокарда
 - D. +потребность миокарда в кислороде удовлетворяется только в результате повышения давления наполнения сердца
168. Современное понятие ЭХОКГ включает в себя ультразвуковое исследование сердца с применением
- A. +одномерным, двумерным и трехмерным режимом сканирования
 - B. дигитальной субтракционной ангиографии
 - C. эхо-нейромиографии
 - D. импульсно-, непрерывноволновой, цветовой и тканевой миокардиальной доплерографии
169. Механизм гипоксии миокарда при ИБС
- A. артериальная гипоксемия
 - B. снижение утилизации кислорода
 - C. +недостаточное поступление кислорода
 - D. все ответы верны
170. Целесообразно начать терапию пациенту 57 лет, страдающему ИБС (стенокардия II ФК) и артериальной гипертензией II степени
- A. с ингибиторов АПФ
 - B. +с бета-блокаторов
 - C. с комбинированных препаратов типа капозида
 - D. с петлевых диуретиков



171. Бисопролол и его аналоги применяются при ИБС, т.к. они
- А. +снижают потребность миокарда в кислороде
 - В. увеличивают сократительную способность миокарда
 - С. вызывают спазм периферических сосудов
 - Д. расширяют коронарные сосуды
172. Модифицируемый фактор риска при ИБС
- А. возраст
 - В. пол
 - С. семейный анамнез по ИБС
 - Д. +курение
173. Наиболее значимым фактором риска при ИБС
- А. характер трудовой деятельности
 - В. +артериальная гипертензия
 - С. этническая принадлежность
 - Д. частые ОРВИ
174. При высоком содержании холестерина ЛПНП риск развития ИБС
- А. умеренный
 - В. данный показатель не имеет значения
 - С. +высокий
 - Д. все ответы неверны
175. Фактором, уменьшающим риск развития ИБС, является
- А. подагра
 - В. +повышение уровня ЛПВП
 - С. наследственная отягощённость
 - Д. хроническая почечная недостаточность
176. К осложнениям ИБС следует отнести
- А. раннее менархе
 - В. феохромоцитому
 - С. +левожелудочковая сердечная недостаточность
 - Д. болезнь Рейно
177. Назначение атиенолола и его аналогов при ИБС способствует
- А. расширению коронарных сосудов
 - В. стабилизации массы тела
 - С. +снижению потребности миокарда в кислороде
 - Д. спазму периферических сосудов
178. При лечении ИБС эффективны
- А. лечебная физкультура
 - В. дозированная ходьба
 - С. специальные физические нагрузки
 - Д. +все ответы верны



179. Показания для госпитализации больных ИБС
- А. стабильная стенокардия напряжения ФК III ст
 - В. стабильная стенокардия напряжения ФК II ст
 - С. +впервые возникшая стенокардия
 - Д. проведения нагрузочных проб
180. Наиболее достоверный метод для выявления ИБС в сомнительных случаях
- А. ЭКГ
 - В. эхокардиограмма
 - С. +нагрузочные пробы
 - Д. тетраполярная реография
181. К понятию «острый коронарный синдром» относится
- А. ИМ с подъемом сегмента ST
 - В. ИМ без подъема сегмента ST
 - С. нестабильная стенокардия
 - Д. +все ответы верны
182. При подозрении на острый коронарный синдром врач должен:
- А. детально обследовать больного и принять вопрос о госпитализации
 - В. +оказать первую помощь и госпитализировать больного
 - С. вести больного в амбулаторных условиях
 - Д. направить больного в стационар дневного пребывания
183. Инструментальный метод исследования, не позволяющий подтвердить диагноз ИБС
- А. коронароангиография
 - В. ЭКГ в покое и при нагрузке
 - С. +рентгенография грудной клетки
 - Д. ЭхоКГ и стресс-ЭхоКГ
184. К факторам разрыва атеросклеротической бляшки относятся
- А. физические перегрузки
 - В. стресс
 - С. резкое пробуждение
 - Д. +все ответы верны
185. Современная классификация стабильной стенокардии предусматривает следующее количество функциональных классов
- А. два
 - В. пять
 - С. три
 - Д. +четыре
186. Целевой уровень ХС ЛПНП для пациентов высокого риска?
- А. < 3,0 ммоль/л
 - В. < 1,8 ммоль/л
 - С. + < 2,5 ммоль/л



D. $< 2,0$ ммоль/л

187. Какой целевой уровень ХС ЛПНП для пациентов очень высокого риска?

- A. $< 3,0$ ммоль/л
- B. $+ < 1,8$ ммоль/л
- C. $< 2,0$ ммоль/л
- D. $< 2,5$ ммоль/л

188. Для купирования приступа стенокардии показаны

- A. корвалол
- B. нитраты пролонгированного действия
- C. +нитраты короткого действия
- D. седативные средства

189. К факторам риска развития АГ не относится:

- A. курение
- B. ожирение
- C. гиподинамия
- D. +дефицит массы тела

190. Нормальное АД – это

- A. АД $<110/70$ мм рт. ст.
- B. +АД $<140/90$ мм рт
- C. АД $<150/90$ мм рт. ст.
- D. верного ответа нет

191. Для II стадии гипертонической болезни характерны следующие изменения:

- A. отек сосков зрительных нервов
- B. +гипертрофия левого желудочка
- C. отсутствие изменений со стороны сердечно-сосудистой системы
- D. инфаркт миокарда в анамнезе

192. Для III стадии гипертонической болезни не характерно

- A. геморрагии и экссудаты на глазном дне
- B. транзиторные ишемические атаки
- C. инфаркт миокарда в анамнезе
- D. +отсутствие изменений на глазном дне

193. Не относятся к антигипертензивным препаратам

- A. бета-адреноблокаторы
- B. антагонисты кальция
- C. диуретики
- D. +сердечные гликозиды

194. Антигипертензивный препарат валсартан относится к группе

- A. бета-адреноблокаторов
- B. +антагонистов рецепторов ангиотензина
- C. ИАПФ



D. диуретиков

195. К немедикаментозным методам лечения АГ не относится:

- A. +употребление алкоголя
- B. отказ от курения
- C. снижение потребления поваренной соли
- D. увеличение физической активности

196. Для быстрого купирования повышенного АД дома применяется

- A. кандесартан
- B. амлодипин
- C. +каптоприл
- D. индапамид

197. Рациональная комбинация антигипертензивных препаратов при сочетании АГ и сахарного диабета

- A. диуретики и антагонисты кальция
- B. +ИАПФ и антагонисты кальция
- C. диуретики и бета-адреноблокаторы
- D. ИАПФ и альфа-адреноблокаторы

198. У больных с повышенным АД при аускультации сердца выслушивается

- A. систолический шум во втором межреберье слева
- B. диастолический шум на верхушке
- C. ослабление I тона
- D. +акцент II тона на аорте

199. Роль ангиотензина II в патогенезе АГ

- A. стимулирует коллагенообразование
- B. усиливает секрецию альдостерона
- C. стимулирует пролиферацию гладкомышечных клеток
- D. +все ответы верны

200. Пациент с сочетанием АГ и сахарного диабета относится к группе риска сердечно-сосудистых осложнений

- A. низкого риска
- B. среднего риска
- C. высокого риска
- D. +очень высокого риска

201. В структуру модели оценки сердечно-сосудистой смертности (SCORE) входят

- A. возраст
- B. пол
- C. степень повышения АД
- D. +все ответы верны

202. Дополнительный метод обследования больных артериальной



гипертензией, устанавливающий наличие и тяжесть поражения органов-мишеней

- A. суточная экскреция с мочой кортизола
- B. содержание альдостерона в крови
- C. +оценка состояния глазного дна
- D. суточная экскреция адреналина

203. Причина артериальной гипертензии при поражении паренхимы почек

- A. избыточная секреция минералокортикоидов
- B. +активация ренин-ангиотензиновой системы
- C. повышенная секреция катехоламинов
- D. повышенное образование ангиотензина

204. Основные гемодинамические факторы, которые определяют уровень артериального давления

- A. частота сердечных сокращений
- B. величина сердечного выброса
- C. общее сосудистое сопротивление
- D. +все ответы верны

205. Факторы, повышающие артериальное давление

- A. избыточная масса тела
- B. повышенное потребление поваренной соли
- C. психоэмоциональный стресс
- D. +все ответы верны

206. Сосудистые осложнения у больных артериальной гипертензией, связанные с

- A. атеросклерозом артерий
- B. подагра
- C. железодефицитная анемия
- D. +мерцательная аритмия
- E. остеопороз

207. Обязательный метод обследования больных АГ

- A. опрос больного, включая анамнез, семейный анамнез
- B. физикальное обследование
- C. пальпация и выслушивание сонных, почечных артерий, аорты
- D. +все ответы верны

208. Для лечения АГ рациональной комбинацией является сочетание

- A. ИАПФ и ИПП
- B. ИАПФ и инсулина
- C. +антагонистов кальция и тиазидного диуретика
- D. все ответы верны

209. Меньше шансов испытать классическую боль в груди связанную с сердечным приступом у

- A. +Женщин
- B. Мужчин



- C. Людей в возрасте до 75 лет
- D. Людей с высоким АД

210. Не классифицируется как острый коронарный синдром
- A. Нестабильная стенокардия
 - B. +Стабильная стенокардия
 - C. ИМ без подъема сегмента ST
 - D. ИМ с подъемом сегмента ST
211. Физиологическое состояние, которое обычно присутствует непосредственно перед сердечным приступом
- A. +Кровоснабжение области сердца внезапно прекращается
 - B. Сердце работает недостаточно интенсивно, чтобы перекачивать кровь в организм
 - C. Уровень гемоглобина низкий
 - D. Кровь слишком жидкая
212. Тканевой активатор плазминогена (t-PA) рассматривается для лечения пациента, который поступает в отделение неотложной помощи после появления симптомов инфаркта миокарда. Противопоказание для лечения t-PA
- A. Усиливающаяся боль в груди, которая началась накануне вечером
 - B. Инфаркт миокарда в анамнезе
 - C. +Кровоизлияние в мозг в анамнезе
 - D. Гипертензия
213. После инфаркта миокарда госпитализированному пациенту рекомендуется часто выполнять упражнения для ног и ходить по коридору в соответствии с указаниями его врача. Цель упражнений для данного пациента
- A. Повышение физической формы
 - B. Профилактика пролежней
 - C. +Профилактика ТГВ (тромбоз глубоких вен)
 - D. Профилактика запоров
214. Пациент поступает в отделение неотложной помощи с симптомами инфаркта миокарда, прогрессирующего до кардиогенного шока. Ожидается появление
- A. Гипертензии
 - B. +Нарушения сознания
 - C. Брадикардии
 - D. Высокого пульса
215. Ведущий симптом инфаркта миокарда
- A. Одышка
 - B. +Боль в груди
 - C. Отеки
 - D. Учащенное сердцебиение
216. Группа препаратов, не позволяющая устранить симптомы стенокардии
- A. +Статины



- В. Нитраты
- С. Бета-адреноблокаторы
- Д. БКК

217. Шкала для оценки риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение 10 лет

- А. TIMI
- В. Grace
- С. Euroscore II
- Д. +SCORE II

218. Гемодинамически значимый стеноз коронарной артерии

- А. 50%
- В. 60%
- С. +70%
- Д. 80%

219. Некоронарогенная причина развития стенокардии

- А. Пневмония
- В. ТЭЛА
- С. ХБП
- Д. +Стеноз аортального клапана

220. Не относится к описанию типичного болевого синдрома при стенокардии

- А. +Длительность более 15 минут
- В. Локализуется за грудиной
- С. Быстрый эффект от нитроглицерина
- Д. Провоцируется нагрузкой

221. Результат положительного стресс-теста

- А. Появление глубоких зубцов Q на ЭКГ
- В. +Появление отрицательных зубцов Т на ЭКГ
- С. Повышение уровня тропонинов
- Д. Повышение уровня КФК

222. Препарат для проведения стресс-эхо

- А. адреналин
- В. дипиридамола
- С. +добутамин
- Д. аденозин

223. Препарат для профилактики осложнений при стенокардии

- А. бета-блокаторы
- В. +аспирин
- С. амиодарон
- Д. нитраты

224. Пролонгированный бета₂-агонист



- A. +Формотерол
- B. Беротек
- C. Сальбутамол
- D. Тербуталин

225. У 55-летнего мужчины внезапный приступ "кинжальной" боли в груди с иррадиацией в спину. В анамнезе плохо контролируемая артериальная гипертензия. Объективно: ЧСС - 92 в мин, ЧДД - 20 в мин, температура 36,5°C, АД 160/110 мм рт.ст. При осмотре: тоны сердца ритмичные, приглушены; патологических сердечных шумов, шума трения перикарда, ритма галопа нет. На рентгенограмме грудной клетки – расширенное средостение. Лабораторные данные: креатинкиназа 58 Е/л, креатинин 75,6 мкмоль/л, глюкоза 5,77 ммоль/л. Наиболее вероятен диагноз
- A. Инфекционный эндокардит
 - B. Дилатационная кардиомиопатия
 - C. Инфаркт миокарда
 - D. + Расслоение аорты
226. У женщины 63 лет приступ сильной загрудинной боли. На ЭКГ – передне-боковой трансмуральный инфаркт миокарда. Клинически – кардиогенный шок. Наиболее вероятные морфологические изменения в пораженной области миокарда на 4 сутки от начала заболевания
- A. Фибробласты и депонирование коллагена
 - B. +Некроз мышечных волокон с нейтрофильной инфильтрацией
 - C. Капиллярная пролиферация и макрофаги
 - D. Гранулематозное воспаление
227. Антиангинальный препарат выбора для пациента со стенокардией напряжения в сочетании с бронхиальной астмой и гипертонической болезнью
- A. Нитросорбид
 - B. Метопролол
 - C. +Верапамил
 - D. Пропранолол
228. У мужчины 46 лет в течение 4 лет прогрессирует одышка. Последние 6 месяцев: спит на двух подушках; стали возникать затруднения при глотании. В анамнезе: месяц назад инсульт с нарушением движений в левой руке. Ангинозные боли не беспокоят. Лихорадки нет. На рентгенограмме грудной клетки: левое предсердие увеличено, левый желудочек –возрастная норма. Наиболее вероятен диагноз
- A. Стеноз аортального клапана
 - B. Артериальная гипертензия
 - C. Кардиомиопатия
 - D. +Стеноз митрального клапана
229. У женщины 69 лет 4 синкопальных эпизода в течение последнего месяца. В анамнезе хронических заболеваний нет. Жалуется на одышку и кашель с отхождением белой пенистой мокроты последние 3 дня. Лихорадки нет. АД - 145/85 мм рт.ст. Периферических отеков нет. На рентгенограмме грудной клетки – застойные изменения в нижних отделах легких, расширение левого желудочка, другие камеры не увеличены. Лабораторно: общий холестерин 4,1 ммоль/л. Наиболее вероятен диагноз



- A. Недостаточность митрального клапана
B. +Кальцифицирующий аортальный стеноз
C. Острая ревматическая лихорадка
D. Инфекционный эндокардит
230. У мужчины 63 лет приступ интенсивных болей в животе длительностью около 4 часов. При осмотре: температура 37,3°C, ЧСС 120/мин, ЧД 26/мин, АД 160/100 мм рт.ст. Ослабление пульсации сосудов нижних конечностей. При пальпации определяется пульсация в брюшной полости. Уровень тропонинов не повышен. В анамнезе – гипергликемия в диапазоне 8,8-12,5 ммоль/л более 15 лет. Наиболее вероятен диагноз
- A. Острый инфаркт миокарда
B. Узелковый периартериит
C. +Аневризма аорты
D. Восходящий тромбоз брыжеечной артерии
231. У женщины 64 лет приступ интенсивных жгучих болей за грудиной более 3-х часов, выраженная слабость, чувство нехватки воздуха, профузный пот. При осмотре: температура 37,2°C, ЧСС 108 в мин., АД 135/85 мм рт.ст. На рентгенограмме органов грудной клетки: умеренное увеличение размеров сердца, признаки застоя в легких. На ЭКГ - элевация сегмента ST в отведениях V1 - V6. Наиболее вероятны лабораторные изменения
- A. +Тропонин I 42 нг/мл
B. АЛТ 893 Е/л
C. Креатинин 120 моль/л
D. Натрий 128 ммоль/л
232. У 30-летнего мужчины впервые синкопальный эпизод. Ранее здоров. При ЭхоКГ: диффузный гипокинез, увеличение конечного диастолического и систолического размера левого желудочка, низкая фракция выброса. Эндомиокардиальная биопсия: центральный некроз миоцитов, инфильтрация миокарда лимфоцитами. Наиболее вероятна инфекция
- A. Candida albicans
B. Staphylococcus aureus
C. Стрептококк вириданс
D. +Вирус Коксаки В
233. У пациентки 44 лет прогрессирует одышка в течение последних 6 лет. При осмотре: лихорадки нет, в нижних отделах легких с обеих сторон влажные хрипы. Рентген органов грудной клетки: тень сердца расширена, в легких - признаки двустороннего застоя. В анамнезе - частые ангины в детском возрасте. Наиболее вероятно изменены
- A. Митральный клапан и клапан легочной артерии
B. +Митральный и аортальный клапаны
C. Аортальный и трехстворчатый клапаны
D. Трехстворчатый клапан и клапан легочной артерии
234. У пациента 22 лет в течение последней недели прогрессирует общая слабость, появилась лихорадка, одышка и сердцебиение. При осмотре: температура 38,8°C, ЧСС 110 в минуту, ЧД 28 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ - диффузные изменения сегмента ST. Рентген органов грудной клетки: умеренная кардиомегалия. ЭхоКГ: незначительная митральная регургитация, недостаточность трикуспидального клапана; вегетаций



на клапанах нет. Лабораторно: уровень тропонина I - 12 нг/мл. В течение следующих 3-х недель пациент выздоравливает без каких-либо осложнений. Наиболее вероятны лабораторные изменения

- A. Обнаружение вируса Коксаки В
- B. Антистрептолизин О в титре 1:418
- C. +Обнаружение ANCA в титре 1:120
- D. Обнаружение Стрептококка viridans

235. У пациентки 42 лет в течение последних 4 месяцев чувство нехватки воздуха в положении лежа, отеки на ногах. В анамнезе хронических заболеваний нет. В течение последних 4 лет периодически возникают боли в суставах. Ангинозные боли не беспокоят. При осмотре: лихорадки нет. Рентген органов грудной клетки: кардиомегалия, признаки двустороннего застоя в легких. Биохимия крови: натрий - 144 ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, хлор - 112 ммоль/л, CO₂ - 25 ммоль/л, мочевины - 7,4 ммоль/л, креатинин - 116,4 мкмоль/л, глюкоза - 9,5 ммоль/л. Наиболее вероятны лабораторные изменения

- A. +Ферритин сыворотки 920 нг/мл
- B. СОЭ 57 мм/ч
- C. Микросфероцитоз в мазке периферической крови
- D. Гемоглобин 102 г/л

236. У пациента 75 лет в течение последних 5 лет прогрессирует одышка. При осмотре: АД - 135/85 мм рт.ст. Индекс массы тела 37. При осмотре: в легких с обеих сторон застойные хрипы. Биохимия крови: повышение уровня предсердного натрийуретического пептида, холестерина ЛПНП. Рентген органов грудной клетки: застойные явления в легких с обеих сторон на фоне кардиомегалии. ЭхоКГ: снижение фракции выброса, сегментарная дискинезия стенок левого желудочка. Наиболее вероятна форма кардиомиопатии

- A. Алкогольная
- B. Дилатационная
- C. +Ишемическая

237. У пациента 62 лет в течение 4-х месяцев общая слабость. При осмотре: лихорадки нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается шум трения перикарда. ЭхоКГ: жидкость в полости перикарда. Выполнен перикардиоцентез, получено 10 мл геморрагической жидкости. Наиболее вероятный диагноз

- A. Хроническая почечная недостаточность
- B. Острая ревматическая лихорадка
- C. +Метастатический рак
- D. Аутоиммунное заболевание

238. У мужчины 62 лет при плановом диспансерном осмотре впервые выявлена артериальная гипертензия (АД 185/100 мм рт.ст.), жалоб не предъявляет. Направлен в стационар для обследования и подбора гипотензивной терапии. Пациент рекомендациям не следует, от госпитализации отказывается по причине хорошего самочувствия. Лекарственные препараты не принимает. В случае дальнейшего отказа от лечения у данного пациента повышен риск развития

- A. Инфаркта миокарда
- B. +Легочного застоя
- C. Плеврального выпота



D. Недостаточности трехстворчатого клапана

239. У пациента с гипертонической болезнью в общем анализе мочи могут быть обнаружены изменения

- A. Повышение удельного веса
- B. +Снижение удельного веса
- C. Протеинурия
- D. Лейкоцитурия

240. Максимальным антиангинальным действием обладают

- A. Антагонисты кальция
- B. Антиагреганты
- C. Ингибиторы АПФ
- D. +Нитраты

241. Нестабильная стенокардия связана с высоким риском развития

- A. Тромбозмболии мозговых сосудов
- B. Нарушений ритма сердца
- C. +Инфаркта миокарда
- D. Легочной гипертензии

242. Метод выбора при диагностике миксомы сердца

- A. +ЭхоКГ
- B. Сцинтиграфия миокарда
- C. ЭКГ
- D. УЗИ почек и сердца

243. После перенесенного инфаркта миокарда реабилитация на поликлиническом этапе должна проводиться

- A. Только при отсутствии сопутствующих заболеваний
- B. +По индивидуальной программе, учитывающей функциональное состояние миокарда
- C. Только при неосложненном течении
- D. Только при первичном инфаркте миокарда

244. Наиболее значимым фактором риска ИБС является:

- A. Ожирение
- B. Употребление алкоголя
- C. +Артериальная гипертензия
- D. Гиподинамия

245. Антиангинальный препарат выбора у больного 54 лет со стенокардией напряжения ИФК и АВ-блокадой 2 степени (Мобитц 1)

- A. +Моночинкве
- B. Ивабрадин
- C. Метопролол
- D. Верапамил

246. Вагусные пробы позволяют купировать приступ

- A. +Предсердной пароксизмальной тахикардии



- В. Желудочковой пароксизмальной тахикардии
- С. Фибрилляции желудочков
- Д. Мерцания предсердий

247. К атипичным формам инфаркта миокарда относятся все, кроме

- А. Церебральной
- В. Аритмической
- С. Бессимптомной
- Д. +Ангинозной

248. У пациента 58 лет в течение года давящие боли за грудиной при малейшей физической нагрузке. Наиболее вероятна стенокардия

- А. Напряжения ФК III
- В. +Напряжения ФК IV
- С. Вазоспастическая
- Д. Прогрессирующая

249. 1-я стадии гипертонической болезни характеризуется всеми признаками, кроме

- А. Акцента II тона на аорте
- В. Периодического умеренного повышения АД
- С. Толщина комплекса интима-медиа сонных артерий менее 1,0 мм
- Д. +Гипертрофии миокарда левого желудочка

250. При гипертонической болезни к органам-«мишеням» относятся все, кроме

- А. +Легких
- В. Сетчатки глаза
- С. Почек
- Д. Миокарда

251. Поражением органа – мишени считается значение лодыжечно-плечевого индекса

- А. $< 1,2$
- В. $+< 0,9$
- С. $< 1,0$
- Д. $< 0,7$

252. Препарат выбора для купирования ангинозного приступа на амбулаторном этапе

- А. Наркотические анальгетики
- В. Нитраты внутривенно капельно
- С. +Нитроглицерин сублингвально
- Д. Спазмолитики

253. Госпитализации больных с ИБС показана при

- А. Проведении нагрузочных проб
- В. Наличии признаков сердечной недостаточности
- С. Стабильной стенокардии напряжения IV ФК
- Д. +Впервые возникшей стенокардии



254. Алгоритм действий участкового терапевта при подозрении на острый инфаркт миокарда
- A. Ввести анальгетики, снять ЭКГ и проводить наблюдение
 - B. В плановом порядке направить больного на госпитализацию в стационар
 - C. +Купировать болевой синдром, снять ЭКГ на месте, аспирин и антитромбоцитарные препараты, срочная госпитализация по скорой помощи
 - D. Проводить амбулаторное лечение, а при неэффективности направить в стационар на госпитализацию
255. Для диагностики бессимптомной ИБС наиболее достоверный метод
- A. ЭКГ
 - B. Эхо-КГ
 - C. +Стресс-Эхо
 - D. Холтер-ЭКГ
256. Основные признаки вирусного миокардита
- A. Глубокий зубец «Q» в I, V1 - V2 отведениях и умеренное повышение КФК
 - B. + АВ-блокада I степени и нарушение внутрижелудочковой проводимости
 - C. Сжимающие боли за грудиной при психоэмоциональном напряжении, положительный ответ на прием нитратов
 - D. Гиперлипидемия и гиперурикемия
257. У пациента 66 лет жалобы на боли в грудной клетке, лихорадку, боли в суставах. Анамнез: перенес острый инфаркт миокарда 3 недели назад. При осмотре: тоны сердца приглушены, шум трения перикарда. Наиболее вероятен диагноз
- A. Рецидивирующий инфаркт миокарда
 - B. Острая ревматическая лихорадка. Кардит
 - C. Идиопатический перикардит
 - D. +Синдром Дресслера
258. Наиболее частое осложнение гипертрофической кардиомиопатии
- A. +Нарушение ритма желудочков
 - B. Острое нарушение мозгового кровообращения
 - C. Острая левожелудочковая недостаточность
 - D. Тромбоэмболия легочной артерии
259. Препаратами выбора для лечения гипертрофической кардиомиопатии являются
- A. Дигидропиридиновые антагонисты кальция, альфа-адреноблокаторы
 - B. Периферические вазодилататоры, антикоагулянты
 - C. Нитраты, блокаторы имидазолиновых рецепторов
 - D. +Бета-адреноблокаторы, блокаторы рецепторов к ангиотензину II
260. Лечение сердечной недостаточности при дилатационной кардиомиопатии включает назначение в схему лечения
- A. Антагонисты кальция (фенилалкиламинов)
 - B. +Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
 - C. Ингибиторы фосфодиэстеразы
 - D. Ингибиторы карбоангидразы



261. Тактика врача при осложненном гипертоническом кризе на амбулаторном приеме
Направить на ЭКГ по cito для исключения ОКС после приема нитратов
- A. Плановая госпитализация в кардиологический стационар после дообследования и консультации невролога
 - B. +Уложить пациента на кушетку, снять ЭКГ на месте, вызвать невролога и кардиологическую бригаду скорой помощи
 - C. Сублингвально каптоприл 25 мг, динамический СКАД и адекватная коррекция доз гипотензивных ЛС
262. Тактика врача при неосложненном гипертоническом кризе на амбулаторном приеме
- A. Уложить пациента на кушетку, снять ЭКГ на месте, вызвать кардиологическую бригаду скорой помощи
 - B. + Сублингвально каптоприл 25 мг, динамический СКАД и адекватная коррекция доз гипотензивных ЛС
 - C. Направить на ЭКГ по cito для исключения ОКС после приема нитратов
 - D. Плановая госпитализация в кардиологический стационар после дообследования и консультации невролога
263. У пациентки 68 лет с ХСН на фоне ИБС и ГБ в биохимическом анализе крови впервые выявлен уровень калия равный 6,8 ммоль/л. Причиной этого состояния мог стать прием
- A. +Спиронолактона
 - B. Гипотиазида
 - C. Бисопролола
 - D. Амлодипина
264. У пациентки 59 лет кратковременные сжимающие боли в левой половине грудной клетки и повышение систолического АД свыше 165 мм рт.ст. на фоне приема индапамида 1,5 мг, леркарнидипина 10 мг, моксонидина 0,2 мг, метопролола 25 мг. На холтер-ЭКГ: АВ блокада I степени и преходящая II степени (Мобитц-2). Необходимо отменить
- A. Индапамид
 - B. Леркарнидипин
 - C. +Метопролол
 - D. Моксонидин
265. Алгоритм действий участкового терапевта при впервые возникшей стенокардии
- A. Направление на плановую госпитализацию
 - B. Амбулаторное обследование
 - C. Снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, амбулаторное лечение
 - D. +Снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин, экстренная госпитализация
266. Гипотензивные препараты выбора при артериальной гипертензии в I триместре беременности
- A. Метилдопа, индапамид
 - B. + Метилдопа, верапамил
 - C. Верапамил, эналаприл
 - D. Лозартан, бисопролол
267. Гипотензивные препараты выбора при артериальной гипертензии во II триместре беременности



- A. +Бисопролол, фелодипин
- B. Лозартан, торасемид
- C. Метилдопа, эналаприл
- D. Верапамил, кандесартан

268. Рациональная комбинация препаратов при легочной гипертензии

- A. Моксонидин, верапамил
- B. +Амлодипин, торасемид
- C. Бисопролол, эналаприл
- D. Бисопролол, индапамид

269. Быстрое внутривенное введение АТФ позволяет купировать

- A. Фибрилляцию желудочков
- B. Желудочковую тахикардию
- C. +Пароксизмальную узловую тахикардию
- D. Мерцательную аритмию

270. Препарат выбора при желудочковой тахикардии

- A. Соталол
- B. Кордарон
- C. Этагизин
- D. +Лидокаин

271. Препарат выбора при суправентрикулярной тахикардии на догоспитальном этапе

- A. Новокаинамид
- B. Кордарон
- C. +Верапамил
- D. Соталол

272. Пациентам с митральным стенозом и постоянной формой мерцательной аритмии сердечные гликозиды назначаются с целью

- A. Замедлить частоту мерцания предсердий
- B. +Замедлить частоту сокращений желудочков
- C. Снизить активность симпатической нервной системы
- D. Восстановить синусовый ритм

273. Укажите класс лекарственных препаратов, к которому относится Алискирен

- A. +Прямой ингибитор ренина
- B. Диуретики
- C. Альфа-адреноблокаторы
- D. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

276. Для оценки эффективности антитромботической терапии варфарином определяют

- A. Тромбиновое время
- B. Время кровотечения
- C. + МНО
- D. Уровень ретикулоцитов



277. Основные хронические неинфекционные заболевания у лиц среднего возраста
- A. Сердечно-сосудистые заболевания
 - B. Сахарный диабет
 - C. Бронхо-легочные заболевания
 - D. Заболевания желудочно-кишечного тракта
 - E. +Все перечисленные
278. Факторами риска развития атеросклероза являются
- A. Снижение уровня ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП
 - B. Повышение уровня ЛПОНП, ЛПНП, ЛПВП
 - C. +Повышение уровня ЛПНП, ЛПОНП, снижение уровня ЛПВП
 - D. Повышение уровня ЛПОНП, снижение уровня ЛПВП
279. Низкая эффективность гипотензивной терапии не может быть связана с
- A. Нерациональной комбинацией препаратов
 - B. +Снижением массы тела
 - C. Курением, употреблением алкоголя
 - D. Избыточным потреблением соли
280. При гипертиреозе для лечения артериальной гипертензии предпочтительны
- A. +Бета-адреноблокаторы
 - B. Антагонисты кальция негидропиридинового ряда
 - C. Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда
 - D. Ингибиторы АПФ/сартаны
281. При сахарном диабете с протеинурией для лечения артериальной гипертензии предпочтительны
- A. Диуретики
 - B. Бета-адреноблокаторы
 - C. Антагонисты кальция негидропиридинового ряда
 - D. +Ингибиторы АПФ/сартаны
282. При бронхиальной астме для лечения артериальной гипертензии противопоказаны
- A. Селективные бета-адреноблокаторы
 - B. +Неселективные бета-адреноблокаторы
 - C. Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда
 - D. Ингибиторы АПФ/сартаны
283. При предсердной тахикардии для лечения артериальной гипертензии помимо бета-блокаторов показаны
- A. Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда
 - B. Альфа-адреноблокаторы
 - C. + Антагонисты кальция негидропиридинового ряда
 - D. Сердечные гликозиды
284. Повышение артериального давления не может быть связано с приемом



- A. Кортикостероидов
- B. +Агонистов имидазолиновых рецепторов
- C. Нестероидных противовоспалительных препаратов
- D. Оральных контрацептивов

285. Диспансерное наблюдение за пациентами с гипертонической болезнью не включает в себя

- A. +Контроль натрия крови
- B. Контроль креатинина крови
- C. Контроль общего холестерина крови
- D. Контроль глюкозы крови

286. У пациентов с выраженной диастолической ХСН опасно применять

- A. Ингибиторы АПФ
- B. Бета-адреноблокаторы
- C. +Нитраты
- D. Диуретики

287. Период полувыведения амиодарона

- A. 1 – 2 недели
- B. $\approx 1,5$ суток
- C. 3 – 6 часов
- D. $\approx 1,5$ мес

288. «Дефицит» пульса может наблюдаться при

- A. Атриовентрикулярной блокаде 2 степени
- B. +Мерцательной аритмии (фибрилляция предсердий)
- C. Синусовой брадикардии
- D. Синусовой тахикардии

289. Согласно классификации антиаритмических препаратов Вогана Вильямса (E. Vaughan Williams, 1969) новокаинамид (прокаинамид) относят к классу

- A. +1A
- B. 1B
- C. 1C
- D. 2

290. Классическими ЭКГ-признаками синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) являются: уширение комплекса QRS $\geq 0,11$ с, наличие дельта-волны в начале комплекса QRS и

- A. +Укорочение интервала PQ ($< 0,12$ с)
- B. Укорочение интервала QT
- C. Удлинение интервала PQ ($> 0,20$ с)
- D. Удлинение интервала QT



291. Классические ЭКГ-признаки фибрилляции предсердий включают отсутствие зубца Р, колебания изолинии и
- А. Удлинение интервала QT
 - В. Укорочение интервала QT
 - С. +Нерегулярность желудочкового ритма (разные интервалы R-R)
 - Д. Регулярность желудочкового ритма (одинаковые интервалы R-R)
292. Наиболее частые причины возникновения фибрилляции предсердий включают в себя: ишемическую болезнь сердца; артериальную гипертензию; сердечную недостаточность; тиреотоксикоз и
- А. Аортальные пороки сердца
 - В. +Митральные пороки сердца
 - С. Хроническое легочное сердце
 - Д. Кардиомиопатии
293. Наиболее частая причина смерти больных при тяжелой ХСН
- А. Тромбоэмболии
 - В. Кахексия
 - С. Отек легких
 - Д. +Жизнеопасные аритмии
294. Пациенту со стенокардией напряжения ФК II и выявленной атриовентрикулярной блокадой 2 степени (Мобитц 1) необходимо отменить
- А. Нитросорбид
 - В. +Пропранолол
 - С. Аспирин
 - Д. Симвастатин
295. Резкое отклонение ЭОС влево, ширина QRS – 0,1 с признак
- А. +Блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса (НПГ)
 - В. Полной блокады правой НПГ
 - С. Неполной блокады правой НПГ
 - Д. Полной блокады левой НПГ
296. У пациента, 55 лет, ранее не болевшего, гиперстеника на ЭКГ выявлено резкое смещение электрической оси сердца, ширина QRS – 0,1 с. Изменения соответствуют
- А. Блокаде передней ветви левой ножки пучка Гиса (НПГ)
 - В. +Блокаде задней ветви левой НПГ
 - С. Полной блокаде правой НПГ
 - Д. Неполной блокаде правой НПГ
297. При возникновении преходящей, гемодинамически значимой атриовентрикулярной блокады 2 степени у пациента с прогрессирующей стенокардией возможно использовать
- А. атропин, адrenomостимуляторы и
 - В. АТФ (аденозинтрифосфат)
 - С. Дигоксин



- D. Нифедипин (коринфар)
- E. +Аминофиллин (эуфиллин)

298. Тактика терапевта для пациента с мерцательной брадиаритмией и искусственным водителем ритма (режим постоянной электрокардиостимуляции VVI с частотой 65 в мин), у которого на фоне острой пневмонии участился собственный желудочковый ритм до 75 в мин. и перестал работать электрокардиостимулятор
- A. Замедлить частоту сердечного ритма с помощью сердечных гликозидов и антиаритмических средств
 - B. Доставить больного в кардиохирургический центр, в котором была произведена имплантация искусственного водителя ритма
 - C. Срочная консультация аритмолога и кардиохирурга
 - D. +Обеспечить адекватную терапию острой пневмонии
299. Препарат выбора для купирования пароксизма наджелудочковой тахикардии у пациента 45 лет с синдромом слабости синусового узла (тахи-бради вариант) и имплантированным искусственным водителем ритма (в режиме VVI с частотой 70 в минуту)
- A. Верапамил (изоптин, финоптин)
 - B. Амиодарон
 - C. Пропранолол (обзидан)
 - D. +Любой из перечисленных
300. Синусовый узел расположен
- A. +В верхней части правого предсердия
 - B. В верхней части левого предсердия
 - C. В верхней трети межпредсердной перегородки (МПП)
 - D. В средней трети МПП



Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

1. Тактика ведения пациентов с заболеваниями поджелудочной железы

Ответ: Диагноз хронического панкреатита устанавливается на основании: - анамнестических данных (характерные жалобы на приступы абдоминальной боли и/или клинические признаки экзокринной и/или эндокринной недостаточности ПЖ, выявление хронического панкреатита прежде) - физикального обследования (болезненность мышц брюшной стенки при пальпации в зоне проекции поджелудочной железы) - лабораторного обследования (признаки экзокринной и эндокринной недостаточности ПЖ по данным функциональных тестов) - инструментального обследования (кальцификаты в паренхиме и протоках поджелудочной железы, расширение главного панкреатического протока и его ветвей по данным КТ, МРХПГ, ЭСПБЗ) Комментарий: Диагноз ХП рекомендуется устанавливать на основании достоверных морфологических критериев или сочетания морфологических и функциональных критериев. КТ, а также МРХПГ и ЭСПБЗ рекомендуются как методы выбора для верификации диагноза ХП. Для верификации диагноза может потребоваться выполнение одного или всех наиболее точных методов, включая динамические исследования через 6 - 12 месяцев при недостаточном соответствии обнаруживаемых признаков диагнозу ХП.

2. Классификация поздних хронических осложнений сахарного диабета

Ответ: Стадии: Активная стадия Фаза 0

Картина: Умеренно выраженное воспаление (отек, локальная гипертермия, иногда боль, повышенный риск травматизации при ходьбе), нет выраженных деформаций. Признаки:

Обязательные: отек костного мозга и мягких тканей, нет нарушения кортикального слоя.

Возможные: субхондральные трабекулярные микротрещины, повреждение связок.

Стадия: Активная стадия Фаза 1

Выраженное воспаление (отек, локальная гипертермия, иногда боль, повышенный риск травматизации при ходьбе), выраженная деформация. Признаки: Обязательные: переломы с нарушением кортикального слоя, отек костного мозга и/или отек мягких тканей.

Возможные: остеоартрит, кисты, повреждение хряща, остеохондроз, внутрисуставной выпот, скопление жидкости в суставах, костные эрозии/некрозы, лизис кости, деструкция и фрагментация кости, вывихи/подвывихи суставов, повреждение связок, теносиновиты, дислокация костей.

Стадия: Неактивная стадия Фаза 0

Нет признаков воспаления, нет деформации. Признаки: Отсутствие изменений или незначительный отек костного мозга, субхондральный склероз, кисты кости, остеоартроз, повреждение связок.

Стадия: Неактивная стадия Фаза 1

Нет воспаления, стойкая выраженная деформация, анкилозы

Признаки: Остаточный отек костного мозга, кортикальная мозоль, выпот, субхондральные кисты, деструкция и дислокация суставов, фиброз, образование остеофитов, ремоделирование кости, нарушения хряща и связок, анкилоз, псевдоартроз.

3. Лечение железодефицитной анемии

Ответ: Целью лечения ЖДА является введение железа в количестве, необходимом для нормализации уровня гемоглобина (у женщин 120-140 г/л, у мужчин 130-160 г/л) и восполнения тканевых запасов железа (ферритин сыворотки > 40-60 мкг/л). Для лечения и про-



филактики используют пероральные препараты двухвалентного железа (код В03АА по АТХ классификации) или пероральные препараты трехвалентного железа (код В03АВ по АТХ классификации), наиболее часто – железа сульфат. Количественный и качественный состав лекарственных препаратов железа сильно варьирует: высоко- и низкодозированные, односоставные и комбинированные. В соответствии с рекомендацией ВОЗ оптимальная доза железа для лечения ЖДА составляет 120 мг в день, для профилактики железодефицита – 60 мг в день. У детей доза солевых препаратов железа зависит от возраста и составляет 3 мг/кг в сутки у детей до трех лет, у детей старше трех лет – 45-60 мг в сутки, у подростков – до 120 мг в сутки. Примерно у 20% пациентов на фоне лечения развиваются понос или запор, которые купируют симптоматической терапией. Признаки раздражения желудка, такие как тошнота и ощущение дискомфорта в эпигастральной области, минимизируют, принимая препараты железа во время еды или снижая их дозу. Применение высокодозированных препаратов железа сопровождается увеличением частоты побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта. Длительность лечения определяется глубиной исходного железодефицита и может варьировать от 1 до 3 месяцев. Лечение целесообразно сочетать с назначением поливитаминов для полноценного обеспечения пластических процессов.

4. Острый бронхит: клиническая картина

Ответ: Клиническая картина острого бронхита характеризуется, как правило, острым началом, наличием симптомов, обусловленных поражением верхних и нижних дыхательных путей, и симптомами интоксикации различной степени выраженности. Симптомы ОБ, обусловленные поражением дыхательных путей: • основным симптом – кашель, как правило, продуктивный с отделением небольшого количества слизистой, а иногда и гнойной мокроты. В ряде случаев кашель приобретает надсадный мучительный характер; • дискомфорт в грудной клетке; • при аускультации выслушивается дыхание с удлиненным выдохом, диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы; • в тяжелых случаях пациента беспокоит одышка; • нередко наблюдаются симптомы поражения верхних отделов респираторного тракта (заложенность носа, ринорея, нарушение носового дыхания, гиперемия ротоглотки). При инфекции, вызванной вирусом парагриппа, нередко наблюдается осиплость голоса. Для аденовирусной инфекции характерно развитие конъюнктивита. Симптомы интоксикации: повышение температуры тела (как правило, до субфебрильных значений), головная боль, общая слабость и пр. Наиболее частые симптомы и изменения данных физикального обследования при остром бронхите.

5. Острые респираторные вирусные инфекции: клиническая картина

Ответ: Инкубационный период при острых респираторных вирусных инфекциях, вызванных наиболее распространенными инфекционными агентами, составляет от 1 до 14 суток. Заболевание, как правило, начинается остро с появления синдрома интоксикации (повышения температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, общей слабости, головной боли, боли в мышцах и суставах), а также катарального (катарально-респираторного) синдрома – развитие кашля, насморка, в некоторых случаях конъюнктивита. Возможно развитие лимфопролиферативного синдрома, который проявляется лимфаденопатией, реже развивается гепатомегалия (аденовирусная инфекция).

6. Хронический пиелонефрит: клиническая картина, диагностика

Ответ: В активную фазу хронического пиелонефрита больной предъявляет жалобы на тупую боль в поясничной области. Дизурия нехарактерна, однако может присутствовать в виде учащенного болезненного мочеиспускания различной степени выраженности. При детальном сборе анамнеза пациент может отметить следующие неспецифические жалобы: - на эпизоды ознобов и субфебрилитета; - дискомфорт в поясничной области; - утом-



ляемость; - общую слабость; - снижение работоспособности и т.д.

- При физикальном обследовании рекомендуется обратить внимание на: - болезненность при пальпации в области почки; - положительный симптом Пастернацкого с пораженной стороны; - наличие полиурии. Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

7. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: особенности клинической картины

Ответ: Клинические симптомы обострения ЯБ (боль в животе, диспептические расстройства и функциональные нарушения ВНС) не являются строго специфичными. Наиболее частым, но наименее специфичным симптомом ЯБ является боль в животе. Только у 15-20% людей с болями в животе при обращении к врачам-гастроэнтерологам выявляются эрозивно-язвенные процессы. Боль при типичном течении ЯБ достаточно интенсивная, локализуются в основном в эпигастриальной и параумбиликальной области, возникает регулярно. Боль принимает ночной, "голодный" характер. Боль может быть ранней (возникает после приема пищи в течение 30-60 мин) и поздней (через 2-3 часа после еды). Возможна иррадиация боли в спину, правое плечо, лопатку, "мойнигановский" ритм боли: голод – боль – прием пищи – облегчение и т.д. По характеру боли могут быть различными от ноющих до режущих и приступообразных, часто выявляется положительный симптом Менделя. Желудочная диспепсия при ЯБ проявляется в виде рвоты, чувства тяжести или давления в подложечной области после еды, отрыжки, тошноты, жжения в эпигастрии и изжоги.

8. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, факторы риска

Ответ: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся персистирующим ограничением воздушного потока, которое обычно прогрессирует и является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и легочной ткани на воздействие ингалируемых повреждающих частиц или газов. Обострения и коморбидные состояния являются неотъемлемой частью болезни и вносят значительный вклад в клиническую картину и прогноз.

В развитии ХОБЛ играют роль как эндогенные факторы, так и воздействие факторов внешней среды. Курение остается основной причиной ХОБЛ. Утверждены Минздравом РФ 3 из 60 индустриальных странах курение вносит вклад в смертность около 80% мужчин и 60% женщин, а в развивающихся странах – 45% мужчин и 20% женщин. В развивающихся странах существенное повреждающее действие на органы дыхания оказывает сжигание биомасс для приготовления пищи и обогрева жилых помещений. Этиологическую роль также могут играть профессиональные вредности, пассивное курение и загрязнение воздуха вне помещений. В Европе и Северной Америке вклад загрязнения воздуха на рабочем месте в развитие ХОБЛ оценивается как 15-20% . Вероятно, этот вклад существенно больше в странах, где профессиональные вредности контролируются менее тщательно. Загрязнение воздуха на рабочем месте биологической, минеральной пылью, газами и дымом (на основании самостоятельной оценки пациентами) ассоциировалось с большей распространенностью ХОБЛ. Эндогенные факторы риска включают генетические, эпигенетические и другие характеристики пациента, такие как бронхиальная гиперреактивность и бронхиальная астма (БА) в анамнезе, а также перенесенные тяжелые респираторные инфекции в детском возрасте. При этом бронхиальная гиперреактивность является фактором риска развития ХОБЛ даже в отсутствии БА; имеются данные и о том, что симптомы хронического бронхита могут увеличивать риск развития ХОБЛ. Врожденный дефицит альфа 1-антитрипсина – аутосомно-рецессивное наследственное заболевание, предрасполагающее к развитию ХОБЛ, выявляется менее чем в 1% случаев. Другие генетические факторы предрасположенности к ХОБЛ сложны, и вклад их в развитие заболевания в настоящее время недостаточно ясен.



9. Особенности лечения гипертонической болезни у пациентов пожилого и старческого возраста, беременных женщин

Ответ: Пациенты старше 65 лет должны получать АГТ в соответствии с общим алгоритмом.

У пациентов очень пожилого возраста (>80 лет) может быть целесообразно начинать лечение с монотерапии. У всех пожилых пациентов комбинированную терапию следует начинать с минимальных доз препаратов. При отсутствии дополнительных показаний следует избегать назначения петлевых диуретиков и альфа-адреноблокаторов, так как они увеличивают риск падений. При лечении пожилых пациентов целевое АД составляет 130-139/70-79 мм рт. ст. при переносимости.

До назначения и в процессе приема АГТ необходим тщательный мониторинг функции почек для выявления ее возможного ухудшения вследствие АД-обусловленного снижения почечной перфузии. Всех пациентов 65 лет и старше, особенно старше 80 лет, и пациентов со старческой астенией необходимо тщательно наблюдать на предмет возможного развития ортостатической гипотензии (при необходимости — использовать СМАД) и мониторировать переносимость и развитие возможных побочных эффектов. Не рекомендуется отмена медикаментозной АГТ на основании возраста, даже при достижении 80 лет, при условии, что лечение хорошо переносится.

Выделяют следующие клинические варианты АГ при беременности:

- АГ, развившаяся до беременности (хроническая АГ — ХАГ) — АГ, определяемая до беременности или проявившаяся до 20 нед. беременности и персистирующая более 6 недель после родов. АГ, диагностированная после 20-й недели гестации и не исчезнувшая в течение 6 недель после родов, также классифицируется как существовавшая ранее АГ, но уже ретроспективно;
- Гестационная артериальная гипертензия (ГАГ) — состояние, индуцированное беременностью и проявляющееся повышением АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. впервые после 20 нед., со спонтанной нормализацией АД в течение 6 нед. после родов АД;
- Преэклампсия (ПЭ) — гестационная АГ с протеинурией >300 мг/сут или альбумин/креатинин в разовой порции мочи >30 мг/ммоль, в ряде случаев с проявлениями полиорганной недостаточности.
- ХАГ, осложненная преэклампсией.

10. Острый тонзиллит (острый тонзиллофарингит): определение, классификация

Ответ: Острый тонзиллофарингит – острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (небные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки). Сам термин ОТФ является объединяющим для острого воспаления небных миндалин (острый тонзиллит) и острого воспаления задней и боковой стенок глотки (острый фарингит), однако в подавляющем большинстве случаев, особенно при вирусной этиологии процесса, имеет место воспаление обеих локализаций (за исключением фарингита у пациента, перенесшего тонзиллэктомию).

Классификация заболевания. По локализации: острый тонзиллит, острый фарингит, острый тонзиллофарингит (постановка и кодировка диагноза может базироваться на определении преобладания выраженности воспаления того или иного отдела ротоглотки). По этиологии: стрептококковый, нестрептококковый (или вирусный). При этом этиологическая диагностика заболевания имеет первостепенное значение в плане выбора тактики лечения и дальнейшего ведения пациентов.

11. Этиология и патогенез острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST

ОКС без подъема сегмента ST чаще всего связан с развитием неок-клизующего тромбоза коронарной артерии, который приводит к ее неполной обструкции с сохранением редуцированного дистального кровотока, вследствие чего развивается повреждение удален-



ных субэндокардиальных участков. Другой механизм развития повреждения миокарда связан с отрывом рыхлых компонентов тромботических масс с последующей обтурацией дистального сосудистого русла.

12. Методы диагностики острого коронарного синдрома

ЭКГ, лабораторные тесты, ЭхоКГ, коронарная ангиография.

13. Классификация Т. Killip

I класс - нет сердечной недостаточности; II класс - влажные хрипы <50% легочных полей, III тон, легочная гипертензия; III класс - влажные хрипы >50% легочных полей, отек легких; IV класс - кардиогенный шок.

14. Дифференциальная диагностика острого коронарного синдрома

Дифференциальную диагностику при ОКС проводят с тромбоэмболией легочной артерии, острым расслоением аорты, острым перикардитом, плевропневмонией, пневмотораксом, межреберной невралгией, заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенной болезнью), других органов верхних отделов брюшной полости (диафрагмальная грыжа, печеночная колика при желчнокаменной болезни, острый холецистит, острый панкреатит).

15. Осложнения инфаркта миокарда

Острая (сердечная астма, отек легких, кардиогенный шок) и хроническая сердечная недостаточность, развитие суправентрикулярных и желудочковых нарушений ритма, нарушения проводимости (блокада ножек пучка Гиса, атриовентрикулярная блокада), разрывы миокарда, синдром Дресслера.

16. Факторы риска деформирующего остеоартрита

Механические - тяжелые физические нагрузки (спортивная, профессиональная деятельность), избыточная масса тела, нарушение нормальной конгруэнтности суставных поверхностей - дефекты развития (аномалии скелета, плоскостопие, кифоз, сколиоз), изменение физико-химических свойств хряща - травмы, эндокринные нарушения, гиподинамия,

наследственная предрасположенность, курение, женский пол, пожилой возраст.

17. Причины ожирения

Главный определяющий фактор в развитии ожирения - избыточная калорийность питания в сочетании с малоподвижным образом жизни у лиц с наследственной предрасположенностью. Рост ожирения во всем мире за последние десятилетия связан с прогрессивным увеличением калорийности пищи и снижением физической нагрузки, преобладанием так называемого сидячего образа жизни.

18. Метаболический синдром

Метаболический синдром - комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, являющихся факторами риска развития ССЗ, в основе которых лежит инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия.

19. Причины и патогенез инсулинорезистентности

Инсулинорезистентность - это снижение реакции инсулиночувствительных тканей на инсулин при его достаточных концентрациях. Ее развитие определяется как генетическим, так и приобретенным компонентом. Инсулинорезистентность имеет полигенный характер. В настоящее время определен ряд



генов, мутации которых приводят к уменьшению физиологического действия инсулина на уровне инсулинового рецептора, активности ферментов печени и жировой ткани. Кроме того, на нарушение чувствительности к инсулину влияют молекулярные дефекты белков, передающих сигналы инсулина внутри клетки. Инсулиновая резистентность начинает проявляться в мышечной ткани и печени, а затем по мере увеличения массы жировой ткани происходит нарушение функции адипоцитов и развитие инсулинорезистентности в жировой ткани.

20. Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС)

Синдром обструктивного апноэ во время сна - состояние, характеризующееся наличием храпа, периодически повторяющимися частичным или полным прекращением дыхания во время сна, достаточно продолжительным, чтобы привести к снижению уровня кислорода в крови; грубой фрагментацией сна, избыточной дневной сонливостью.

21. Хроническая сердечная недостаточность

Патофизиологический синдром, при котором в результате различных заболеваний сердечно-сосудистой системы или под воздействием других этиологических факторов происходит нарушение сократительной способности миокарда, что сопровождается нейро-гуморальными нарушениями с развитием периферической вазоконстрикции артериол и венул и задержкой жидкости. Эти нарушения в дальнейшем приводят к ремоделированию миокарда и поражению других органов-мишеней, а также к несоответствию между метаболической потребностью органов тканей в кислороде и его доставке.

22. Понятие старческой астении

Старческая астения (от англ. frailty - хрупкость) - ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются общая слабость, медлительность и/или непреднамеренная потеря веса. Синдром старческой астении сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма. Развитие и прогрессирование синдрома старческой астении повышает риск развития зависимости от посторонней помощи и ухудшает прогноз пациента.

23. Классификация синдрома раздражённого кишечника

При СРК с запором (СРКз) более 25% (1/4) актов дефекации будут со стулом 1-2-го типа и менее 25% - со стулом 6-7-го типа; при СРК с диареей (СРКд) более 25% (1/4) актов дефекации со стулом 6-7-го типа, менее 25% - со стулом 1-2-го типа. При смешанном типе СРК (СРКс) более 25% актов дефекации со стулом 1-2-го типа и более 25% - со стулом 6-7-го типа. Неклассифицируемый тип СРК характеризуется соответствием критериям СРК, но патологическая консистенция стула не соответствует критериям СРКз, СРКд, СРКс.

24. Симптомы тревоги, позволяющие заподозрить органический характер патологии в дифференциальной диагностике СРК

Прогрессирующий характер заболевания, постоянная боль в животе как единственный симптом поражения ЖКТ, целиакия, рак толстой кишки, язвенный колит и болезнь Крона у родственников, наличие ночной симптоматики, начало заболевания после 50 лет, необъяснимое снижение массы тела более чем на 10% за 3 мес, кровь в кале при отсутствии подтвержденной анальной трещины или геморроя, лихорадка, выявленная при объективном обследовании патология внутренних органов (например, гепатоспленомегалия, асцит или объемное образование), признаки анемии, лейкоцитоз, по-



вышение СОЭ, выявление скрытой крови в кале.

25.Дифдиагностика СРК

Колоректальный рак, полипоз, дивертикулез, болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, микроскопические колиты, мастоцитоз, кишечные инфекции, синдром мальабсорбции, синдром короткой тонкой кишки, долихосигма, целиакия, туберкулез, нейроэндокринные опухоли ЖКТ, в первую очередь гастриномы, карциноидный синдром, ВИПомы. Гинекологические болезни (эндометриоз, пластический рубцовый перитонит). Тиреотоксикоз, сахарный диабет с автономной диабетической энтеропатией. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, лекарственные колиты, антибиотикоассоциированная диарея.

26.Клиническая картина постпрандиального дистресс-синдрома

Беспокоящее чувство переполнения после еды (достаточно выраженное, чтобы влиять на обычную активность), беспокоящее чувство раннего насыщения (достаточно выраженное, чтобы препятствовать есть пищу обычного объема).

27.Клиническая картина синдрома эпигастральной боли

Беспокоящее чувство боли в эпигастрии, беспокоящее чувство эпигастрального жжения.

28.Язвенная болезнь

Хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся чередованием периодов обострения и ремиссии, основное проявление которого - образование язвенного дефекта в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, проникающего (в отличие от эрозий) в подслизистый слой.

29. Показания к экстренной госпитализации при фибрилляции предсердий

Впервые возникшего пароксизма фибрилляции предсердий, при значительном ухудшении состояния больного в связи с пароксизмом фибрилляции предсердий (нестабильная гемодинамика, артериальная гипотензия, резко выраженная тахисистолия, ОКС, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, тромбоэмболические осложнения), при невозможности или неэффективности медикаментозной антиаритмической терапии.

В то же время следует помнить, что у 50% больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий происходит спонтанное восстановление синусового ритма (чаще всего в течение 48 ч).

30. Понятие «пилорического синдрома»

Пилорический синдром состоит из сочетания таких признаков, как боль в эпигастрии, тошнота, рвота и выраженное похудание. Обострения заболевания при данной локализации язвы отличаются значительной длительностью. Обильное кровоснабжение пилорического канала служит причиной для возникновения такого серьезного осложнения, как массивное желудочное кровотечение. Второе по частоте осложнение язвы пилорического канала - стеноз привратника.

31.Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК

Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация, стеноз привратника, перивисцериты (перигастрит, перидуоденит).

32.Симптоматические язвы желудка и ДПК



Симптоматические язвы - это язвенные поражения слизистой оболочки желудка, реже - двенадцатиперстной кишки, развивающиеся вторично при патологии других внутренних органов и физиологических систем организма.

33. Лекарственные язвы желудка и ДПК

Лекарственные язвы - язвенные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие на фоне приема ряда лекарственных препаратов (НПВП, ацетилсалициловой кислоты, кортикостероидных гормонов). Глюкокортикоиды и НПВП повреждают защитный барьер слизистой оболочки желудка и тем самым нарушают желудочное слизеобразование, усиливают десквамацию, замедляют регенерацию эпителиальных клеток, увеличивают обратную диффузию ионов водорода, подавляют синтез эндогенных простагландинов в слизистой оболочке желудка, нарушающих в ней процессы микроциркуляции.

34. Причины развития хронического панкреатита

Общее патогенетическое звено хронического панкреатита - преждевременная внутрипротоковая активация ферментов поджелудочной железы, что сопровождается аутолизом ее ткани. Наиболее агрессивный фактор - трипсин. Действие трипсина на ткань поджелудочной железы сопровождается очаговым некрозом, выделением продуктов распада ткани, запуском процесса миграции лейкоцитов в очаги микронекрозов и выбросом ими биологически активных веществ. Это сопровождается нарастающим фиброзом и, как следствие, усилением внутрипротоковой гипертензии и нарушением структуры протоков. Постепенно развивается внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, а в ряде случаев и инкреторная недостаточность.

35. Показания для назначения ферментной заместительной терапии

Перенесенный панкреонекроз, тяжелый хронический панкреатит (расширение главного панкреатического протока с наличием вну-трипротоковых кальцинатов или кальцификация паренхимы поджелудочной железы); нутритивная недостаточность; хроническая диарея, полифекалия; верифицированная стеаторея; состояние после любых хирургических вмешательств на поджелудочной железе с клиническими признаками внешнесекреторной недостаточности; перенесенные операции на поджелудочной железе с нарушением нормального пассажа химуса (латеральная панкреатоюностомия с петлей, выключенной по Ру, классическая ПДР).

36. Портальная гипертензия

Портальная гипертензия – синдром повышенного портального давления с нарушенным кровотоком, сопровождающийся спленомегалией, варикозным расширением вен пищевода, желудка, асцитом, возможными кровотечениями из расширенных вен пищевода и кавернозных телец прямой кишки.

37. Клиническая картина печёночной недостаточности

Геморрагический синдром, желтуха, лихорадка (нарушение инактивации в печени пирогенного стероида этиохоланола), печеночные знаки, биохимические изменения, печеночная энцефалопатия.

38. Клиническая картина синдрома портальной гипертензии

Вздутие живота и чувство переполнения желудка после приема любой пищи; ощущение постоянного переполнения кишечника; прогрессирующий полигиповитаминоз; гепатоспленомегалия — гиперспленизм (лейкопения, тромбоцитопения, анемия); асцит; расширение



вен передней брюшной стенки, геморрой и флебозктазии пищевода; энцефалопатия (гепатаргия, гепатоцеребральный синдром).

39. Первичный билиарный цирроз печени

Аутоиммунное заболевание печени, начинающееся как хронический деструктивный негнойный холангит, длительно протекающее без выраженной симптоматики, приводящее к развитию длительного холестаза и лишь на поздних стадиях — к формированию цирроза печени. Болеют женщины в возрасте

35—55 лет. Единственным симптомом в течение многих лет может быть кожный зуд.

40. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП)

Первичное заболевание печени или синдром, развивается вследствие избыточного накопления жиров (преимущественно триглицеридов) в печени — стеатоза.

41. Хронический гломерулонефрит

Двустороннее хроническое диффузное заболевание почек иммунного генеза, которое характеризуется постепенной, неуклонной гибелью клубочков, сморщиванием почки, постепенным понижением функции, развитием АГ и смертью от хронической почечной недостаточности.

42. Показания для назначения цитостатиков при гломерулонефрите

Неэффективность кортикостероидов; наличие осложнений кортикостероидов; формы гломерулонефрита, при которых кортикостероиды малоэффективны; сочетание нефротического гломерулонефрита с артериальной гипертонией; нефриты при системных заболеваниях, когда кортикостероиды малоэффективны; рецидивирующий и стероидозависимый гломерулонефрит.

43. Подагра

Системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия (МУН) в различных тканях и развивающимся в связи с этим воспалением у пациентов с гиперурикемией (ГУ), обусловленной внешнесредовыми и (или) генетическими факторами.

44. Анемия

Анемия — это клинико-патологический синдром, характеризующийся снижением содержания гемоглобина и количества эритроцитов в единице объема крови за счет их абсолютного уменьшения в организме.

45. Анемии, связанные с хроническими заболеваниями

Одним из основных в патогенезе является перераспределение железа в клетке макрофагальной системы, которая активизируется при заболеваниях. Поскольку истинного дефицита железа

нет, то оправданно говорить о железоперераспределительных анемиях. При анемии хронических болезней выявляются клинико-лабораторные признаки воспаления или опухолевого процесса. Содержание сывороточного железа в норме или умеренно снижено. Характерным отличием от ЖДА является нормальный или повышенный уровень сывороточного ферритина. Коррекция анемии хронической болезни возможна лишь при купировании основного патологического процесса.

46. Фуникулярный миелоз (дисметаболическая дегенерация задних и боковых столбов спинного мозга)



Проявляется парестезиями в руках и ногах, ощущением холода, «ватных ног», ползания мурашек, онемением в руках и ногах, мышечной слабостью.

47. Понятие паранеопластического синдрома

Паранеопластический синдром — симптомокомплекс, патогенетически связанный со ЗН, но прямо не зависящий от объема опухоли или ее стадии, от объема или распространенности метастазов. ПНС не сопутствует опухоли, а непосредственно вызван ею. Паранеопластический синдром — неспецифические проявления, реализующиеся через иммунные механизмы.

48. Ангина Симановского—Плаута—Венсана

Острое воспалительное заболевание небных миндалин, вызываемое находящейся в симбиозе флорой полости рта. Возникновение заболевания связывают с активацией сапрофитной флоры вследствие снижения естественной резистентности организма (веретенообразная палочка *Fusobacterium fusiformis* и лептоспира полости рта *Leptospira buccalis* могут находиться в полости рта в авирулентном состоянии). Как правило, язвенно-плечатая ангина развивается у ослабленных и истощенных больных с иммунодефицитами, гиповитаминозами, хроническими интоксикациями.

49. Фолликулярная ангина

Характеризуется преимущественным поражением фолликулярного аппарата миндалин. Фарингоскопическая картина: миндалины гипертрофированы, резко отечны, сквозь эпителиальный покров просвечивают нагноившиеся фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку (картина «звездного неба»). Нагноившиеся фолликулы вскрываются, образуя гнойный налет, не распространяющийся за пределы миндалин.

50. Острая ревматическая лихорадка

Развивается после ангины, вызванной БГСА-инфекцией.

Развитие острой ревматической лихорадки соответствует времени формирования аутоиммунных и иммунопатологических факторов. «Большие критерии» ОРЛ: полиартрит, кардит, малая хорея, ревматические узелки, кольцевидная эритема.



Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1

Пациентка Р., 54 лет, предъявляет жалобы на повышение АД с мах до 175/120 мм рт. ст., головные боли, слабость, излишнюю сонливость, одышку при физической нагрузке и увеличение массы тела на 5 кг за последние 3 месяца.

Anamnesis morbi: повышение уровня артериального давления отмечает около пяти лет. Для контроля АД принимает эналаприл 5 мг в день, однако несмотря на регулярный прием ИАПФ, уровень АД в последние три недели повышается максимально до 170/120 мм рт. ст. Для обследования и подбора эффективной терапии больная обратилась к терапевту по месту жительства.

Anamnesis vitae: Вирусный гепатит, сахарный диабет, туберкулез пациентка отрицает. Вредные привычки отрицает. Менопауза – 6 лет. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям: у матери пациентки - артериальная гипертензия с 48 лет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Объем талии 110 см. Рост 165 см, вес 89 кг. Кожные покровы: бледно-розовые, лицо одутловатое. Лимфатические узлы: не увеличены. Суставы: не изменены. Органы дыхания. Частота дыхания: 16 в мин. Дыхание: везикулярное, проводится по всем протяжению. Органы кровообращения. Границы сердца: в пределах нормальных границ. Правая граница- верхний край III ребра на 1,0—1,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - VI межреберье слева среднее ключичная линия. Тоны: ритмичные, приглушенные. На задержке дыхания- учащение ЧСС на 6-8 ударов. АД правая рука: 154 / 110 мм рт. ст. АД левая рука: 155 / 114 мм рт. ст. Пульс: 55 в мин. Органы пищеварения. Зев: не гиперемированный. Миндалины: рыхлые. Живот при пальпации мягкий: да. Мочеиспускание: безболезненное. Стул: нерегулярный, со склонностью к запорам. Внешние признаки дисплазии соединительной ткани – отсутствуют.

Ответ: Диагноз

Основной: Гипотиреоз, манифестный. Вторичная (эндокринная) артериальная гипертензия 2 стадия, степень 3, риск ССО 4 (очень высокий риск). Целевой уровень АД 120-139/70-79 мм рт. ст. ГЛЖ. Дислипидемия ИВ. Атеросклероз аорты, створок аортального клапана. Стенозирующий атеросклероз левой внутренней СА (20%).

Фоновый: Гипотиреоз. Алиментарно-конституциональное ожирение 1ст. Метаболический синдром. Повышенная гликемия натощак.

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

Задача 2

Пациент А., 60 лет, плотник, на приеме у врача общей практики предъявляет жалобы на чувство заложенности в груди, приступы затруднённого дыхания и кашля с вязкой, трудно отходящей мокротой, сопровождающимися дистантными свистящими хрипами. Приступы затрудненного дыхания и кашля провоцируются резкими запахами, вдыханием холодного воздуха и повышенной влажностью.

Anamnesis morbi: Считает себя больным с 52 лет, когда стала беспокоить одышка в зимнее время года и при физической нагрузке. В возрасте 55 лет впервые был экстренно госпитализирован в стационар с приступом затрудненного дыхания, выраженной одышкой с последующим развитием отёка мягких тканей лица после приёма нестероидного противовоспалительного препарата - аспирина. Приступ купирован парентеральным введением дексаметазона (глюкокортикоид). В последние три года в зимний и ранний весенний период – частые



приступы затруднённого дыхания и кашля с отделяемой белой, а иногда желто-зеленой мокротой. Последнее ухудшение после переохлаждения - кол-во эпизодов затруднённого дыхания увеличилось до 4 эпизодов в неделю, из них 2 развились в ночной период.

Anamnesis vitae: Табакокурение с 15 лет (выкуривает по 10-15 сигарет в день). Аллергологический анамнез: с 45 лет страдает полипозным риносинуситом; пищевая аллергия на мед, цитрусовые и морепродукты. Семейный анамнез: отец умер в 64 года, рак лёгких (в анамнезе туберкулёз лёгких), мать страдала бронхиальной астмой, артериальной гипертензией. Перенесенные операции: полипэктомия в 54 года.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Нормостеническое телосложение. Температура тела 36,7 С. Показания пульсоксиметрии SpO₂ - 94%. Кожные покровы сероватого оттенка, чистые, сухие, цианоз губ. Дыхание через нос не затруднено. ЧДД 24 в мин. Над лёгкими перкуторный звук коробочный. Аускультативно – дыхание жесткое с удлиненным выдохом, на форсированном выдохе выслушиваются сухие свистящие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент второго тона на легочной артерии. Частота сердечных сокращений 92 в мин. АД 135/80 мм рт. ст. Периферических отёков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края рёберной дуги.

Ответ: Диагноз:

Основной: Бронхиальная астма аллергическая форма, персистирующая, средней степени тяжести, частично контролируемая. Риносинусит полипозный рецидивирующий. Непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов: «аспириновая триада» / индуцированное ацетилсалициловой кислотой.

Осложненный: Хроническое легочное сердце. Легочная гипертензия 1 степени (давление в ЛА – 34 мм рт.ст.). ДН 1ст

Сопутствующий: Хроническая обструктивная болезнь лёгких, вне обострения.

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

Задача 3

Больной К., 63 года, на приеме у врача терапевта. Предъявляет жалобы на повышение АД до 210/120 мм рт. ст., одышку при физической нагрузке, головные боли, слабость, повышенное потоотделение.

Anamnesis morbi: повышение уровня артериального давления отмечает на протяжении 7 лет, при этом антигипертензивную терапию постоянно не принимает. Периодически, особенно при головной боли, принимает спазмолгон и периндоприл 5 мг. В последний месяц стала беспокоить одышка, возникающая при обычной физической нагрузке, слабость, сонливость днем, в связи с чем обратился к участковому терапевту.

Anamnesis vitae: В детстве перенес эпидемический паротит. Простудные заболевания – 3–4 раз в год. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям – у отца пациента артериальная гипертензия. Пациент курит 40 лет, 15 -20 сигарет в день. За последние 4 недели за пределы региона места жительства не выезжал. Пациент привит вакциной «Гам-Ковид-Вак» 6 месяцев назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Объем талии 110 см, рост 176 см, вес 113 кг. Кожные покровы: бледно-розовые. Влажность: обычная, потливость умеренная. Лимфатические узлы: не увеличены. Суставы: не изменены. Частота дыхания: 16 в мин Дыхание: везикулярное, проводится по всем протяжении. Органы кровообращения. Границы сердца: Правая граница - 1,0—1,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - +1,0 по VI межреберье слева среднее ключичная линия. Тоны: ритмичные, приглуше-



4 000646 48702

ны. ЧСС – 90 уд/мин. АД на левой руке 170/90 мм рт. ст., на правой – 180/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков голеней нет.

Ответ: Диагноз

Основной: Гипертоническая болезнь 2 стадия, степень 3, риск ССО 3 (высокий риск). Целевой уровень АД 120-139/70-79 мм рт. ст. ГЛЖ. Дислипидемия IIВ. Атеросклероз аорты, створок аортального клапана. Стенозирующий атеросклероз левой внутренней СА (20%).

Фоновый: Метаболический синдром. Нарушенная гликемия натощак.

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

Задача 4

Пациент В, 37 лет, предъявляет жалобы на малопродуктивный кашель, повышение температуры тела до 38,9°C, боль в грудной клетке при вдохе, общую слабость и озноб. Насморк и боли в горле не беспокоят.

Anamnesis morbi: Считает себя больным в течение 10 дней, когда на фоне субфебрильной температуры появилась боль в суставах и сухой кашель. В течении недели самостоятельно принимал растительно содержащие муколитики (мукалтин) без особого эффекта. В последние 2 дня жалобы усилились, появилась боль в грудной клетке, в связи с чем обратился за помощью к участковому терапевту.

Anamnesis vitae: Контакт с инфекционными больными отрицает. Аллергический анамнез неотягощен. Вредные привычки: периодически употребляет алкоголь до 450 мл в неделю, не курит. В течении последних трех лет отмечает повышение уровня артериального давления с максимальными подъемами до 150/80 мм рт. ст., в связи с этим постоянно принимает эналаприл 5,0 мг в сутки.

Объективно: Состояние на момент осмотра средней степени тяжести, температура тела 38,7°C. Вес 97 кг, рост 169 см. SpO₂ по данным пульсоксиметрии: 94%. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, с гиперемией щек. Зев: чистый, не гиперемирован. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, больше справа. Выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах справа. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 97 уд. в мин, ритм правильный. АД 150/90 мм рт.ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, не вздут, безболезненный. Стул: без особенностей. Менингеальных симптомов нет, в позе Ромберга устойчив.

Ответ: Диагноз

Основной: Внебольничная очаговая, правосторонняя полисегментарная пневмония, среднетяжелое течение.

Осложнение основного диагноза: ДН 1.

Фоновый: Эссенциальная артериальная гипертензия 1 стадия, степень 1, риск ССО 3 (высокий риск). Целевой уровень АД 120-139/70-79 мм рт. ст. ГЛЖ. Дислипидемия IIб. Атеросклероз аорты.

Сопутствующий: Алиментарно-конституциональное ожирение Iст. Метаболический синдром.

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

Задача 5

Пациент С., 87 лет, предъявляет жалобы на продуктивный кашель, повышение температуры тела до 37,3 °C, общую слабость.



Anamnesis morbi: Считает себя больным в течение 6 дней, когда стал отмечать у себя появление надсадного сухого кашля. В течении недели самостоятельно принимал парацетомол. В последние два дня жалобы усилились, появилась боль в грудной клетке, в связи с чем обратился к участковому врачу терапевту.

Anamnesis vitae: Контакт с инфекционными больными отрицает. Аллергический анамнез неотягощен. Вредные привычки: не курит, не употребляет алкоголь. Перенесенные операции: пластика правосторонней паховой грыжи 10 лет назад, аппендэктомия – 40 лет назад. Пациент привит вакциной «Гам-Ковид-Вак» 6 месяцев назад.

Объективно: Состояние на момент осмотра средней тяжести, температура тела 37,7 °С. Вес 67 кг, рост 164 см. SpO₂ по данным пульсоксиметрии: 95%. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Зев: чистый, не гиперемирован. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, больше справа. Выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах правого легкого. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 84 уд. в мин, ритм правильный. АД 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, не вздут, безболезненный. Стул: без особенностей. Менингеальных симптомов нет, в позе Ромберга устойчив. Пальценосовая проба: выполняет.

Ответ: Диагноз

Основной: Внебольничная очаговая, правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелое течение.

Осложнение основного диагноза: Правосторонний гидроторекс. ДН 1.

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

Задача 6

Больной К., 59 лет, на приеме у врача терапевта. Предъявляет жалобы на повышение АД с максимумом до 190/120 мм рт. ст., частые головные боли, ухудшение остроты зрения за последние 6 месяцев.

Anamnesis morbi: повышение уровня артериального давления отмечает в течении 2-х лет. Максимальный уровень АД ранее достигал 160–170/100 мм рт. ст. Антигипертензивную терапию постоянно не принимает. Периодически каптоприл 25 мг и/или моксонидин 0.2 мг утром. В последний месяц стала беспокоить одышка, возникающая при минимальных физических нагрузках, слабость, сонливость днем.

Anamnesis vitae: Вирусные гепатиты, сахарный диабет, хронические бронхолегочные и сердечно-сосудистые заболевания отрицает. В анамнезе - хронический пиелонефрит (за последние 2 года - обострение 1 раз). Пациент не курит, умеренно употребляет слабоалкогольные напитки (1-2 раза в неделю, 150-200 мл сухого вина). Наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Телосложение - гиперстеничное. Объем талии 110 см, вес- 89 кг, рост – 164 см. Кожные покровы: бледно-розовые. Влажность: обычная, потливость умеренная. Лимфатические узлы: не увеличены. Суставы: не изменены. Частота дыхания: 16 в мин Дыхание: везикулярное, проводится на всем протяжении. Органы кровообращения. Границы сердца: Правая граница- 1,0—1,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - +1,0 по VI межреберье слева среднее ключичная линия. Тоны: ритмичные, приглушен первый тон на митральном клапане, акцент второго тона на аорте. ЧСС – 90 уд/мин. АД на левой руке 170/90 мм рт. ст., на правой – 180/90 мм рт. ст. при аускультации брахиоцефальных сосудов (общей сонной артерии справа и слева) выслушивается аускультативный шум, более выраженный слева. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги. Отеков голеней нет.

Ответ: *Основной:* Гипертоническая болезнь 3 стадия, степень 3, риск ССО 3 (очень высокий)



риск). Целевой уровень АД 120-139/70-79 мм рт. ст. Гипертрофия левого желудочка. Гиперлипидемия (Гиперлипопротеидемия – ГЛП). Тип IIa. Атеросклероз аорты, створок аортального клапана. Стенозирующий атеросклероз левой внутренней СА (60%).

сопутствующий: Хронический пиелонефрит, ремиссия

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

Задача 7

Больной Ш. 75 года, пенсионер. Обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на дискомфорт в грудной клетке, ощущение замирания сердца, головные боли в теменной области, одышку смешанного характера, возникающую преимущественно при физической нагрузке средней интенсивности: работа на приусадебном участке, быстрой пешей ходьбе, подъёме на третий и более лестничный пролет.

Anamnesis morbi: Пациент на протяжении 12 лет страдает АГ. По рекомендации врача длительное время принимает бисопролол 10 мг в сутки. Ухудшение своего состояния стал отмечать в течение последнего месяца, когда несмотря на получаемую терапию периодически отмечает усиление одышки при физической нагрузке, ощущение перебоев в сердце.

Anamnesis vitae: Вредные привычки: не курит, не употребляет алкоголь. Туберкулез, сахарный диабет отрицает. В 54 года выявлено варикозное расширение вен нижних конечностей хроническая венозная недостаточность, в возрасте 70 лет перенесла ОНМК. Отец страдал сахарным диабетом и бронхиальной астмой. Аллергологический анамнез – без особенностей. Вредные привычки отрицает.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, телосложение астеническое. Вес – 61 кг, рост – 178 см. Кожные покровы бледные. В легких - дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Частота дыхания 17 в мин. Границы сердца смещены влево, вниз на 1,0 см. Тоны сердца ритмичные, приглушен I тон на МК. ЧСС – 64 удара в минуту, АД на правой руке – 142/88 мм рт.ст., АД на левой руке – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги. Селезенка и почки не пальпируются. Продольный размер селезенки при перкуссии – 7 см. На нижних конечностях – варикозно-расширенные вены без трофических изменений кожи и подкожных тканей, пульсация сосудов сохранена.

Ответ: Диагноз:

Основной: ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. Гипертоническая болезнь 3 стадия, медикаментозно-контролируемая, риск ССО 4 (очень высокий риск). Целевой уровень АД 120-139/70-79 мм рт. ст. Гипертрофия левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз экстракраниальных отделов БЦА: Стеноз правой подключичной артерии 30%, общей сонной артерии 21%. Гиперлипидемия (Гиперлипопротеидемия – ГЛП). Тип IIb.

Осложненный: Хроническая ишемия мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. нарушения ритма и проводимости по типу полной блокады правой ножки пучка Гиса. Единичной НЖЭ, ЖЭ. Гипертоническая ангиопатия.

Сопутствующий диагноз: Варикозная болезнь сосудов нижних конечностей. Дальнозоркость слабой степени с астигматизмом.

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

Задача 8

Больной 48 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на загрудинные боли в покое, одышку и чувство нехватки воздуха. При детальном опросе - загрудинные боли еже-

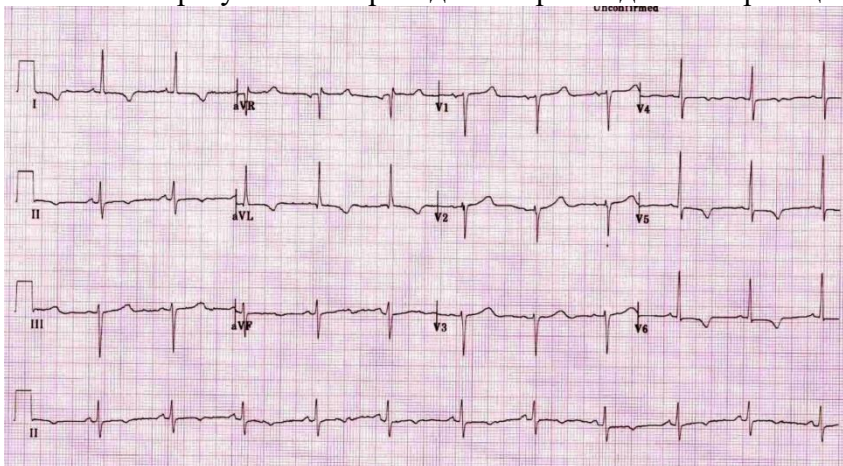


дневно возникают в течении последней недели даже во время незначительной физической нагрузки, длительностью 10-20 мин. Сегодня загрудинная боль более высокой интенсивности возникла ранним утром, плохо купируется приемом нитратов, в связи с чем больной обратился к дежурному врачу-терапевту.

Anamnesis morbi: Страдает артериальной гипертонией на протяжении 6 лет, максимальный подъем АД до 180/90 мм. Антигипертензивную терапию постоянно не принимает. Периодически – каптоприл или эналаприл.

Anamnesis vitae: Вирусные гепатиты, сахарный диабет, хронические бронхолегочные и сердечно-сосудистые заболевания отрицает. Пациент не курит. Наследственность отягощена – у матери ИБС.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение – гиперстеническое, ИМТ – 32,6 кг/м². Кожные покровы бледно-розовой окраски. Отеков периферических нет. Лимфатические узлы не увеличены. При аускультации жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в мин. Область сердца не изменена, при аускультации тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, шумы не выслушиваются. ЧСС-98 ударов в мин. АД на правой руке - 100/59 мм рт. ст. АД на левой руке - 102/60 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. По экстренным показаниям проведена регистрация ЭКГ. Анализы крови и мочи, ЭхоКГ прилагаются по результатам проведенной ранее диспансеризации



Ответ: Диагноз:

Основной: ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. Гипертоническая болезнь 3 стадия, медикаментозно-контролируемая, риск ССО 4 (очень высокий риск). Целевой уровень АД 120-139/70-79 мм рт. ст. Гипертрофия левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз экстракраниальных отделов БЦА: Стеноз правой подключичной артерии 30%, общей сонной артерии 21%. Гиперлипидемия (Гиперлипопротеидемия – ГЛП). Тип IIб.

Осложненный: Хроническая ишемия мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. нарушения ритма и проводимости по типу полной блокады правой ножки пучка Гиса. Единичной НЖЭ, ЖЭ. Гипертоническая ангиопатия.

Сопутствующий диагноз: Варикозная болезнь сосудов нижних конечностей. Дальнозоркость слабой степени с астигматизмом.

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

Задача 9

На приеме у врача-терапевта участкового пациент Е. 42 лет, учитель средней школы. Жалоб активных не предъявляет. Во время прохождения диспансеризации месяц назад выявлена гликемия натощак 6,8 ммоль/л. По рекомендации участкового терапевта проводил самокон-



троль уровня глюкозы по глюкометру в домашних условиях в течении недели глюкоза натощак в пределах 6,8-7,5 ммоль/л. Уровень глюкозы на протяжении трех последних дней через 2 часа после еды 11,2-11,8 ммоль/л.

Anamnesis morbi: пациент отмечает хорошее самочувствие. Медикаментозную терапию в настоящее время не получает.

Anamnesis vitae: Табакокурение 20 лет, 10-15 сигарет в день. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям – у матери пациента в 40 лет была диагностирована артериальная гипертензия. Синдром раздраженной кишки с диареей с 28 лет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеничное. Кожные покровы: бледно-розовые, умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Объем талии 110 см. рост – 184 см, вес - 102 кг. Индекс массы тела (ИМТ) – 30,1 кг/м. Лимфатические узлы: не увеличены. Суставы: не изменены. Частота дыхания: 16 в мин. Дыхание: везикулярное, проводится по всем легочным полям. Органы кровообращения. Границы сердца: Правая граница- верхний край III ребра на 1,0—1,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - +1,0 по VI межреберье слева среднее ключичная линия. Тоны: ритмичные, ясные. ЧСС – 80 уд/мин. АД на левой руке 130/80 мм рт. ст., на правой – 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков голеней нет.

Ответ: *Основной:* Сахарный диабет 2 типа, впервые установленный.

Сопутствующий: алиментарно-конституциональное ожирение 1 степени. Синдром раздраженной кишки с диареей.

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

Задача 10

Пациент А., 50 лет, автослесарь, на приеме у врача общей практики. Предъявляет жалобы на кашель с мокротой желто-зеленого цвета и одышку при физической нагрузке.

Anamnesis morbi: отмечает редкий кашель на протяжении 10 лет; полгода назад появилось незначительное снижение толерантности к физической нагрузке, слабость и одышка при подъеме более двух лестничных пролета. В связи с ухудшением переносимости физической активности и появлением одышки пациент стал постепенно уменьшать темп ходьбы, избегать подъемов по лестнице. Обследование не проходил. Лекарственные препараты не принимает. Неделю назад, после перенесенного ОРВИ, усилилась одышка, возник утренний кашель приступообразного характера с обильным отхождением мокроты желто-зеленого цвета.

Anamnesis vitae: Табакокурение на протяжении 35 лет (по 2 пачки в день, ИК = 90 п/л). В настоящее время – не курит. Аллергологический анамнез: с 45 лет страдает полипозным риносинуситом. Семейный анамнез: отец умер в 64 года, рак лёгких (в анамнезе туберкулёз лёгких). Мать умерла в 86 лет, страдала АГ и ХСН.

Объективно: Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, повышенного питания, форма грудной клетки - бочкообразная. Рост 187 см, вес 110 кг. Деформации скелета нет. Кожные покровы чистые, сухие. Тургор кожи нормальный. Ногтевые пластинки деформированы, уплощены. Видимые слизистые бледно-розового цвета, без патологий. Язык розовый, правильной формы, обложен белым налетом. Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания брюшной. Форма грудной клетки бочкообразная, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Пальпация грудной клетки: безболезненная, эластичная, ослабление голосового дрожания справа. При сравнительной перкуссии определяется перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. Верхушечный толчок пальпируется на уровне пятого межреберья на 1 см кнаружи от левой среднеключичной ли-



нии. Пульс 82 ударов в минуту, напряжен, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление в плечевой артерии составляет 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушен 1 тон на митральном клапане, усилен 2 тон на клапане легочной артерии. Частота сердечных сокращений 82 в мин. Почки не пальпируются, поколачивание по поясничной области безболезненный. Патологических симптомов нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края рёберной дуги. Периферических отёков нет.

Ответ : Диагноз:

Основной: Хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжелой степени. Фаза обострения.

Осложненный: Хроническое легочное сердце. Легочная гипертензия 1 степени. Эмфизема легких.

Лечение в соответствии с действующими российскими клиническими рекомендациями.

ФОС (фонд оценочных средств) дисциплины поликлиническое дело разработан кафедрой Поликлинической терапии ИКМ им. Н.В. Склифосовского

Принят на заседании кафедры Поликлинической терапии ИКМ

от «14» января 2025 г., протокол № 6

Заведующий кафедрой
Поликлинической терапии
ИКМ

(подпись)

Осадчук М.А.
(фамилия, инициалы)

Одобрена Центральным методическим советом

от «31» января 2025 г., протокол № 2