

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

Институт клинической медицины им.
Н.В.Склифосовского
Кафедра факультетской терапии №2

Фонд оценочных средств по дисциплине

Факультетская терапия

основная профессиональная образовательная программа высшего
профессионального образования - программа специалитета

31.05.01 «Лечебное дело»

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

1) Основным инструментальным методом исследования для подтверждения диагноза пневмония является:

- A. Бронхоскопия.
- B. Сцинтиграфия легких
- C. Рентгенография органов грудной полости в 2-х проекциях. +
- D. Спирометрия

2) При проведении диагностического поиска при внебольничной пневмонии необходимо провести:

- A. Сбор анамнеза, МСКТ органов грудной клетки, бронхоскопию
- B. Физикальное обследование, общий анализ крови, спирометрию
- C. Сбор анамнеза, физикальное обследование, рентгенографию органов грудной клетки в 2-х проекциях. +
- D. Сбор анамнеза, исследование мокроты, спирометрию

3) У взрослых лобарная пневмония чаще всего вызывается:

- A. *Mycoplasma pneumoniae*
- B. *Streptococcus pneumoniae* +
- C. *Klebsiella pneumoniae*
- D. *Legionella pneumoniae*

4) Для очаговой пневмонии характерно:

- A. Ослабленное дыхание над очагом поражения, +
- B. Отсутствие изменений на рентгенограмме
- C. Мелкопузырчатые влажные звонкие хрипы +
- D. Амфорическое дыхание над очагом поражения

5) Препаратами первого ряда для лечения внебольничной пневмонии нетяжелого течения являются:

- A. Аминогликозиды
- B. Цефалоспорины III-го поколения
- C. Тетрациклины
- D. Полусинтетические пенициллины. +

6) Основным направлением в лечении пневмонии является проведение:

- A. Этиотропной терапии +
- B. противовоспалительной терапии
- C. бронхолитической терапии
- D. муколитической терапии

7) Для внебольничной пневмонии наиболее характерны синдромы:

- A. Интоксикационный и синдром воспалительной инфильтрации легочной ткани. +
- B. Бронхообструктивный и синдром дыхательной недостаточности
- C. Бронхообструктивный и синдром повышенной воздушности лёгочной ткани

D. Интоксикационный и синдром дыхательной недостаточности

8) Укорочение перкуторного звука характерно для:

- A. Пневмоторакса
- B. Пневмонии. +
- C. Диффузного пневмосклероза
- D. Буллёзной эмфиземы лёгких

9) К легочным осложнениям пневмонии относится

- A. ДВС-синдром
- B. Инфекционно-токсический шок
- C. Менингоэнцефалит
- D. Эмпиема плевры +

10) Антибактериальную терапию при пневмонии необходимо проводить до:

- A. Снижения СОЭ до нормальных значений
- B. Прекращения кашля
- C. 3-4-го дня стойко нормальной температуры. +
- D. Нормализации рентгенологической картины

11) Синдром воспалительной инфильтрации легочной ткани характеризуется:

- A. Усилением голосового дрожания и укорочением перкуторного звука +
- B. Появлением свистящего дыхания и коробочного перкуторного звука
- C. Появлением амфорического дыхания и тимпанита над зоной поражения,
- D. Ослаблением голосового дрожания и появлением перкуторного звука с коробочным оттенком

12) К внелегочным осложнениям пневмонии относят:

- A. Эмпиему плевры
- B. Парапневмонический плеврит
- C. Инфекционно-токсический шок. +
- D. Острую дыхательную недостаточность

13) Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является:

- A. Синегнойная палочка
- B. Стафилококк
- C. Пневмококк +
- E. Легионелла

14) Пневмония, вызванная микоплазмой, характеризуется

- A. Наличием склонности к абсцедированию
- B. Наличием четко очерченных инфильтратов на рентгенограмме органов грудной клетки
- C. Преимущественным развитием у больных, находящихся на лечении в стационаре
- D. Предшествующими симптомами поражения верхних дыхательных путей. +

15) Синдром поражения дыхательных путей характеризуется:

- A. Наличием кашля с мокротой и влажных мелкопузырчатых хрипов +

- В. Появлением болей в грудной клетке при кашле и при глубоком дыхании
- С. Дыханием с удлиненным выдохом и сухими свистящими хрипами на выдохе
- Д. Появлением шума трения плевры при аускультации

16) Синдром уплотнения легочной ткани характеризуется:

- А. Притуплением перкуторного звука +
- В. Коробочным перкуторным звуком
- С. Тимпаническим перкуторным звуком
- Д. Металлическим перкуторным звуком

17) Современная клинико-патогенетическая классификация пневмоний выделяет:

- А. Нозокомиальные пневмонии +
- В. Паразитарные пневмонии
- С. Бронхопневмонии
- Д. Интерстициальные пневмонии

18) Больной вечером был госпитализирован для проведения плановой холецистэктомии. Утром у него повысилась температура до фебрильных цифр, появился кашель, при рентгенологическом исследовании выявлена пневмония. Согласно клинико-патогенетической классификацией с учетом эпидемиологических данных, пневмония, выявленная у пациента является

- А. Внебольничной +
- В. Госпитальной
- С. Связанной с оказанием медицинской помощи
- Д. Атипичной

19) Стадия прилива при пневмонии характеризуется:

- А. Наличием выпота белков плазмы (фибрина) в альвеолы и мелкие бронхи
- В. Наличием диапедеза форменных элементов крови (эритроцитов) в альвеолы
- С. Гиперемией легочной ткани, нарушением проходимости капилляров с нарастанием воспалительного отека +
- Д. Наличием большого количества нейтрофилов в альвеолах

20) Для течения пневмоний у пожилых людей характерно

- А. Острое начало заболевания с выраженным болевым синдромом
- В. Легкое течение с маловыраженным интоксикационным синдромом
- С. Появление / усиление одышки, появление нарушений со стороны ЦНС (спутанность сознания, заторможенность, дезориентация) +
- Д. Длительное течение с маловыраженными симптомами интоксикации

21) Не все микроорганизмы, вызывающие развитие пневмонии, можно выделить при бактериологическом исследовании мокроты, к ним относятся:

- А. Стрептококк
- В. Гемофильная палочка
- С. Стафилококк
- Д. Микоплазма +

22) Пневмонии, вызванные микоплазмой, характеризуются

- A. Высокой смертностью
- B. Использованием стероидов для их лечения
- C. Развитием только у больных с выраженным иммунодефицитом
- D. Постепенным началом, наличием катаральных явлений, отсутствием выраженных очагово-инфильтративных изменений на рентгенограмме +

23) Студент 21 года обратился к врачу поликлиники с жалобами на повышение температуры тела до 38,0°C, заложенность носа, боли в горле, мучительный кашель со скудной мокротой, боли в мышцах конечностей и крупных суставах,. При физикальном осмотре – жесткое дыхание, единичные сухие свистящие хрипы. На рентгенограмме грудной клетки – на фоне усиления легочного рисунка негетерогенная инфильтрация в нижней доле справа. Наиболее вероятным возбудителем заболевания является.

- A. *Streptococcus pneumoniae*
- B. *Klebsiella pneumoniae*
- C. *Candida albicans*
- D. *Mycoplasma pneumoniae*. +

24) У ВИЧ-инфицированного пациента появилась и постепенно выросла до выраженной одышка, и непродуктивный кашель. При осмотре – жесткое дыхание, ослабленное дыхание в нижних отделах грудной клетки. На рентгенограмме грудной клетки – прикорневое снижение воздушности легочной ткани, «облаковидные» инфильтраты с двух сторон. Наиболее вероятным возбудителем заболевания в данном случае является

- A. Стафилококк
- B. Пневмоциста +
- C. Пневмококк
- D. Гемофильная палочка

25) Пациент 70 лет, курильщик, неделю назад перенес грипп. Предъявляет жалобы на резкое повышение температуры тела до 39 С, резкую слабость, одышку, кашель со скудной слизисто-гноющей мокротой с примесью крови. При физикальном обследовании – определяется участок притупления перкуторного звука ниже угла лопатки справа, над зоной притупления выслушиваются влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. При микроскопии мокроты с окраской по Граму - грамположительные кокки в виде гроздьев винограда. Наиболее вероятным возбудителем заболевания в данном случае является

- A. Вирус гриппа
- B. Микоплазма
- C. Пневмококк
- D. Стафилококк +

26) К характерным изменениям в общем анализе крови при пневмонии нетяжелого течения относится

- A. Снижение СОЭ

- В. Лимфоцитоз
- С. Нейтрофильный лейкоцитоз +
- Д. Тромбоцитопения

27) У лиц, злоупотребляющих алкоголем, часто развивается пневмония, характеризующаяся тяжелым течением, поражением верхних долей легких, часто сопровождается кровохарканьем, характеризуется появлением гомогенной инфильтрации с формированием очагов деструкции на рентгенограмме. Наиболее вероятным возбудителем в данном случае является

- А. *Klebsiella pneumoniae* +
- В. *Pneumocystis carinii*
- С. *Mycoplasma pneumoniae*
- Д. *Chlamydia pneumoniae*

28) К основным клиническим симптомам бронхиальной астмы в стадии обострения относится:

- А. Удлинение выдоха, сухие свистящие хрипы, слышимые на расстоянии +
- В. Увеличение длительности вдоха, свистящие хрипы на вдохе
- С. Кашель с обильным отхождением светлой мокроты
- Д. Ослабление дыхания, влажные мелкопузырчатые хрипы

29) Признаком бронхообструктивного синдрома является:

- А. Амфорическое дыхание
- В. Крепитация
- С. Сухие свистящие хрипы на выдохе +
- Д. Влажные хрипы в нижних отделах легких

30) К бронхорасширяющим средствам относятся

- А. Блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов
- В. Симпатомиметики. +
- С. Селективные бета-адреноблокаторы
- Д. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов

31) Одним из основных механизмов обструкции дыхательных путей является

- А. Уменьшение выработки бронхиального секрета
- В. Снижение тонуса мышц бронхов
- С. Гиперфункция реснитчатого эпителия
- Д. Отек слизистой оболочки бронхов. +

32) При проведении спирометрии с бронхолитической пробой основным показателем обратимости бронхиальной обструкции является:

- А. Уменьшение ОФВ₁ более чем на 15%
- В. Увеличение индекса Тиффно
- С. Уменьшение индекса Тиффно
- Д. Прирост ОФВ₁ более чем на 12%. +

33) Выберите наиболее характерные изменения лабораторных показателей у больных аллергической бронхиальной астмой:

- A. Увеличение уровня С-реактивного белка крови
- B. Увеличение количества эозинофилов в крови +
- C. Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
- D. Наличие альвеолярных макрофагов в общем анализе мокроты

34) Выберите препарат, ингибирующий фосфодиэстеразу гладкомышечных клеток:

- A. Сальбутамол
- B. Атровент
- C. Беродуал
- D. Теофиллин +

35) Для астматического статуса характерно

- A. Появление зон «немного легкого» +
- B. Обильная мокрота
- C. Появление бронхиального дыхания
- D. Притупление перкуторного звука в нижних отделах легких

36) К возможным осложнениям системной глюкокортикостероидной терапии у больных бронхиальной астмой относят:

- A. Гиперурикемию
- B. Артериальную гипотензию
- C. Образование язв и эрозии в желудке +
- D. Гипогликемию

37) Изменения клинического анализа крови у больных аллергической бронхиальной астмы проявляются

- A. Нейтрофилией
- B. Лимфопенией
- C. Моноцитозом
- D. Эозинофилией +

38) К базисным препаратам для лечения бронхиальной астмы относят

- A. Бета2-агонисты короткого действия
- B. Ингаляционные ГКС +
- C. Муколитики
- D. Холинолитические препараты короткого действия

39) К признакам, характерным для бронхиальной астмы легкого интермиттирующего течения относится

- A. Дневные приступы удушья реже 4 раз в неделю
- B. Ночные симптомы не чаще 1 раза в неделю
- C. ПСВ более 80% от должного +
- D. Суточные колебания ПСВ более 25%

40) «Аспириновая» триада характеризуется

- A. Наличием полипозного риносинусита +

- В. Непереносимостью глюкокортикостероидов
- С. Развитием приступов удушья на прием препаратов группы пенициллина
- Д. Высоким уровнем Ig E

41) При персистирующей бронхиальной астме средней степени тяжести показано назначение:

- А. Ингаляционных ГКС в суточной дозе до 500 мкг
- В. Омализумаба
- С. Ингаляционных ГКС в суточной дозе до 1000 мкг +
- Д. Пероральных глюкокортикостероидов

42) Для аллергической бронхиальной астмы характерно

- А. Частое сочетание астмы с ринитом, дерматитом +
- В. Низкий эффект глюкокортикостероидов
- С. Низкий уровень Ig E в крови
- Д. Непереносимость НПВС

43) К признакам, характерным для бронхиальной астмы тяжелого течения, относят

- А. Ночные симптомы 1 раз в неделю
- В. ПСВ менее 80% от должного
- С. Суточные колебания ПСВ менее 20%
- Д. Суточные колебания ПСВ более 30%. +

44) Больным бронхиальной астмой легкого персистирующего течения рекомендовано назначение:

- А. Омализумаба
- В. Теофиллинов пролонгированного действия
- С. Ингаляционных ГКС в суточной дозе 200-500 мкг. +
- Д. Ингаляционных ГКС в суточной дозе 800-1000 мкг

45) К методам для выявления бронхиальной обструкции относится

- А. Рентгеноскопия
- В. Спирометрия. +
- С. Фибробронхоскопия
- Д. Пульсоксиметрия

46) У больных бронхиальной астмой ингаляционные ГКС используют как препараты, оказывающие

- А. Бронходилатационное действие
- В. Противовоспалительное действие. +
- С. Антибактериальное действие
- Д. Муколитическое действие

47) К основным механизмам бронхиальной обструкции при бронхиальной астме относится

- А. Повышенная выработка IgG

- В. Бронхоспазм. +
- С. Повышенная выработка IgE
- D. Увеличение активности мукоцилиарного транспорта

48) В мокроте больных atopической бронхиальной астмой часто можно найти скопления

- A. Альвеолярных макрофагов
- В. Эозинофилов. +
- С. Нейтрофилов
- D. Эритроцитов

49) Укажите изменения в клиническом анализе крови, характерные для аллергической бронхиальной астмы

- A. Повышение СОЭ
- В. Снижение уровня гемоглобина +
- С. Повышение уровня базофилов
- D. Повышение уровня эозинофилов

50) Для выявления гиперреактивности бронхов выполняют спирометрию с проведением фармакологической пробы, для которой используют

- A. Ипратропия бромид
- В. Нитроглицерин
- С. Метакхолин. +
- D. Сальбутамол

51) Проба с бронхолитиком при проведении спирометрии оценивается как положительная при увеличении

- A. ЖЕЛ на 12 % и более
- В. ФЖЕЛ на 20 % и более
- С. ОФВ₁ на 12 % и более. +
- D. ОФВ₁/ФЖЕЛ на 10 % и более

52) К бронхолитическим препаратам относят

- A. β_2 -адреномиметики. +
- В. Кромоны
- С. Мукорегуляторы
- D. Антагонисты лейкотриенов

53) Диагноз хронического бронхита может быть поставлен больному при наличии следующих признаков:

- A. Кашель с мокротой не менее 3 месяцев в году подряд в течение 2 последних лет. +
- В. Кашель с мокротой в течение 3 месяцев в году
- С. Возникновение острого бронхита трижды за последние 2 года
- D. Кашель с мокротой беспокоит в течение 3-х месяцев после перенесенной пневмонии

54) Для улучшения работы мукоцилиарного транспорта используют:

- A. Эуфиллин
- B. Лазолван. +
- C. Левофлоксацин
- D. Индометацин

55) При проведении ФВД для больных ХОБЛ характерно:

- A. Прирост ОФВ1 более чем на 20% при пробе с бронходилататором
- B. Индекс Тиффно более 80%
- C. Значение ОФВ1 более 90%
- D. Прирост ОФВ1 менее чем на 12% при пробе с бронходилататором. +

56) Основные препараты, применяемые для лечения больных с ХОБЛ:

- A. Муколитические препараты
- B. Системные глюкокортикостероиды
- C. Противокашлевые препараты
- D. Бронходилататоры. +

57) К эндогенным факторам риска развития ХОБЛ относят:

- A. Дефицит $\alpha 1$ -антитрипсина. +
- B. Курение
- C. Длительное воздействие неблагоприятных экологических и профессиональных факторов
- D. Частые вирусные инфекции

58) Показатели ФВД, характерные для ХОБЛ легкого течения:

- A. ОФВ1 80% и более от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%. +
- B. ОФВ1/ФЖЕЛ более 80% от должного
- C. ОФВ1 менее 50% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ более 70%
- D. ОФВ1 50% от должного

59) Укажите клинические признаки хронического необструктивного бронхита:

- A. Уменьшение подвижности нижнего края легких
- B. Наличие влажных хрипов при аускультации
- C. Расширение границ сердца вправо
- D. Жесткое дыхание. +

60) К факторам риска ХОБЛ относят:

- A. Аномалии строения грудной клетки
- B. Снижение выработки IgM.
- C. Злоупотребление алкоголем.
- D. Активное и пассивное курение +

61) Микроорганизмы, наиболее часто вызывающие обострения хронического бронхита:

- A. Enterococcus spp.
- B. Streptococcus pneumoniae +
- C. Legionella pneumoniae

D. *Staphylococcus aureus*

62) Клинические признаки обострения хронического необструктивного бронхита:

- A. Появление сухого приступообразного кашля с мучительной одышкой.
- B. Появление одышки в покое.
- C. Усиление кашля, увеличение количества мокроты, появление гнойной мокроты +
- D. Развитие приступа удушья

63) Клинические признаки ХОБЛ:

- A. Усиление голосового дрожания
- B. Усиление бронхофонии
- C. При сравнительной перкуссии выявляется тимпанит
- D. Сухие рассеянные хрипы +

64) Укажите клинические признаки обострения ХОБЛ:

- A. Рецидивирующие приступы удушья, дистанционные хрипы
- B. Кровохарканье
- C. Усиление одышки, кашля, продукции мокроты. +
- D. Появление болей в грудной клетке при дыхании

65) Физикальные признаки эмфиземы легких:

- A. Уменьшение экскурсии нижнего края легких при дыхании. +
- B. Притупление перкуторного звука
- C. Амфорическое дыхание
- D. Усиление бронхофонии

66) Признаком повышения давления в легочной артерии является:

- A. Акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. +
- B. Акцент II тона во втором межреберье справа от грудины
- C. Дефицит пульса
- D. Усиленный верхушечный толчок

67) Базисной терапией для больных ХОБЛ является:

- A. Использование бронходилататоров длительного действия +
- B. Использование муколитиков
- C. Использование антибактериальных препаратов
- D. Использование ингибиторов лейкотриеновых рецепторов

68) При исследовании мокроты больных хроническим бронхитом в период обострения часто выявляют:

- A. Большое количество клеток с признаками атипии
- B. Большое количество нейтрофильных лейкоцитов +
- C. Большое количество эозинофилов
- D. Большое количество эритроцитов

69) В клиническом анализе крови больных с хроническими бронхитами в

период обострения можно наблюдать:

- A. Моноцитоз
- B. Незначительный нейтрофильный лейкоцитоз +
- C. Лимфопения
- D. Тромбоцитопения

70) Изменения крови, характерные для больных ХОБЛ тяжелого течения при развитии хронической гипоксии:

- A. Высокий уровень гемоглобина +
- B. Тромбоцитоз
- C. Снижение гематокрита
- D. Увеличение количества лимфоцитов

71) Препаратом выбора для длительной терапии ХОБЛ является:

- A. Фенотерол
- B. Тиотропия бромид. +
- C. Эуфиллин
- D. Сальбутамол

72) Механизм действия ипратропия бромида:

- A. Бронходилатация за счет блокады М-холинорецепторов. +
- B. Бронходилатация за счет активации β_2 -адренорецепторов
- C. Муколитическое действие
- D. Антигистаминный эффект

73) Показанием к назначению ингаляционных глюкокортикостероидов при ХОБЛ является:

- A. Наличие интоксикационного синдрома.
- B. Появление признаков гиперкапнии.
- C. Наличие признаков легочной гипертензии.
- D. Тяжелое течение заболевания с частыми обострениями +

74) Пролонгированным β_2 -адреномиметиком является:

- A. Ипратропия бромид
- B. Эуфиллин
- C. Сальметерол. +
- D. Тиотропия бромид

75) Наиболее вероятной причиной развития ХОБЛ из ниже представленных является:

- A. Воздействие аллергенов
- B. Артериальная гипертензия
- C. Ишемические нарушения
- D. Курение. +

76) На ЭКГ регистрируется правильный ритм, перед каждым комплексом QRS визуализируется зубец Р, ЧСС составляет 94 удара в минуту, что характерно для:

- A. Фибрилляции предсердий
- B. Трепетания предсердий
- C. Желудочковой экстрасистолии
- D. Синусовой тахикардии +

77) Синусовая тахикардия может возникать при всех нижеперечисленных состояниях, кроме:

- A. Гипертонической болезни
- B. Гипотиреоза +
- C. Гипертермии
- D. Гипертиреоза

78) К ЭКГ-признакам синусовой тахикардии относят:

- A. Отсутствие зубца Р перед каждым комплексом QRS
- B. Увеличение интервала PQ
- C. Увеличение ЧСС более 80 ударов в минуту. +
- D. Наличие мелких волн f

79) Синусовая тахикардия может возникнуть при употреблении следующих лекарственных препаратов:

- A. Эуфиллина +
- B. Карведилола
- C. Биспролола
- D. Верапамила

80) Для лечения синусовой тахикардии применяют:

- A. Эуфиллин
- B. Преднизолон
- C. Капотен
- D. Биспролол. +

81) На ЭКГ регистрируется правильный ритм, перед каждым комплексом QRS визуализируется зубец Р, ЧСС составляет 52 удара в минуту, что характерно для:

- A. Фибрилляции предсердий
- B. Трепетания предсердий
- C. Наджелудочковой экстрасистолии
- D. Синусовой брадикардии. +

82) Синусовая брадикардия может возникнуть при:

- A. Гипотиреозе +
- B. Гипертермии
- C. Выполнении физической нагрузки
- D. Феохромоцитоме

83) К ЭКГ-признакам синусовой брадикардии относят:

- A. Отсутствие зубца Р перед каждым комплексом QRS
- B. Увеличение интервала PQ

- C. Уменьшение ЧСС менее 60 ударов в минуту +
- D. Отрицательный зубец Т в правых грудных отведениях

84) Синусовая брадикардия может возникнуть при приеме следующих препаратов:

- A. Эуфиллина
- B. Верапамила. +
- C. Нифедипина
- D. Аспирин

85) При синусовой брадикардии не следует назначать:

- A. Бета-адреноблокаторы. +
- B. Статины
- C. Ингибиторы АПФ
- D. Ингаляционные бета-агонисты

86) На ЭКГ регистрируется нерасширенный внеочередной комплекс QRS, продолжительностью менее 0,12 с, после внеочередного комплекса QRS визуализируется компенсаторная пауза, что характерно для:

- A. Фибрилляции предсердий
- B. Трепетания предсердий
- C. Наджелудочковой экстрасистолии. +
- D. Желудочковой экстрасистолии

87) Наджелудочковая экстрасистолия:

- A. Является жизнеопасной аритмией
- B. Требуется немедленной установки кардиостимулятора
- C. Может диагностироваться у здоровых людей +
- D. Всегда сопровождается потерей сознания

88) К ЭКГ-признакам наджелудочковой экстрасистолии относят:

- A. Элевацию сегмента ST в левых грудных отведениях
- B. Увеличение интервала PQ
- C. Наличие компенсаторной паузы после внеочередного комплекса QRS +
- D. Отрицательный зубец Т в правых грудных отведениях

89) Для лечения наджелудочковой экстрасистолии применяют:

- A. Эуфиллин
- B. Бисопролол. +
- C. Нифедипин
- D. Аспирин

90) При проведении суточного мониторирования ЭКГ у юноши 19 лет без патологии сердца выявлено 30 единичных наджелудочковых экстрасистол, не имеющих клинических проявлений. В таком случае необходимо выполнить:

- A. Коронароангиографию
- B. Срочно решить вопрос об установке кардиостимулятора
- C. Запретить физические нагрузки

D. Лечение не требуется, так как редкая наджелудочковая экстрасистолия может возникать у здоровых людей. +

91) На ЭКГ регистрируется расширенный деформированный, внеочередной комплекс QRS, продолжительностью более 0,1 с, перед внеочередным комплексом отсутствует зубец Р, после внеочередного комплекса QRS визуализируется компенсаторная пауза, что характерно для:

- A. Фибрилляции предсердий
- B. Трепетания предсердий
- C. Наджелудочковой экстрасистолии
- D. Желудочковой экстрасистолии +

92) Желудочковая экстрасистолия может возникать при:

- A. Артериальной гипертензии
- B. ИБС
- C. ХСН
- D. Все вышеперечисленное +

93) К ЭКГ-признакам желудочковой экстрасистолии относят:

- A. Появление м-образных комплексов типа RSR в правых грудных отведениях
- B. Увеличение интервала PQ
- C. Наличие компенсаторной паузы после внеочередного расширенного и деформированного комплекса QRS +
- D. Наличие патологического зубца Q в левых грудных отведениях

94) Для лечения желудочковой экстрасистолии применяют:

- A. Эуфиллин
- B. Метопролол. +
- C. Нифедипин
- D. Преднизолон

95) Появление желудочковых экстрасистол V класса по B. Lown и N. Wolff характеризуется наличием следующих признаков:

- A. Экстрасистолия отсутствует
- B. Редкие, одиночные экстрасистолы
- C. Ранние экстрасистолы (феномен типа R на T). +
- D. Число экстрасистол менее 30 в час или до 1 экстрасистолы в минуту

96) На ЭКГ регистрируется неправильный ритм, наличие множества полиморфных волн f, что характерно для:

- A. Фибрилляции предсердий +
- B. Трепетания предсердий
- C. Наджелудочковой экстрасистолии
- D. Желудочковой экстрасистолии

97) Фибрилляция предсердий относится к:

- A. Желудочковым нарушениям ритма
- B. Наджелудочковым аритмиям. +

- C. Нарушениям проводимости
- D. Нарушениям автоматизма синусового узла

98) К ЭКГ-признакам фибрилляции предсердий относят:

- A. Наличие регулярного правильного ритма, перед каждым комплексом QRS имеется зубец Р
- B. Увеличение интервала PQ
- C. Ритм неправильный, наличие мелких волн f +
- D. Ритм правильный, наличие крупных волн F с проведением 3:1

99) Синдром Фридерика это:

- A. Сочетание наджелудочковой экстрасистолии с блокадой левой ножки пучка Гиса
- B. Сочетание желудочковой экстрасистолии с блокадой правой ножки пучка Гиса
- C. Сочетание трепетания предсердий с блокадой левой ножки пучка Гиса
- D. Сочетание фибрилляции предсердий с полной атрио-вентрикулярной блокадой +

100) К наиболее частым осложнениям фибрилляции предсердий относят:

- A. Тромбоэмболические осложнения +
- B. Трансформацию фибрилляции предсердий в фибрилляцию желудочков
- C. Бронхообструктивный синдром
- D. Возникновение полной блокады левой ножки пучка Гиса

101) На ЭКГ регистрируется неправильный ритм с мономорфными крупными волнами F, зубцы Р отсутствуют, что характерно для:

- A. Фибрилляции предсердий
- B. Трепетания предсердий. +
- C. Наджелудочковой экстрасистолии
- D. Желудочковой экстрасистолии

102) Трепетание предсердий относится к:

- A. Желудочковым нарушениям ритма
- B. Наджелудочковым аритмиям +
- C. Нарушениям проводимости
- D. Нарушениям автоматизма синусового узла

103) К ЭКГ-признакам трепетания предсердий относят:

- A. Наличие регулярного правильного ритма, перед каждым комплексом QRS имеется зубец Р
- B. Увеличение интервала PQ
- C. Ритм неправильный или правильный, отсутствуют зубцы Р, наличие крупных волн F. +
- D. Патологический зубец Q во II, III и avF отведениях

104) На ЭКГ регистрируется правильный ритм, зубцы Р отсутствуют, определяются мономорфные крупные волны F с проведением на желудочки 3F:1QRS, что характерно для:

- A. Фибрилляции предсердий
- B. Трепетания предсердий неправильной формы
- C. Трепетания предсердий правильной формы +
- D. Желудочковой экстрасистолии

105) Причинами появления трепетания предсердий могут быть:

- A. Артериальная гипертензия
- B. ИБС
- C. ХСН
- D. Все вышеперечисленное +

106) К нарушениям проводимости относят:

- A. Фибрилляцию предсердий
- B. Трепетание предсердий
- C. Наджелудочковую экстрасистолию
- D. Атрио-вентрикулярную блокаду +

107) При появлении атрио-вентрикулярной блокады II степени нежелательно назначение препаратов:

- A. Дигоксина +
- B. Капотена
- C. Лозартана
- D. Нифедипина

108) Атрио-вентрикулярная блокада может возникнуть при назначении:

- A. Эуфиллина
- B. Преднизолона
- C. Метопролола +
- D. Капотена

109) Методом лечения полной атрио-вентрикулярной блокады является:

- A. Аорто-коронарное шунтирование
- B. Стентирование коронарных артерий
- C. Радио-частотная абляция устья легочных вен
- D. Установка кардиостимулятора +

110) ЭКГ-признаками атрио-вентрикулярной блокады I степени являются:

- A. Нерегулярный ритм, наличие мелких волн f
- B. Расширение комплекса QRS более 0,12 секунд
- C. Увеличение интервала PQ более 0,21 секунд +
- D. Выпадение комплекса QRS

111) На ЭКГ регистрируется правильный ритм, зубцы P визуализируются перед каждым комплексом QRS, интервал PQ равен 0,26 секунд, что характерно для:

- A. Атриовентрикулярной блокады I степени +
- B. Атриовентрикулярной блокады II степени
- C. Атриовентрикулярной блокады III степени

D. Блокады левой ножки пучка Гиса

112) ЭКГ-признаками атрио-вентрикулярной блокады II степени тип Mobitz I являются:

- A. Нерегулярный ритм, наличие мелких волн f
- B. Постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS +
- C. Интервал PQ менее 0,12 секунд
- D. Появление комплексов QRS типа rSR в правых грудных отведениях

113) На ЭКГ регистрируется правильный синусовый ритм с постепенным увеличением интервала PQ и последующим выпадением комплекса QRS, что характерно для:

- A. Атриовентрикулярной блокады I степени
- B. Атриовентрикулярной блокады II степени. +
- C. Атриовентрикулярной блокады III степени
- D. Блокады левой ножки пучка Гиса

114) ЭКГ-признаками атрио-вентрикулярной блокады III степени являются:

- A. Нерегулярный ритм, наличие мелких волн f
- B. Полное отсутствие зубца P во всех отведениях
- C. Прекращение проведения импульсов от предсердий к желудочкам, в связи с чем предсердия возбуждаются и сокращаются в своем ритме с частотой 60-80 ударов в минуту, а желудочки в своем – 30-60 ударов в мин +
- D. Уменьшение интервала PQ менее 0,12 секунд

115) Периодикой Самойлова-Венкебаха называют:

- A. Постепенной увеличение интервала PQ при каждом сердечном цикле с последующим выпадением комплекса QRS, возникающим после самого длинного интервала PQ, после чего вновь регистрируется нормальный короткий интервал PQ +
- B. Появление пароксизма фибрилляции предсердий при атриовентрикулярной блокаде III степени
- C. Потерю сознания при атрио-вентрикулярной блокаде III степени
- D. Блокаду левой ножки пучка Гиса с пробежками наджелудочковой тахикардии

116) К аритмиям относят:

- A. Фибрилляцию предсердий. +
- B. Блокаду правой ножки пучка Гиса
- C. Блокаду левой ножки пучка Гиса
- D. Внутривентрикулярную блокаду

117) При блокаде правой ножки пучка Гиса нежелательно назначение:

- A. Бисопролола
- B. Карведилола
- C. Метопролола
- D. Ничего из вышеперечисленного +

118) На ЭКГ выявлено расщепление комплекса QRS в правых грудных отведениях, комплекс QRS имеет форму rsR, что характерно для:

- A. Фибрилляции предсердий
- B. Блокады правой ножки пучка Гиса +
- C. Блокады левой ножки пучка Гиса
- D. Внутрисердечной блокады

119) На ЭКГ регистрируется правильный синусовый ритм, расширение комплекса QRS более 0,12 секунд, широкий и расщепленный зубец R в виде широкой буквы «Л» в I и aVL отведениях, что характерно для:

- A. Атриовентрикулярной блокады I степени
- B. Атриовентрикулярной блокады II степени
- C. Атриовентрикулярной блокады III степени
- D. Блокады левой ножки пучка Гиса +

120) ЭКГ-признаками блокады левой ножки пучка Гиса являются:

- A. Нерегулярный ритм, наличие мелких волн f
- B. Постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS
- C. Интервал PQ менее 0,12 секунд
- D. Расширение комплекса QRS более 0,12 секунд, широкий и расщепленный зубец R в виде широкой буквы «Л» в I и aVL отведениях +

121) К возможным причинам появления полной блокады левой ножки пучка Гиса относятся все, кроме:

- A. Артериальная гипертензия
- B. Гипотиреоз +
- C. Острый инфаркт миокарда
- D. ХСН

122) При появлении блокада левой ножки пучка Гиса противопоказаны:

- A. Сердечные гликозиды
- B. Бета-адреноблокаторы
- C. Антагонисты кальция
- D. Ничего из вышеперечисленного +

123) Отведениями, регистрирующими электрическую активность миокарда во фронтальной плоскости, являются все, КРОМЕ

- A. aVF
- B. aVR
- C. aVL
- D. V1 +

124) Выберите отведения, наиболее полно отражающие изменения, происходящие в нижней стенке левого желудочка

- A. II, III, aVF +
- B. I, aVL, V5, V6

C. V1-V4
D. I, aVR, V5, V6

125) Выберите отведения, наиболее полно отражающие изменения, происходящие в передне-перегородочной стенке левого желудочка

A. II, III, aVF
B. I, aVL, V5, V6
C. V1-V4 +
D. I, aVR, V5, V6

126) Выберите отведения, наиболее полно отражающие изменения, происходящие в боковой стенке левого желудочка

A. II, III, aVF
B. I, aVL, V5, V6. +
C. V1-V4
D. I, aVR, V5, V6

127) Больная А., 52 лет, планово обратилась к терапевту. Около 40 лет страдает АГ, с max цифрами до 200/110 мм рт.ст. Постоянной терапии не привержена. Наиболее характерным ЭХО-КГ признаком «гипертонического» сердца является:

A. гипертрофия стенки правого желудочка
B. гипертрофия стенки левого желудочка +
C. дилатация левого предсердия
D. дилатация правого предсердия

128) Больная А. 56 лет, обратилась к врачу, из анамнеза известно, что больная курит, ИМТ 41 кг/м², АД 190 и 100 мм рт.ст, 3 года назад перенесла ИМ. Определите тактику ведения больной

A. Вмешательства не требуется
B. Изменение образа жизни
C. Незамедлительное начало лекарственной терапии +
D. Изменение образа жизни на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД – лекарственная терапия

129) Какие препараты можно использовать для снижения уровня АД?

A. Антикоагулянты
B. Статины
C. НПВС
D. Диуретики +

130) При приеме каких лекарственных препаратов НЕ повышается уровень АД?

A. Глюкокортикостероиды
B. Цитостатики
C. Диуретики +
D. НПВС

131) В клинику поступил больной С. 45 лет с диагнозом Гипертоническая болезнь 2 степени. Какой уровень АД характерен для данного больного:
А. Систолического АД 140-150 и/или диастолического АД 85-94 мм рт.ст
В. Систолического АД 140-159 и/или диастолического АД 90-99 мм рт.ст
С. Систолического АД 160-169 и/или диастолического АД 100-104 мм рт.ст
D. Систолического АД 160-179 и/или диастолического АД 100-109 мм рт.ст +

132) В клинику поступила больная Д. 55 лет с диагнозом Гипертоническая болезнь 1 степени. Какой уровень АД характерен для данной больной:
А. Систолического АД 140-150 и/или диастолического АД 85-94 мм рт.ст
В. Систолического АД 140-159 и/или диастолического АД 90-99 мм рт.ст +
С. Систолического АД 160-169 и/или диастолического АД 100-104 мм рт.ст
D. Систолического АД 160-179 и/или диастолического АД 100-109 мм рт.ст

133) Больная 67 лет обратилась к врачу. Известно, что уровень АД 187 и 95 мм рт.ст, инсульт в анамнезе. Мать больной перенесла инфаркт миокарда в возрасте 43 лет. Какой уровень риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больной?

- А. Низкий
- В. Средний
- С. Высокий
- D. Очень высокий +

134) Для определения степени АГ оценивается:

- А. Длительность артериальной гипертензии
- В. Уровень АД +
- С. Количество факторов риска
- D. Количество поражений органов-мишеней

135) Изолированная систолическая АГ - это уровень:

- А. Систолического АД 140-150 и/или диастолического АД 90-94 мм рт.ст
- В. Систолического АД 140-159 и/или диастолического АД 90-99 мм рт.ст
- С. Систолического АД 160-169 и/или диастолического АД 70-85 мм рт.ст +
- D. Систолического АД 160-179 и/или диастолического АД 100-109 мм рт.ст

136) К осложнениям гипертонической болезни относятся следующие состояния:

- А. ОНМК +
- В. Мезаортит
- С. Перикардит
- D. Сахарный диабет

137) Что из перечисленного можно определить у больного гипертонической болезнью II стадии?

- А. Акцент II тона в V межреберье по среднеключичной линии
- В. Систолический шум над верхушкой сердца
- С. Расширение границ относительной сердечной тупости влево +
- D. Систолический шум в проекции почечных артерий

138) В классификацию симптоматических артериальных гипертензий НЕ входят?

- A. Ренопаренхиматозные АГ
- B. Эндокринные АГ
- C. Гематологические АГ +
- D. Центрогенные АГ

139) Гипертоническая болезнь в популяции встречается в среднем с частотой:

- A. Более 60% +
- B. 10-15%
- C. 2-3%
- D. 20%

140) Что из перечисленного характерно для гипертонической болезни?

- A. Манифестация в молодом возрасте
- B. Кризовое течение +
- C. Отсутствие ГБ в семейном анамнезе
- D. Постоянный прием глюкокортикоидных препаратов

141) К факторам, необходимым для стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний, используемого в классификации гипертонической болезни, относятся все КРОМЕ?

- A. Ожирение
- B. Курение
- C. Гломерулонефрит +
- D. Метаболический синдром

142) Для больного В. 58 лет с II стадией ГБ характерно?

- A. Отсутствие объективных признаков поражения органов-мишеней
- B. ОНМК в анамнезе
- C. Инфаркт миокарда в анамнезе
- D. Микроальбуминурия. +

143) Для больного Д. 64 лет, с III стадией ГБ характерно?

- A. Ишемический инсульт в анамнезе +
- B. Отсутствие объективных признаков поражения органов-мишеней
- C. Гипертрофия левого желудочка
- D. Микроальбуминурия

144) Что из перечисленного НЕ относится к предрасполагающим факторам ГБ?

- A. Ожирение
- B. Метаболический синдром
- C. Избыточное потребление поваренной соли
- D. Гиперкалиемия +

145) Какие клинические синдромы определяются у больных ГБ?

- A. Диспепсический
- B. Кардиальный +

- С. Стенокардия
- Д. Общевоспалительный

146) Для кардиального синдрома у больных ГБ характерно?

- А. Крепитация в нижних отделах легких
- В. Экспираторная одышка
- С. Гипертрофия правого желудочка
- Д. Гипертрофия левого желудочка +

147) Для церебрального синдрома у больных ГБ характерно все КРОМЕ?

- А. Мелькание «мушек», «сетка» перед глазами
- В. Головная боль
- С. Системное головокружение +
- Д. Головокружение

148) У больных гипертонической болезнью встречаются поражения следующих органов-мишеней:

- А. Почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце
- В. Сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг
- С. Артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза
- Д. Сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза +

149) У больного В, 58 лет, гипертонической болезнью II стадии определяется:

- А. Утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий +
- В. Протеинурия в количестве > 300 мг
- С. Микролиты в почках
- Д. Наличие зоны акинеза по результатам ЭхоКГ
- Е. Варикозное расширение вен

15) У больного Л. 55 лет, с диагнозом гипертоническая болезнь могут определяться поражения следующих органов-мишеней:

- А. Сетчатка глаза, почки, головной мозг, артерии +
- В. Сердце, сетчатка глаза, надпочечники, головной мозг
- С. Артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза
- Д. Почки, гипофиз, головной мозг, сетчатка глаза, сердце

151) У больного Д. 52 лет, с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии, субклиническое поражение почек проявляется:

- А. Повышением уровня креатинина плазмы свыше 100 мкмоль/л
- В. Суточной экскрецией альбумина с мочой в количестве 300-500 мг
- С. Снижением скорости клубочковой фильтрации < 60 мл/мин/1,73 м² +
- Д. Наличием нефроангиосклероза по данным биопсии почки

152) К врачу обратился больной П. 56 лет. По данным медицинской документации у больного гипертоническая болезнь II стадии. Назовите орган-мишень, который может поражаться на этой стадии

- А. Щитовидная железа
- В. Надпочечники

- С. Гипофиз
- Д. Почки +

153) Определите уровень риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больного Д., 69 лет, с АД 170 и 100 мм рт.ст. Отец больного перенес инфаркт миокарда в возрасте 55 лет

- А. Незначительный
- В. Низкий
- С. Средний
- Д. Высокий +

154) Изолированная систолическая АГ определяется при следующих уровнях АД:

- А. Систолическое АД ≥ 140 , диастолическое АД < 90 мм рт ст +
- В. Систолическое АД ≥ 150 , диастолическое АД < 90 мм рт ст
- С. Систолическое АД ≥ 140 , диастолическое АД > 90 мм рт ст
- Д. Систолическое АД ≥ 160 , диастолическое АД > 90 мм рт ст

155) Стадия гипертонической болезни определяется:

- А. Наличием отягощенного наследственного анамнеза
- В. Уровнем АД
- С. Наличием факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний
- Д. Наличием поражения органов-мишеней +

156) К врачу обратился больной Г., 67 лет, с диагнозом гипертоническая болезнь III стадии. Какие состояния, являются осложнениями данного заболевания?

- А. Абдоминальное ожирение
- В. Транзиторная ишемическая атака +
- С. Сахарный диабет
- Д. Инфекционный эндокардит

157) Какие жалобы НЕ характерны для больных гипертонической болезнью II стадии?

- А. Головная боль
- В. Отсутствие жалоб
- С. Несистемное головокружение
- Д. Боли за грудиной сжимающего характера +

158) Больной Р. 65 лет, обратился к врачу. По данным амбулаторной карты, у больного гипертоническая болезнь III стадии. Что является определяющим для постановки диагноза гипертонической болезни III стадии?

- А. Возраст более 40 лет
- В. Инсульт в анамнезе +
- С. Курение
- Д. Метаболический синдром

159) Больной П. 55 лет, обратился к врачу. Поданным амбулаторной карты у

больного гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Что является определяющим для постановки диагноза гипертонической болезни 3 степени?

- A. Наличие хронической сердечной недостаточности
- B. Инфаркт в анамнезе
- C. Уровень АД более 180/110 мм рт.ст +
- D. Сахарный диабет

160) У больного гипертонической болезнью определяется почечный синдром. Для данного больного характерны следующие проявления КРОМЕ?

- A. Снижение скорости клубочковой фильтрации
- B. Лейкоцитурии +
- C. Повышение уровня креатинина
- D. Микроальбуминурия

161) Определите тактику ведения больного З. 69 лет, курильщика, с АД 200 и 100 мм рт.ст и ОНМК в анамнезе

- A. Вмешательства не требуется
- B. Изменение образа жизни
- C. Незамедлительное начало лекарственной терапии +
- D. Изменение образа жизни на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД – лекарственная терапия

162) Больной Д. 50 лет, обратился к врачу. При осмотре определяется ожирение II степени, уровень АД 160/90 мм рт.ст, в анамнезе инфаркт миокарда. Какова стадия гипертонической болезни?

- A. I
- B. II
- C. III +
- D. IV

163) Больная П. 65 лет, обратилась к врачу. При осмотре определяется: индекс массы тела 31 кг/м², уровень АД 190/110 мм рт.ст, отеки нижних конечностей до уровня бедер, асцит, гидроторакс. В анамнезе инфаркт миокарда. Какова стадия гипертонической болезни?

- A. I
- B. II
- C. III +
- D. IV

164) В стационар поступил больной О. 73лет с повышением АД до 230/120 мм рт.ст. Для гипертонического криза НЕ характерно?

- A. Головная боль
- B. Боль в животе +
- C. Сердцебиение
- D. Тошнота, рвота

165) Для снижения уровня АД можно использовать следующие препараты:

- A. Антикоагулянты

- В. Статины
- С. НПВС
- Д. Антагонисты кальция +

166) На фоне приема каких лекарственных препаратов НЕ характерно повышение АД?

- А. Глюкокортикостероиды
- В. Цитостатики
- С. Ингибиторы АПФ +
- Д. НПВС

167) Рациональными являются следующие комбинации антигипертензивных препаратов:

- А. Тиазидоподобные диуретики + антагонисты кальция +
- В. Ингибиторы АПФ + α -адреноблокаторы
- С. β -адреноблокаторы + препараты нитроглицерина
- Д. Дигидропиридиновые антагонисты кальция + α -адреноблокаторы

168) Основной причиной возникновения стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является:

- А. Инфекционный эндокардит
- В. Ревматизм +
- С. Диффузные заболевания соединительной ткани
- Д. Атеросклероз

169) В норме площадь левого атриовентрикулярного отверстия составляет:

- А. 1-2 см²
- В. 2-3 см²
- С. 3-4 см²
- Д. 4-6 см². +

170) Возбудителем острой ревматической лихорадки является:

- А. Золотистый стафилококк
- В. Гемофильная палочка
- С. β -гемолитический стрептококк группы А +
- Д. Группа НАСЕК

171) К факторам вирулентности и патогенности β -гемолитического стрептококка группы А относятся:

- А. М-протеин, стрептолизин-О, стрептокиназу, гиалуронидазу +
- В. М-протеин, жгутики, стрептокиназу, уреазу
- С. N-протеин, стрептолизин-О, стрептокиназу, дезоксирибонуклеазу В
- Д. М-протеин, N-протеин, стрептолизин-S, стрептокиназу

172) М-протеин «ревматогенных» серотипов β -гемолитического стрептококка группы А имеет сходство с компонентами:

- А. Скелетной мускулатуры, базальной мембраны клубочков и сердечной

мышцы

- В. Суфракта́нт, скелетной мускулатурой, синовиальной оболочкой суставов
- С. Сердечной мышцы, мозга, синовиальной оболочки суставов +
- Д. Скелетной мускулатурой, мозга и сердечной мышцы

173) Стадиями дезорганизации соединительной ткани при острой ревматической лихорадке являются:

- А. Мукоидное набухание, фибриноидные изменения, пролиферативные реакции, склеротические изменения +
- В. Мукоидное набухание, фибриноидные изменения, образование микотических аневризм, склеротические изменения
- С. Мукоидное набухание, геморрагические высыпания, образование гранулем Ашофф-Талалаева, склеротические изменения
- Д. Мукоидное набухание, фибриноидные изменения, образование гранулем Ашофф-Пуля, склеротические изменения

174) Стадия пролиферативных изменений при острой ревматической лихорадке характеризуется образованием:

- А. Кольцо Кебота
- В. Гранулем Ашофф-Талалаева +
- С. Гранулем Ашофф-Пуля
- Д. Очагов Гона

175) К «большим» критериям Киселя-Джонса относятся:

- А. Ревмокардит, артралгии, кольцевидная эритема, малая хорея
- В. Ревмокардит, анкилоз суставов, кольцевидная эритема, малая хорея
- С. Ревмокардит, малая хорея, нефрит, ревматические узелки
- Д. Ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема +

176) К «малым» критериям Киселя-Джонса относятся:

- А. Полиартрит, лихорадка ($>38^{\circ}\text{C}$), удлинение интервала PQ $> 0,20$ сек
- В. Артралгии, увеличение СОЭ (> 30 мм/ч), тофусы
- С. Артралгии, лихорадка ($>38^{\circ}\text{C}$), увеличение СОЭ (> 30 мм/ч). +
- Д. Кольцевидная эритема, артралгии, увеличение СОЭ (> 30 мм/ч)

177) К данным, подтверждающим острую ревматическую лихорадку, относят:

- А. Повышенный титр противострептококковых антител +
- В. Повышенный титр антинуклеарных антител
- С. Повышенный титр ревматоидного фактора
- Д. Положительную гемокультуру

178) Клиническими признаками ревмокардита являются:

- А. Диффузный цианоз, слабость, перебои в работе сердца
- В. Одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца, утомляемость +
- С. Акроцианоз, одышка при физической нагрузке, иктеричность склер
- Д. Повышенная утомляемость, бледность кожных покровов, обмороки

179) Характерной особенностью ревматического полиартрита является:

- A. Образование узелков Гебердена
- B. Поражение мелких суставов
- C. Полная обратимость воспалительного процесса +
- D. Образование ревматических узелков

180) Ревматические узелки локализуются:

- A. На передней поверхности предплечья
- B. На мочках ушей
- C. На задней поверхности бедра
- D. В местах прикрепления сухожилий. +

181) Клиническими проявлениями малой хореи являются:

- A. Гиперкинезы, нарушение почерка, астигматизм
- B. Акинезы, повышенная возбудимость, головная боль
- C. Мышечная слабость, обмороки, эмоциональная лабильность
- D. Гиперкинезы, мышечная слабость, эмоциональная лабильность. +

182) Клиническими проявлениями кольцевидной эритемы являются:

- A. Мелкоточечные высыпания на голених и стопах, возвышающиеся над уровнем кожи, исчезающие при надавливании
- B. Папулезная сыпь, локализующаяся на лице и шее, склонная к слиянию
- C. Бледно-розовые высыпания на туловище и внутренней поверхности конечностей, не возвышающиеся над уровнем кожи и исчезающие при надавливании. +
- D. Везикулярные болезненные высыпания, расположенные по ходу межреберных промежутков

183) При острой ревматической лихорадке поражаются следующие структуры центральной нервной системы:

- A. Субталамические ядра, полосатое тело, мозжечок. +
- B. Лимбическая система, зоны Захарьина-Геда, мозжечок
- C. Зона Брока, зрительный бугор, зубчатое ядро
- D. Височная доля, зрительный бугор, продолговатый мозг

184) Диагноз острой ревматической лихорадки является достоверным при наличии:

- A. Одного большого и одного малого критерия
- B. Двух больших, двух малых и данных, подтверждающих предшествующую А-стрептококковую инфекцию. +
- C. Одного большого и двух малых критериев
- D. Трех малых критериев

185) Осложнением острой ревматической лихорадки является:

- A. Ревматоидный артрит
- B. Амилоидоз
- C. Формирование порока сердца. +
- D. Артериальная гипертензия

186) Срок формирования порока сердца при ревматизме:

- A. 1-2 недели
- B. 2-3 месяца
- C. 6-12 месяцев +
- D. 2-3 года

187) Наиболее часто при острой ревматической лихорадке поражается:

- A. Трикуспидальный клапан
- B. Клапан легочной артерии
- C. Аортальный клапан
- D. Митральный клапан. +

188) Антибактериальным препаратом первого ряда при острой ревматической лихорадке является:

- A. Гентамицин
- B. Бензилпенициллин. +
- C. Ванкомицин
- D. Метронидазол

189) Противовоспалительная терапия при острой ревматической лихорадке проводится:

- A. Клопидогрелем
- B. Омепразолом
- C. Диклофенаком. +
- D. Апиксабаном

190) Для вторичной профилактики ревматизма используется:

- A. Бензилпенициллин. +
- B. Азитромицин
- C. Ципрофлоксацин
- D. Левофлоксацин

191) При критическом стенозе площадь левого атриовентрикулярного отверстия составляет:

- A. 1-2 см²
- B. 2-3 см²
- C. Менее 2 см²
- D. Менее 1 см² +

192) При митральном стенозе границы относительной тупости сердца изменяются:

- A. Вправо
- B. Влево
- C. Вверх и влево
- D. Вверх и вправо +

193) Характерным аускультативным феноменом при митральном стенозе

является:

- A. ослабление I тона на верхушке
- B. «ритм галопа»
- C. «ритм перепела». +
- D. ослабление обоих тонов на верхушке

194) «Ритм перепела» - это аускультативный феномен, характеризующийся:

- A. Ослабленным I тоном, II тоном и тоном открытия митрального клапана
- B. Усиленным I тоном, II тоном и тоном закрытия митрального клапана
- C. Усиленным I тоном, II тоном и тоном открытия митрального клапана +
- D. Ослабленным I тоном, II тоном и тоном закрытия митрального клапана

195) Аускультативная картина митрального стеноза:

- A. Усиленный I тон и диастолический шум на верхушке сердца. +
- B. Усиленный I тон и диастолический шум на основании мечевидного отростка
- C. Усиленный I тон и диастолический шум на основании сердца
- D. Усиленный I тон и систолический шум на верхушке сердца

196) Рефлекс Китаева - это защитный механизм, который заключается в спазме:

- A. Легочных бронхиол
- B. Легочных артериол +
- C. Приносящих артериол клубочков
- D. Легочных венул

197) Клинические симптомы, выявляемые у больных с митральным стенозом:

- A. Facies mitralis, перебои в работе сердца, синкопальные состояния
- B. Facies mitralis, систолическое дрожание в области верхушки сердца, перебои в работе сердца
- C. Facies mitralis, симптом «кошачьего мурлыканья», симптом Мюссе
- D. Facies mitralis, эпигастральная пульсация, симптом «кошачьего мурлыканья» +

198) Нарушение ритма сердца, которое наиболее часто выявляется у больных с митральным стенозом:

- A. Мерцательная аритмия +
- B. Желудочковая тахикардия типа «пируэт»
- C. Атриовентрикулярная блокада высокой степени
- D. Частая желудочковая экстрасистолия

199) Причинами возникновения митральной недостаточности являются:

- A. Ревматизм, атеросклероз, тромбоэмболический синдром
- B. Ревматизм, диффузные заболевания соединительной ткани, инфекционный эндокардит +
- C. Диффузные заболевания соединительной ткани, сифилис, ревматизм
- D. Ревматизм, транзиторная ишемическая атака, амилоидоз

200) При митральной недостаточности границы относительной сердечной

тупости расширяются:

- A. Вправо и вверх
- B. Влево
- C. Влево и вверх +
- D. Вправо

201) Клинические симптомы, выявляемые у больного с митральной недостаточностью:

- A. Перебои в работе сердца, усиленный I тон на верхушке, диастолический шум
- B. Сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум на основании сердца
- C. Кровохарканье, усиленный I тон и диастолический шум на верхушке
- D. Сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке сердца, проводящийся в левую аксиллярную область +

202) Аускультативная картина недостаточности митрального клапана:

- A. Ослабление I тона на верхушке, систолический шум на основании мечевидного отростка
- B. Усиление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке сердца, проводящийся в левую аксиллярную область
- C. Усиление I тона на верхушке, систолический шум на основании мечевидного отростка
- D. Ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке сердца, проводящийся в левую аксиллярную область +

203) Аускультативным признаком легочной гипертензии является:

- A. Акцент II тона во 3-й точке аускультации +
- B. Щелчок открытия митрального клапана
- C. Акцент II тона во 2-й точке аускультации
- D. Систолический шум в проекции легочной артерии

204) Электрокардиографическое исследование у больных с митральным стенозом позволяет выявить:

- A. Двугорбый зубец P в I, II, AVL, V5, V6 и ширину зубца $P > 0,1$ сек высокий зубец R в V1, V2 и глубокий зубец S в V5, V6. +
- B. Двугорбый зубец P в I, II, AVL, V5, V6 и ширину зубца $P > 0,1$ сек высокий зубец R в V5, V6 и глубокий зубец S в V1, V2
- C. Интервал $PQ > 0,20$ сек, двугорбый зубец P в I, II, AVL, V5, V6 и ширину зубца $P > 0,1$ сек
- D. амплитуду зубца P II, III, AVF $> 2,5$ мм, высокий зубец R в V5, V6 и глубокий зубец S в V1, V2

205) Электрокардиографическое исследование у больных с митральной недостаточностью позволяет выявить:

- A. Амплитуду зубца P II, III, AVF $> 2,5$ мм, высокий зубец R в V5, V6 и глубокий зубец S в V1, V2
- B. Двугорбый зубец P в I, II, AVL, V5, V6 и ширину зубца $P > 0,1$ сек, высокий

зубец R в V5, V6 и глубокий зубец S в V1, V2. +

С. Интервал PQ > 0,20 сек, двугорбый зубец Р в I, II, AVL, V5, V6 и ширину зубца Р > 0,1 сек

Д. Двугорбый зубец Р в I, II, AVL, V5, V6 и ширину зубца Р > 0,1 сек, высокий зубец R в V1, V2 и глубокий зубец S в V5, V6

206) Допплер-ЭХОКГ у больных с митральной недостаточностью позволяет выявить регургитацию крови из:

А. Полости левого желудочка в аорту

В. Полости правого желудочка в легочную артерию

С. Левого желудочка в полость левого предсердия. +

Д. Правого желудочка в полость правого предсердия

207) Эхокардиографическим признаком митрального стеноза является:

А. Уменьшение площади полулунных клапанов

В. Уменьшение площади правого АВ-отверстия

С. Уменьшение площади левого АВ-отверстия +

Д. Увеличение площади правого АВ-отверстия

208) Наиболее частым осложнением митральных пороков сердца является:

А. Тромбоэмболический синдром

В. Транзиторная ишемическая атака

С. Портальная гипертензия

Д. Сердечная астма +

209) Радикальным методом лечения больных с митральным стенозом является:

А. Митральная комиссуротомия +

В. Операция «лабиринт»

С. Радиочастотная абляция

Д. Операция «коридор»

210) Тактика ведения пациента с тяжелой митральной регургитацией:

А. Медикаментозная терапия

В. Протезирование митрального клапана +

С. Баллонная ангиопластика

Д. Операция «лабиринт»

211) При наличии аллергической реакции на антибиотики пенициллинового ряда препаратом выбора для лечения острой ревматической лихорадки является:

А. Цефазолин

В. Ципрофлоксацин

С. Кларитромицин +

Д. Цефотаксим

212) Осложнением терапии диклофенаком у больных с острой ревматической лихорадкой является:

А. Синдром Иценко-Кушинга

- В. Артериальная гипертензия
- С. Желудочковые нарушения ритма
- Д. НПВС-индуцированная гастропатия +

213) В кардиологическое отделение поступил больной 18 лет с верифицированным диагнозом острой ревматической лихорадки. В анализах крови обращает на себя внимание лейкоцитоз $15 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 28 мм/ч, СРБ ++. Назначьте больному лечение.

- А. Ципрофлоксацин, диклофенак, преднизолон
- В. Гентамицин, диклофенак
- С. Бензилпенициллин, диклофенак, преднизолон
- Д. Бензилпенициллин, диклофенак +

214) В кардиологическое отделение поступила больная 25 лет с диагнозом повторной ревматической атаки. В возрасте 12 лет перенесла острую ревматическую лихорадку с формированием митрального порока сердца. При поступлении в анализах крови обращает на себя внимание лейкоцитоз $25 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 58 мм/ч, СРБ +++++. Назначьте больной лечение

- А. Левофлоксацин, диклофенак, преднизолон
- В. Амоксицилин с клавулановой кислотой, преднизолон
- С. Бензилпенициллин, диклофенак, преднизолон +
- Д. Кларитромицин, диклофенак

215) В кардиологическое отделение поступил больной 17 лет с диагнозом острой ревматической лихорадки. При поступлении в анализах крови обращает на себя внимание лейкоцитоз $10,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 25 мм/ч, СРБ ++. Назначьте больному лечение:

- А. Бензилпенициллин, диклофенак, преднизолон
- В. Амоксицилин, диклофенак +
- С. Доксидиклин, диклофенак
- Д. Амоксицилин с клавулановой кислотой, преднизолон

216) В кардиологическое отделение поступила больная 21 года с диагнозом повторной ревматической атаки. В возрасте 13 лет перенесла острую ревматическую лихорадку с формированием митрального порока сердца. В анамнезе аллергическая реакция на антибиотики пенициллинового ряда в виде крапивницы. При поступлении в анализах крови обращает на себя внимание лейкоцитоз $21 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 47 мм/ч, СРБ +++++. Назначьте больной лечение:

- А. Кларитромицин, диклофенак, преднизолон +
- В. Цефотаксим, диклофенак, преднизолон
- С. Амоксицилин, диклофенак, метотрексат
- Д. Азитромицин, индометацин

217) В кардиологическое отделение поступил больной 16 лет с диагнозом острой ревматической лихорадки. В анамнезе аллергическая реакция на антибиотики пенициллинового ряда в виде отека Квинке. При поступлении в анализах крови обращает на себя внимание лейкоцитоз $11,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 26

мм/ч, СРБ ++. Назначьте лечение:

- A. Амоксицилин, диклофенак
- B. Ципрофлоксацин, диклофенак
- C. Цефазолин, индометацин
- D. Кларитромицин, диклофенак. +

218) Типичными изменениями на ЭКГ у больных с митральной недостаточностью являются:

- A. Высокий зубец R в V1, V2 и глубокий S в V5, V6
- B. Отклонение ЭОС вправо
- C. Высокий зубец R в V5, V6 и глубокий S в V1, V2. +
- D. Амплитуда зубца R V1 ≥ 7 мм

219) Для больного с недостаточностью митрального клапана характерны гипертрофия и дилатация:

- A. Левого предсердия и левого желудочка +
- B. Левого предсердия и правого желудочка
- C. Правого предсердия и правого желудочка
- D. Правого предсердия и левого желудочка

220) Типичными изменениями на ЭКГ у больных с митральным стенозом являются:

- A. Высокий зубец R в V5, V6 и глубокий S в V1, V2
- B. Амплитуда зубца R в AVL ≥ 7 мм
- C. Желудочковая бигеминия
- D. Высокий зубец R в V1, V2 и глубокий S в V5, V6 +

221) Для больного со стенозом левого атриовентрикулярного отверстия характерны гипертрофия и дилатация:

- A. Левого предсердия и левого желудочка
- B. Левого предсердия и правого желудочка +
- C. Правого предсердия и правого желудочка
- D. Правого предсердия и левого желудочка

222) Рефлекс Китаева у больных с митральными пороками сердца характеризуется:

- A. Дилатацией легочных артериол
- B. Спазмом мышц гортани
- C. Спазмом легочных артериол +
- D. Коллапсом печеночных долек

223) Этиологическим фактором острой ревматической лихорадки является:

- A. β -гемолитический стрептококк группы A +
- B. Золотистый стафилококк
- C. Гемофильная палочка
- D. Кишечная палочка

224) Феномен «молекулярной мимикрии» у больных с острой ревматической

лихорадкой реализуется за счет:

- A. Гиалуроновой кислоты
- B. Жгутиков
- C. N-протеина
- D. M-протеина. +

225) Образование гранулем Ашофф-Талалаева при ревматизме характерно для стадии:

- A. Мукоидного набухания
- B. Фибриноидных изменений
- C. Пролиферативных реакций +
- D. Склеротических изменений

226) Наиболее редко при острой ревматической лихорадке поражается:

- A. Митральный клапан
- B. Клапан легочной артерии +
- C. Аортальный клапан
- D. Трикуспидальный клапан

227) β -гемолитический стрептококк группы А – это:

- A. Грамположительная бактерия +
- B. Грамотрицательная бактерия
- C. Вирус
- D. Простейшее

228) Формирование порока сердца при ревматизме является следствием:

- A. Коронарного атеросклероза
- B. Малой хорей
- C. Гломерулонефрита
- D. Вальвулита +

229) Проявлениями ревмокардита являются:

- A. Одышка при физической нагрузке, изжога, кардиалгии
- B. Кардиалгии, перебои в работе сердца, утомляемость +
- C. Сердцебиения, боли в икроножных мышцах, утомляемость
- D. Слабость, утомляемость, тяжесть в правом подреберье

230) Наиболее часто при острой ревматической лихорадке поражаются:

- A. Дистальные суставы кистей рук
- B. Дистальные суставы стоп
- C. Крупные суставы +
- D. Проксимальные суставы кистей рук

231) Характерным признаком ревматического полиартрита является:

- A. «Летучесть» болей +
- B. Формирование анкилозов
- C. Деструкция костной ткани
- D. Остеомаляция

232) Малая хорея – это:

- A. Отложение амилоида в тканях мозга
- B. Поражение ЦНС при острой ревматической лихорадке +
- C. Отложение меди в тканях мозга
- D. Демиелинизирующее заболевание головного мозга

233) Ревмокардит относится к:

- A. «Большим» критериям Дюке
- B. «Малым» критериям Киселя-Джонса
- C. «Большим» критериям Киселя-Джонса +
- D. «Малым» критериям Дюке

234) Полиартрит относится к:

- A. «Малым» критериям Дюке
- B. «Малым» критериям Киселя-Джонса
- C. «Большим» критериям Киселя-Джонса +
- D. «Большим» критериям Дюке

235) Ревматические узелки относятся к:

- A. «Малым» критериям Киселя-Джонса
- B. «Большим» критериям Дюке
- C. «Малым» критериям Дюке
- D. «Большим» критериям Киселя-Джонса +

236) Кольцевидная эритема относится к:

- A. «Большим» критериям Киселя-Джонса +
- B. «Большим» критериям Дюке
- C. «Малым» критериям Киселя-Джонса
- D. «Малым» критериям Дюке

237) Малая хорея относится к:

- A. «Малым» критериям Киселя-Джонса
- B. «Большим» критериям Киселя-Джонса +
- C. «Малым» критериям Дюке
- D. «Большим» критериям Дюке

238) Для верификации диагноза острой ревматической лихорадки необходимо наличие:

- A. Одного большого критерия
- B. Двух больших критериев в сочетании с значимым титром противострептококковых антител +
- C. трех малых критериев
- D. двух больших критериев и положительной гемокультуры

239) Для диагностики острой ревматической лихорадки используются критерии:

- A. Киселя-Джонса +

- В. Дюке
- С. Вирхова
- Д. Чайлд-Пью

240) «Малым» критерием Киселя-Джонса, выявляемым с помощью электрокардиографического исследования, является:

- А. Синусовая тахикардия
- В. Желудочковая экстрасистолия
- С. Удлинение интервала Р-Q более 0,20 секунд +
- Д. Фибрилляция предсердий

241) «Малым» критерием Киселя-Джонса, выявляемым с помощью эхокардиографического исследования, являются

- А. Утолщение стенок левого желудочка и левого предсердия
- В. Зоны гипо- и акинеза
- С. Снижение фракции выброса левого желудочка
- Д. Признаки митральной и/или аортальной регургитации +

242) О перенесенной стрептококковой инфекции свидетельствует повышение уровня:

- А. Антистрептолизина-О +
- В. Церулоплазмина
- С. Тропонина I
- Д. Креатинфосфокиназы

243) С целью этиотропной терапии больным острой ревматической лихорадкой назначаются:

- А. Аминогликозиды
- В. Карбапенемы
- С. Тетрациклины
- Д. Пенициллины +

244) Препаратом выбора для лечения больного с острой ревматической лихорадкой является:

- А. Эритромицин
- В. Бензилпенициллин +
- С. Левофлоксацин
- Д. Доксциклин

245) У больного с острой ревматической лихорадкой высокой степени активности в качестве противовоспалительной терапии назначаются:

- А. Диклофенак и клопидогрель
- В. Индометацин и фуросемид
- С. Диклофенак и преднизолон +
- Д. Парацетамол и апиксабан

246) У больного с острой ревматической лихорадкой умеренной степени активности в качестве противовоспалительной терапии назначается:

- А. Преднизолон

- В. Диклофенак +
- С. Парацетамол
- Д. Дексаметазон

247) Больному с острой ревматической лихорадкой с целью профилактики возникновения повторной ревматической атаки назначают:

- А. Бензилпенициллин +
- В. Моксифлоксацин
- С. Ванкомицин
- Д. Ципрофлоксацин

248) При непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда у больных с острой ревматической лихорадкой назначают:

- А. Фторхинолоны
- В. Аминогликозиды
- С. Гликопептиды
- Д. Макролиды +

249) У больного с острой ревматической лихорадкой низкой степени активности в качестве противовоспалительной терапии назначают:

- А. Дексаметазон
- В. Диклофенак. +
- С. Дипиридамол
- Д. Преднизолон

250) Ритм «перепела» - это сочетание:

- А. Усиленного I тона, II тона и тона открытия митрального клапана +
- В. Ослабленного I тона, II тона и тона открытия митрального клапана
- С. Усиленного I тона, II тона и тона закрытия митрального клапана
- Д. Ослабленного I тона, II тона и тона закрытия митрального клапана

251) У больного с митральным стенозом выслушивается:

- А. Систолический шум на верхушке сердца
- В. Диастолический шум на основании сердца
- С. Диастолический шум на верхушке сердца +
- Д. Систолический шум на основании сердца

252) У больного с недостаточностью митрального клапана выслушивается:

- А. Диастолический шум на верхушке сердца
- В. Систолический шум на основании сердца, проводящийся на сосуды шеи
- С. Систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область +
- Д. Диастолический шум у основания мечевидного отростка

253) При осмотре больного с митральным стенозом можно выявить:

- А. Симптом Мюссе, *facies mitralis*
- В. *Facies mitralis*, эпигастральную пульсацию +
- С. Пятна Дженуэя, *facies mitralis*
- Д. *Facies mitralis*, узелки Ослера

254) Наиболее частой причиной возникновения митрального стеноза является:

- A. Инфекционный эндокардит
- B. Атеросклероз
- C. Врожденная аномалия митрального клапана
- D. Острая ревматическая лихорадка +

255) Повышение давления в левом предсердии у больного с митральными пороками сердца приводит к возникновению:

- A. Симптома Мюссе
- B. Рефлекса Китаева +
- C. Рефлекса Бабинского
- D. Рефлекса Оппенгейма

256) Причиной возникновения кровохарканья у больных с митральными пороками сердца является:

- A. Коронарный атеросклероз
- B. Стеноз почечной артерии
- C. Легочная гипертензия +
- D. Бронхо-легочная патология

257) *Facies mitralis* – это внешний вид больного с митральным пороком сердца, для которого характерно:

- A. Заострившийся нос и впалые щеки на фоне серовато-бледной кожи лица
- B. Синюшность губ и яркий румянец щек на фоне бледного носогубного треугольника +
- C. Эритематозные высыпания на щеках и носу по типу «бабочки»
- D. Одутловатое лицо, суженные глазные щели

Answer: B

258) Возникновение эпигастральной пульсации у больного с митральным стенозом связано с гипертрофией и дилатацией полости:

- A. левого желудочка
- B. левого предсердия
- C. правого желудочка +
- D. правого предсердия

259) Аритмия, наиболее часто выявляемая у больных со стенозом левого атриовентрикулярного отверстия:

- A. Синусовая аритмия
- B. Желудочковая тахикардия
- C. Миграция водителя ритма в предсердиях
- D. Мерцательная аритмия +

260) Акцент II тона над легочной артерией является аускультативным признаком:

- A. Легочной гипертензии +
- B. Системной гипертензии

- C. Внутриклубочковой гипертензии
- D. Портальной гипертензии

261) Наиболее частыми причинами возникновения недостаточности митрального клапана являются:

- A. Атеросклероз, инфекционный эндокардит, болезнь Вильсона-Коновалова
- B. Ревматизм, атеросклероз, амилоидоз
- C. Инфекционный эндокардит, ревматоидный артрит, атеросклероз
- D. Ревматизм, инфекционный эндокардит, диффузные заболевания соединительной ткани +

262) В кардиологическое отделение поступила больная 32 лет с жалобами на утомляемость, одышку при минимальной физической нагрузке, эпизоды кровохарканья. С 12 лет установлен клинический диагноз хронической ревматической болезни сердца: сочетанный ревматический митральный порок сердца с преобладанием стеноза. При поступлении в анализы крови: лейкоциты $7,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 12 мм/ч, СРБ отр. Ревмопробы отрицательны. Назначьте лечение:

- A. Амоксициллин, диклофенак
- B. Кларитромицин, диклофенак, преднизолон
- C. Протезирование митрального клапана +
- D. Операция «лабиринт»

263) У больного М., 65 лет, перенесшего в детстве ревматизм, при обследовании выявлена недостаточность митрального клапана. Какие изменения были выявлены при доплер-ЭХОКГ?

- A. Регургитация крови из аорты в левый желудочек
- B. Регургитация крови из левого желудочка в левое предсердие +
- C. Регургитация крови из правого желудочка в правое предсердие
- D. Регургитация крови из легочной артерии в правый желудочек

264) У больного С., 18 лет, при аускультации сердца выслушивается хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана и диастолический шум в 1 точке аускультации. Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангинами. Ваш предварительный диагноз.

- A. Аортальный стеноз
- B. Митральный стеноз +
- C. Недостаточность митрального клапана
- D. Сочетанный митральный порок сердца

265) У больного Д., 24 лет, при аускультации сердца выслушивается ослабление I тона и систолический шум в 1 точке аускультации, проводящийся в левую аксиллярную область. Из анамнеза известно, что в детстве перенес ревматическую атаку. Ваш предварительный диагноз.

- A. Недостаточность митрального клапана +
- B. Митральный стеноз
- C. Аортальная недостаточность
- D. Аортальный стеноз

266) У больной К., 17 лет, при аускультации сердца выслушиваются хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана, диастолический шум в 1 точке аускультации и акцент II тона над легочной артерией. Из анамнеза известно, что в детстве часто болела ангинами. Предположите этиологию клапанных нарушений у данной больной.

- A. Инфекционный эндокардит
- B. Атеросклероз
- C. Синдром дисплазии соединительной ткани
- D. Ревматизм +

267) Больная Д., 16 лет, астенического телосложения, предъявляет жалобы на перебои в работе сердца. При осмотре обращает на себя внимание гипермобильность суставов. При аускультации сердца выслушивается систолический шум и систолический щелчок в 1 точке аускультации. Ваш предположительный диагноз.

- A. Пролапс митрального клапана +
- B. Аортальный стеноз
- C. Трикуспидальная недостаточность
- D. Митральный стеноз

268) Больной В., 25 лет, предъявляет жалобы на одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, утомляемость. В анамнезе – частые ангины. В 12 лет проведена тонзиллэктомия. В 16 лет врачи говорили о шуме в сердце. При аускультации сердца выслушивается хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана и систоло-диастолический шум в 1 точке аускультации. Ваш предварительный диагноз.

- A. Митральный стеноз
- B. Сочетанный митральный порок +
- C. Сочетанный трикуспидальный порок
- D. Комбинированный митрально-аортальный порок

269) К противострептококковым антителам относится:

- A. Фибриноген
- B. Антитела к актину
- C. Антимитохондриальные антитела
- D. Антигалактонидаза +

270) У больных, перенесших острую ревматическую лихорадку, вторичная профилактика ревматизма проводится:

- A. Метронидазолом
- B. Имипенемом
- C. Бензилпенициллином +
- D. Гентамицином

271) Усиление I тона, тон открытия митрального клапана и диастолический шум в 1 точке аускультации являются прямыми аускультативными признаками:

- A. Аортальной недостаточности

- В. Митрального стеноза +
- С. Трикуспидальной недостаточности
- D. Митральной недостаточности

272) Ослабление I тона и систолический шум на верхушке, проводящийся в левую аксиллярную область, являются прямыми аускультативными признаками:

- A. Митральной недостаточности +
- В. Аортальной недостаточности
- С. Митрального стеноза
- D. Трикуспидальной недостаточности

273) Ослабление I тона, систоло-диастолический шум на верхушке, проводящийся в левую аксиллярную область, являются прямыми аускультативными признаками:

- A. Сочетанного аортального порока
- В. Митрально-аортального порока
- С. Митрально-трикуспидального порока
- D. Сочетанного митрального порока +

274) Порок сердца, для которого характерно поражение нескольких клапанов, называется:

- A. Сочетанный
- В. Ревматический
- С. Смешанный
- D. Комбинированный +

275) Порок сердца, для которого характерно наличие и стеноза и недостаточности на одном клапане, называется:

- A. Комбинированный
- В. Смешанный
- С. Сочетанный +
- D. Сложный

276) Эквивалентом шума при митральном стенозе является:

- A. Акцент II тона над легочной артерией
- В. Диастолическое дрожание +
- С. Акцент II тона над аортой
- D. Систолическое дрожание

277) Особенностью шума при недостаточности митрального клапана является его проведение:

- A. На сосуды шеи
- В. В эпигастральную область
- С. В подлопаточную область
- D. В левую аксиллярную область +

278) У больного с недостаточностью митрального клапана I тон на верхушке:

- A. Ослаблен +
- В. Усилен

- C. Хлопающий
- D. Расщеплен

279) У больного со стенозом левого атриовентрикулярного отверстия I тон на верхушке:

- A. Ослаблен
- B. Хлопающий +
- C. Отсутствует
- D. Неизменен

280) Ревматизм чаще всего приводит к развитию:

- A. Аортального стеноза
- B. Трикуспидальной недостаточности
- C. Митрального стеноза +
- D. Недостаточности клапана легочной артерии

281) У больного на верхушке сердца выслушивается ритм «перепела». Данные аускультативные изменения свидетельствуют о:

- A. Митральной недостаточности
- B. Аортальном стенозе
- C. Аортальной недостаточности
- D. Митральном стенозе +

282) Показанием к назначению сердечных гликозидов у больного с митральным стенозом является:

- A. Тахисистолическая форма фибрилляция предсердий +
- B. Артериальная гипертензия
- C. Пожилой возраст
- D. Фракция выброса 50%

283) Показанием к назначению сердечных гликозидов у больного с митральной недостаточностью является:

- A. Синусовая аритмия
- B. Хроническая сердечная недостаточность с ФВ менее 40% +
- C. Артериальная гипотония
- D. Тромбоэмболический синдром

284) Клиническая ситуация, при которой отсутствует характерный шум у больных со стенозом левого АВ-отверстия:

- A. Во время сна
- B. При полной блокаде левой ножки пучка Гиса
- C. При тахикардиях +
- D. При левосторонней крупозной пневмонии

285) Для лечения больных с острой ревматической лихорадкой используются НПВС. О каком их побочном эффекте следует помнить?

- A. Гипертензивный
- B. Антигистаминный

- C. Антиангинальный
- D. Ульцерогенный +

286) Осложнением митральных пороков сердца является:

- A. Хроническая сердечная недостаточность +
- B. Бронхиальная астма
- C. Вазоспастическая стенокардия
- D. Амилоидоз

287) Показанием к назначению глюкокортикостероидов у больных с острой ревматической лихорадкой является:

- A. Возникновение артериальной гипотонии
- B. Выраженность интоксикационного синдрома
- C. Хроническая сердечная недостаточность
- D. Высокая активность воспалительного процесса +

288) Условия, при которых явления малой хореи у больного ревматизмом проходят:

- A. При возбуждении
- B. Во время сна +
- C. При физической нагрузке
- D. Во время приема пищи

289) Аускультативная картина при аортальной недостаточности:

- A. На верхушке хлопающий первый тон и диастолический шум
- B. На основании сердца ослабление тонов и систолический шум с иррадиацией на сосуды шеи
- C. На основании сердца ослабление тонов и диастолический шум +
- D. У основания мечевидного отростка ослабление тонов и систолический шум

290) При аортальной недостаточности на ЭКГ выявляется:

- A. Гипертрофия левого желудочка +
- B. Гипертрофия правого желудочка
- C. Гипертрофия правого предсердия
- D. Рубцовые изменения миокарда

291) Форма сердца при рентгенологическом исследовании больных с аортальным стенозом обусловлена:

- A. Расширением тени сердца влево и подчеркнутой талией сердца +
- B. Расширением тени сердца вправо и подчеркнутой талией сердца
- C. Сглаженностью талии сердца
- D. Выбуханием тени легочного ствола

292) Особенности артериального давления у больных аортальной недостаточностью:

- A. Повышение диастолического АД, снижение систолического АД
- B. Повышение систолического АД, снижение диастолического АД +

- C. Повышение систолического и диастолического АД
- D. Снижение систолического и диастолического АД

293) Обмороки у больных с аортальными пороками связаны:

- A. С неадекватностью коронарного кровообращения
- B. С нарушениями ритма сердца
- C. С развитием сердечной недостаточности
- D. Со снижением перфузии головного мозга +

294) Радикальный метод лечения аортального стеноза:

- A. Использование нитратов
- B. Дозированные физические тренировки
- C. Протезирование аортального клапана +
- D. Использование сердечных гликозидов

295) Наиболее частая причина стеноза устья аорты у лиц старше 60 лет:

- A. Ревматизм
- B. Атеросклероз +
- C. Инфекционный эндокардит
- D. Коронароангиография

296) При аортальном стенозе второй тон у основания сердца:

- A. Усиленный
- B. Ослабленный +
- C. Неизмененный
- D. Раздвоенный

297) Клиническая картина при аортальном стенозе обусловлена:

- A. Снижением сердечного выброса +
- B. Увеличением сердечного выброса
- C. Дисфункцией правого желудочка
- D. Повышением артериального давления

298) Клапанные признаки аортальной недостаточности:

- A. Ослабление тонов на верхушке и диастолический шум
- B. Хлопающий первый тон на верхушке и диастолический шум
- C. Ослабление тонов над аортой и диастолический шум +
- D. Ослабление тонов над аортой и систолический шум

299) Систолический шум у основания мечевидного отростка является признаком:

- A. Митрального стеноза
- B. Митральной недостаточности
- C. Трикуспидальной недостаточности +
- D. Аортального стеноза

300) Наиболее частая причина стеноза устья аорты у лиц молодого возраста:

- A. Ревматизм +
- B. Атеросклероз

- C. Инфекционный эндокардит
- D. Синдром Марфана

301) Границы относительной тупости сердца при аортальном стенозе смещаются:

- A. Вправо
- B. Вверх
- C. Влево +
- D. Вправо и вверх

302) Типичные жалобы у больных с аортальными пороками:

- A. Слабость, потливость
- B. Коллющие боли в области сердца, кашель
- C. Отеки, боли в правом подреберье
- D. Сжимающие боли за грудиной, обмороки, одышка +

303) Аускультативная картина аортальной недостаточности:

- A. Систолический шум на аортальном клапане с иррадиацией на сосуды шеи
- B. На верхушке хлопающий первый тон и диастолический шум
- C. Диастолический шум в точке аускультации аортального клапана +
- D. У основания мечевидного отростка ослабление тонов и систолический шум

304) Набухание и пульсация шейных вен бывает при следующем пороке:

- A. Стеноз и недостаточность аортального клапана
- B. Аортальный стеноз
- C. Недостаточность митрального клапана
- D. Недостаточность трикуспидального клапана +

305) Симптом Мюссе это:

- A. Эпигастральная пульсация
- B. Пульсация печени
- C. Малый медленный пульс
- D. Синхронное с пульсом покачивание головы +

306) При аортальном стенозе на ЭКГ выявляется:

- A. Признаки гипертрофии правого желудочка
- B. Признаки гипертрофии левого желудочка +
- C. Отклонение электрической оси сердца вправо
- D. Гипертрофия левого предсердия

307) Признак недостаточности аортального клапана при ЭхоКГ:

- A. Регургитация из аорты в полость левого желудочка +
- B. Регургитация из аорты в полость левого предсердия
- C. Неполное раскрытие створок аортального клапана в систолу
- D. Митральная регургитация

308) При появлении сердечной недостаточности продолжительность жизни у неоперированных больных с аортальным стенозом составляет в среднем:

- A. 10 лет
- B. 9 лет
- C. 1 год +
- D. 5 лет

309) Радикальный метод лечения аортального стеноза подразумевает:

- A. Применение антикоагулянтов
- B. Протезирование аортального клапана +
- C. Использование нитратов
- D. Использование сердечных гликозидов

310) Особенности пульса при аортальной недостаточности:

- A. Брадикардия
- B. Малый медленный пульс
- C. Высокий скорый пульс +
- D. Дефицит пульса

311) Аускультативная картина стеноза устья аорты:

- A. Хлопающий первый тон на верхушке и диастолический шум
- B. Ослабление тонов на основании сердца и систолический шум с проведением на сосуды шеи +
- C. Ослабление тонов на основании сердца и диастолический шум
- D. Ослабление тонов у основания мечевидного отростка и систолический шум

312) Диастолический шум у основания мечевидного отростка является признаком:

- A. Митрального стеноза
- B. Митральной недостаточности
- C. Трикуспидальной недостаточности
- D. Трикуспидального стеноза +

313) Двойной тон Траубе выслушивается:

- A. Над сонными артериями
- B. Над аортальным клапаном
- C. В точке Боткина-Эрба
- D. Над бедренной артерией +

314) Форма сердца при рентгенологическом исследовании больных с аортальным стенозом обусловлена гипертрофией:

- A. Правого желудочка и правого предсердия
- B. Левого предсердия
- C. Левого предсердия и правого желудочка
- D. Левого желудочка +

315) При стенозе трикуспидального клапана на ЭКГ выявляется:

- A. Гипертрофия правого предсердия +
- B. Гипертрофия правого предсердия и левого желудочка
- C. Гипертрофия левого предсердия и левого желудочка

D. Гипертрофия левого предсердия и правого желудочка

316) Жалобы у больных с трикуспидальной недостаточностью обусловлены:

- A. Застойными явлениями в малом круге кровообращения
- B. Выраженной артериальной гипертензией
- C. Артериальной гипотензией
- D. Значительным застоем в большом круге кровообращения +

317) При появлении обмороков продолжительность жизни у неоперированных больных с аортальным стенозом составляет в среднем:

- A. 4 года
- B. 3 года
- C. 5 лет
- D. 2 года +

318) Наиболее частая причина стеноза устья аорты у лиц старше 60 лет:

- A. Ревматизм
- B. Инфекционный эндокардит
- C. Атеросклероз +
- D. Синдром Марфана

319) Типичные жалобы у больных с аортальными пороками:

- A. Колющие боли в области сердца, кашель
- B. Перебои в работе сердца
- C. Отеки, боли в правом подреберье
- D. Стенокардия, обмороки, одышка +

320) Аускультативная картина стеноза устья аорты:

- A. Хлопающий первый тон на верхушке, диастолический шум
- B. Ослабление тонов на основании сердца, систолический шум с иррадиацией на сосуды шеи +
- C. Ослабление тонов на основании сердца, диастолический шум
- D. Ослабление тонов у основания мечевидного отростка, систолический шум

321) Аускультативная картина аортальной недостаточности:

- A. Хлопающий первый тон на верхушке, диастолический шум
- B. Ослабление тонов на основании сердца, систолический шум с иррадиацией на сосуды шеи
- C. Ослабление тонов на основании сердца, диастолический шум +
- D. Ослабление тонов у основания мечевидного отростка, систолический шум

322) Особенности пульса аортальной недостаточности:

- A. Брадикардия
- B. Мерцательная аритмия
- C. Дефицит пульса
- D. Высокий скорый пульс +

323) Особенности артериального давления у больных аортальной

недостаточностью:

- А. Повышение диастолического АД, снижение систолического АД
- В. Повышение систолического АД, снижение диастолического АД +
- С. Повышение систолического и диастолического АД
- Д. Снижение систолического и диастолического АД
- Е. Артериальное давление не изменяется

324) Аортальные пороки обычно проявляются:

- А. Тромбоэмболией легочной артерии
- В. Ишемией органов брюшной полости
- С. Бронхиальной обструкцией
- Д. Явлениями сердечной недостаточности +

325) При аортальной недостаточности на ЭКГ выявляется:

- А. Гипертрофия левого желудочка +
- В. Гипертрофия правого желудочка и левого предсердия
- С. Гипертрофия правого предсердия
- Д. Гипертрофия левого предсердия

326) Форма сердца при рентгенологическом исследовании больных с аортальным стенозом обусловлена:

- А. Расширением тени сердца вправо и подчеркнутой талией сердца
- В. Расширением тени сердца влево и подчеркнутой талией сердца +
- С. Отсутствием сердечной талии
- Д. Расширением тени сердца влево и вправо

327) Обмороки у больных с аортальными пороками связаны:

- А. С пульсацией сонных артерий
- В. С развитием сердечной недостаточности
- С. Со снижением перфузии головного мозга +
- Д. С тромбоэмболией легочной артерии

328) При аортальном стенозе второй тон в точке аускультации аортального клапана:

- А. Усиленный
- В. Ослабленный +
- С. Неизмененный
- Д. Хлопающий

329) Клиническая картина при аортальном стенозе обусловлена:

- А. «Застойными» явлениями по большому кругу кровообращения
- В. Повышением артериального давления
- С. Снижением сердечного выброса +
- Д. Тромбоэмболией легочной артерии

330) Клапанные признаки аортальной недостаточности:

- А. Ослабление тонов на верхушке и диастолический шум
- В. Хлопающий первый тон на верхушке и диастолический шум

- С. Диастолический шум и ослабление 2 тона в точке аускультации аортального клапана +
- D. Ослабление тонов над аортой и систолический шум в точке аускультации аортального клапана

331) Наиболее частая причина стеноза устья аорты у лиц молодого возраста:

- A. Ревматизм +
- B. Атеросклероз
- C. Синдром Марфана
- D. Сифилитический аортит

332) Границы относительной тупости сердца при аортальном стенозе смещаются:

- A. Вправо
- B. Вверх
- C. Влево +
- D. Вправо и вверх

333) Симптом Мюссе выявляется при:

- A. Циррозе печени
- B. Тромбоэмболии легочной артерии
- C. Недостаточности аортального клапана +
- D. Пневмонии

334) При аортальном стенозе на ЭКГ выявляется:

- A. Отклонение электрической оси сердца влево +
- B. Высокий зубец R в правых грудных отведениях
- C. Гипертрофия левого предсердия
- D. Полная блокада правой ножки пучка Гиса

335) Признак недостаточности митрального клапана по ЭхоКГ:

- A. Регургитация из полости левого желудочка в полость левого предсердия +
- B. Регургитация из аорты в полость левого желудочка
- C. Неполное раскрытие створок митрального клапана
- D. Гипертрофия правого желудочка

336) Двойной тон Траубе выявляется при:

- A. Стенозе сонной артерии
- B. Облитерирующем атеросклерозе
- C. Стенозе аортального клапана
- D. Недостаточности аортального клапана +

337) Рецидивирующие обморочные состояния характерны для:

- A. Митральной недостаточности
- B. Трикуспидальной недостаточности
- C. Стеноза устья аорты +
- D. Митрального стеноза

338) Основная причина развития недостаточности аортального клапана:

- А. Легочная гипертензия
- В. Ревматизм +
- С. Миокардит
- Д. Артериальная гипертензия

339) Симптомы аортального стеноза, обусловленные снижением сердечного выброса:

- А. Отеки, высокое пульсовое АД, обмороки
- В. Обмороки, повышение систолического АД, отеки
- С. Обмороки, снижение систолического АД, стенокардия +
- Д. Повышение диастолического АД, обмороки, стенокардия

340) Характеристика шума при стенозе устья аорты:

- А. Систолический шум во II м/р справа от грудины, проводящийся на сосуды шеи +
- В. Систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область
- С. Диастолический шум на верхушке
- Д. Диастолический шум во II м/р справа от грудины, проводящийся к верхушке

341) «Пляска каротид» наблюдается при:

- А. Митральный стеноз
- В. Аортальный стеноз
- С. Митральная недостаточность
- Д. Аортальная недостаточность +

342) Изменения ЭКГ у больного с аортальным стенозом:

- А. Высокий и заострённый зубец Р
- В. М-образная деформация комплекса QRS в отведениях V1,2
- С. Высокий зубец R в отведениях V5,6 +
- Д. Удлинение интервала PQ

343) Показания к протезированию аортального клапана при аортальном стенозе:

- А. Площадь аортального отверстия $> 2 \text{ см}^2$
- В. Площадь аортального отверстия $< 1 \text{ см}^2$ +
- С. Площадь аортального отверстия $> 1,5 \text{ см}^2$
- Д. Площадь аортального отверстия $1,5 - 2 \text{ см}^2$

344) При «митрализации» аортальных пороков появляется:

- А. Относительная недостаточность трикуспидального клапана
- В. Относительная недостаточность митрального клапана +
- С. Стеноз митрального клапана
- Д. Стеноз трикуспидального клапана

345) Шум у больных со стенозом устья аорты иррадирует:

- A. В левую подмышечную область
- B. Вверх на сосуды шеи +
- C. К верхушке сердца
- D. В эпигастральную область

346) Границы сердечной тупости при декомпенсации стеноза устья аорты смещаются:

- A. Вверх
- B. Вправо
- C. Вниз
- D. Влево и вниз +

347) Относительная недостаточность аортального клапана может быть следствием:

- A. Хронического легочного сердца
- B. Сифилитического аортита +
- C. Инфаркта миокарда
- D. Хронической сердечной недостаточности

348) Самая частая причина протезирования аортального клапана у пожилых:

- A. Инфекционный эндокардит
- B. Ревматический стеноз устья аорты
- C. Инфаркт миокарда
- D. Атеросклеротические изменения клапана +

349) Морфологическим субстратом ишемической болезни сердца является

- A. Воспаление коронарных артерий
- B. Атеросклероз коронарных артерий +
- C. Липоматоз миокарда
- D. Некроз коронарных артерий

350) Клиническая картина атеросклероза определяется в первую очередь

- A. Уровнем липопротеинов низкой плотности
- B. Возрастом больного
- C. Преимущественной локализации атеросклеротического процесса и степенью обструкции сосудов +
- D. Степенью дислипидемии

351) К внешним клиническим проявлениям атеросклероза относится

- A. Эпигастральная пульсация
- B. Сенильная дуга роговицы +
- C. Желтушность кожных покровов
- D. Набухание шейных вен

352) Дислипидемия – это:

- A. Изменение структуры сосудистого эндотелия под действием фосфолипидов
- B. Изменение липидного состава мембран клеток крови

- С. Изменение содержания липопротеинов в плазме крови с появлением модифицированных липопротеидов +
D. Изменение белковых компонентов сыворотки крови под воздействием ЛПНП

353) Наиболее атерогенной фракцией липопротеинов являются

- A. Триглицериды (ТГ)
B. Липопротеины низкой плотности (ЛПНП) +
C. Липопротеины высокой плотности (ЛПВП)
D. Хиломикроны

354) Антиатерогенной фракцией липопротеинов являются

- A. Триглицериды (ТГ)
B. Липопротеины низкой плотности (ЛПНП)
C. Липопротеины высокой плотности (ЛПВП) +
D. Хиломикроны

355) К факторам риска ИБС относят

- A. Митральный стеноз
B. Хроническую сердечную недостаточность.
C. Синусовую брадикардию
D. Сахарный диабет +

356) К факторам риска ИБС относят

- A. Стеноз устья аорты
B. Узловой токсический зоб
C. Гипертоническую болезнь +
D. Депрессивные расстройства

357) Немодифицируемым фактором риска развития ИБС является

- A. Гиперлипидемия
B. Абдоминальное ожирение
C. Возраст для мужчин более 45 лет +
D. Курение

358) Немодифицируемым фактором риска развития ИБС является

- A. Курение
B. Развитие инфаркта миокарда у матери в возрасте 53 лет +
C. Артериальная гипертензия
D. Развитие инфаркта миокарда у отца в возрасте 75 лет

359) К модифицируемым факторам риска ИБС относят:

- A. Мужской пол
B. Табакокурение +
C. Наследственный анамнез
D. Прием НПВС

360) Основным модифицируемым фактором риска развития ИБС у женщины 52

лет является

- A. Низкий уровень физической активности
- B. Отягощенный семейный анамнез
- C. Курение +
- D. Артериальная гипертензия

361) Основным признаком стенокардии является

- A. Колющий характер
- B. Связь с приемом пищи
- C. Связь с физической нагрузкой +
- D. Воспроизводимость болей при пальпации грудной клетки

362) Продолжительность болей при приступе стенокардии составляет

- A. Несколько секунд
- B. 2-10 минут +
- C. До 1 часа
- D. До суток

363) При стенокардии боли обычно иррадируют:

- A. В шею и лопатку +
- B. В поясницу и по задней поверхности бедра
- C. В верхнюю челюсть и височную область
- D. В правое подреберье

364) Целевым уровнем общего холестерина для больных ИБС является:

- A. Менее 3,0 ммоль/л
- B. Менее 4,0 ммоль/л
- C. Менее 4,5 ммоль/л +
- D. Менее 5,5 ммоль/л

365) Целевым уровнем холестерина ЛПНП для больных ИБС является:

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

366) Стенокардия, возникающая при ходьбе на расстояние более 200 метров, при подъеме по лестнице в обычном темпе на 2 этажа, соответствует

- A. I ФК
- B. II ФК. +
- C. III ФК
- D. IV ФК

367) Стенокардия, возникающая при ходьбе на расстояние до 150 метров, при подъеме по лестнице в обычном темпе на 1 пролет, соответствует

- A. I ФК
- B. II ФК
- C. III ФК +

D. IV ФК

368) Стенокардия, возникающая при интенсивных физических нагрузках (быстром беге, при подъеме по лестнице в быстром темпе до 4 этажа), соответствует

A. I ФК +

B. II ФК

C. III ФК

D. IV ФК

369) Стенокардия, возникающая при физических нагрузках минимальной интенсивности (одевании, чистке зубов), а также в покое, соответствует

A. I ФК

B. II ФК

C. III ФК

D. IV ФК +

370) У пациента с ИБС стенокардия возникает при движениях в постели, попытке одеться, в покое. Каков функциональный класс стенокардии по классификации Канадского кардиоваскулярного общества?

A. I ФК

B. II ФК

C. III ФК

D. IV ФК +

371) Провоцирующим фактором для возникновения приступа стенокардии обычно является

A. Физическая нагрузка +

B. Употребление жирной пищи

C. Сон

D. Прием НПВС

372) Для купирования приступа стенокардии следует использовать

A. Аспирин

B. Сальбутамол

C. Нитроглицерин +

D. Эуфиллин

373) Скорость наступления антиангинального эффекта при сублингвальном приеме нитроглицерина при приступе стенокардии составляет

A. 2-5 минут

B. 10-20 минут

C. 20-30 минут +

D. 30-50 минут

374) У пациента 63 лет стенокардия возникает при движениях обычной физической активности, ходьбе на расстояние 100-200 м. Функциональный класс стенокардии по классификации Канадского кардиоваскулярного

общества в такой ситуации соответствует

- A. I ФК
- B. II ФК
- C. III ФК +
- D. IV ФК

375) Противопоказанием к выполнению ЭКГ-пробы с физической нагрузкой является

- A. Нестабильная стенокардия +
- B. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- C. Единичные наджелудочковые экстрасистолы
- D. Стабильная стенокардия III ФК

376) Противопоказанием к выполнению ЭКГ-пробы с физической нагрузкой больному со стабильной стенокардией является

- A. III ФК
- B. Полная блокада левой ножки пучка Гиса +
- C. Полная блокада правой ножки пучка Гиса
- D. Прием бета-адреноблокаторов

377) Критерием положительной ЭКГ-пробы с нагрузкой является

- A. Развитие приступа стенокардии независимо от изменений ЭКГ
- B. Депрессия сегмента ST на 1 мм и более, независимо от развития приступа стенокардии +
- C. Депрессия сегмента ST на 1 мм и более в сочетании с развитием приступа стенокардии
- D. Развитие выраженной одышки

378) У пациента 52 лет стенокардия возникает при выполнении только очень интенсивной, быстрой и продолжительной физической нагрузки. Обычная повседневная физическая активность, в том числе подъем по лестнице до 3 этажа более не вызывает. Функциональный класс стенокардии по классификации Канадского кардиоваскулярного общества в данном случае соответствует

- A. I ФК
- B. II ФК +
- C. III ФК
- D. IV ФК

379) Для диагностики ИБС применяются следующие неинвазивные методики:

- A. Исследование поздних потенциалов желудочков
- B. ЭКГ-проба с физической нагрузкой +
- C. Исследование вариабельности сердечного ритма
- D. Чрезпищеводная эхокардиография

380) «Золотым стандартом» диагностики ИБС является

- A. ЭКГ проба с дозированной физической нагрузкой
- B. Магнитно-резонансная томография

- C. Стресс-эхокардиография
- D. Коронароангиография +

381) Во время выполнения ЭКГ-пробы с нагрузкой у пациента возник приступ стенокардии и частая желудочковая экстрасистолия, в связи с чем проба была прекращена, субмаксимальная ЧСС достигнута не была, изменений положения сегмента ST не зарегистрировано. Итерпретация пробы:

- A. Проба положительная
- B. Проба отрицательная
- C. Проба сомнительная +
- D. Проба слабоположительная

382) Проба с дозированной физической нагрузкой считается отрицательной в следующем случае

- A. Отсутствие стенокардии, отсутствие депрессии сегмента ST при достижении субмаксимальной ЧСС +
- B. Отсутствие стенокардии, отсутствие депрессии сегмента ST, субмаксимальная ЧСС не достигнута, проба остановлена из-за усталости ног
- C. Субмаксимальная ЧСС не достигнута, отсутствие депрессии сегмента ST, проба прекращена из-за дискомфорта в грудной клетке
- D. При достижении субмаксимальной ЧСС зафиксирована депрессия сегмента ST на 1,5 мм при отсутствии приступа стенокардии

383) Для диагностики ИБС применяются следующие инвазивные методики:

- A. Коронарная ангиография +
- B. Внутрисердечное электрофизиологическое исследование
- C. Чрезпищеводная эхокардиография
- D. Эндомиокардиальная биопсия

384) Для купирования приступа стенокардии пациенту следует

- A. Ускорить темп ходьбы.
- B. Продолжать движение в том же темпе.
- C. Сесть. +
- D. Лечь.

385) При приступе стенокардии, возникшем во время ходьбы, пациенты как правило

- A. Ускоряют темп ходьбы
- B. Продолжать движение в том же темпе
- C. Прекращают движение +
- D. Начинают метаться

386) Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии является

- A. Анаприлин
- B. Нифедипин

- С. Нитроглицерин +
- D. Аспирин.

387) С целью улучшения прогноза при стабильной ИБС применяют

- A. Аторвастатин +
- B. Периндоприл
- С. Триметазидин
- D. Верапамил

388) С целью улучшения прогноза при стабильной ИБС применяют

- A. Изосорбида динитрат
- B. Периндоприл
- С. Аспирин +
- D. Дигоксин

389) Антиангинальными препаратами «первой линии» при стабильной стенокардии являются

- A. Бета-блокаторы +
- B. Дигидропиридиновые антагонисты кальция
- С. Ингибиторы ГМГ-коА редуктазы
- D. Пролонгированные нитраты

390) Назначение статинов пациентам со стабильной стенокардией показано

- A. При повышении уровня холестерина ЛПНП более 50% от верхней границы нормы
- B. Всем больным старше 70 лет
- С. При наличии ≥ 2 дополнительных факторов риска
- D. Всегда, независимо от наличия гиперлипидемии +

391) Антиангинальными препаратами «второй линии» при стабильной стенокардии являются

- A. Бета-блокаторы
- B. Дигидропиридиновые антагонисты кальция
- С. Ингибиторы ГМГ-коА редуктазы
- D. Пролонгированные нитраты +

392) Для лечения стабильной стенокардии применяются

- A. Лозартан
- B. Бисопролол +
- С. Пропафенон
- D. Амиодарон

393) С целью улучшения прогноза при стабильной ИБС наряду с аспирином возможно применение такого антитромбоцитарного препарата как

- A. Варфарин
- B. Эноксапарин
- С. Клопидогрел +

D. Дипиридамо́л

394) Методами реваскуляризации миокарда при ИБС являются:

- A. Транслюминальная коронарная ангиопластика
- B. Катетерная абляция АВ-соединения
- C. Протезирование митрального клапана +
- D. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора

395) Проведение коронарной ангиографии больному со стабильной стенокардией показано

- A. При сохранении симптомов стенокардии III-IV ФК, несмотря на прием оптимальной антиангинальной терапии +
- B. При наличии заболеваний суставов, препятствующих выполнению нагрузочных проб
- C. При сохранении симптомов стенокардии у пациентов, отказывающихся от приема антиангинальной терапии
- D. Во всех случаях для уточнения локализации атеросклеротической бляшки

396) Основной целью проведения обзорной коронарной ангиографии больному со стабильной стенокардией является

- A. Решение вопроса о хирургической реваскуляризации при неэффективности оптимальной антиангинальной терапии +
- B. Уточнения наличия атеросклеротического процесса как причины стенокардии
- C. Уточнение типа кровоснабжения миокарда
- D. Уточнение развитости коллатерального кровотока

397) Особенностью ЭКГ покоя у больных ИБС является

- A. Отсутствие отклонений от нормы, ишемические изменения появляются только при нагрузочных пробах +
- B. Наличие патологического зубца Q в отведениях II, III, aVF
- C. Регистрация частых желудочковых экстрасистол
- D. Наличие косонисходящей депрессии сегмента ST и асимметричного отрицательного зубца T в отведениях I, II, aVL

398) Характерными для больных ИБС «ишемическими изменениями» на ЭКГ являются

- A. Подъем сегмента ST в двух и более смежных отведениях
- B. Появление патологического зубца Q в двух и более смежных отведениях
- C. Депрессия сегмента ST в двух и более смежных отведениях +
- D. Наличие косонисходящей депрессии сегмента ST и асимметричного отрицательного зубца T в отведениях I, II, aVL

399) Внекардиальным состоянием, провоцирующим или усугубляющим ишемию миокарда является

- A. Тромбоцитопения
- B. Вирусный гепатит

- C. Анемия +
- D. Гастро-эзофагеальный рефлюкс

400) Антиишемическим препаратом второй линии является

- A. Бисопролол.
- B. Дилтиазем.
- C. Верапамил.
- D. Ивабрадин. +

401) Антиишемическим препаратом первой линии является

- A. Молсидомин.
- B. Никорандил.
- C. Триметазидин.
- D. Небиволол. +

402) При наличии у больного ИБС тяжелой бронхиальной астмы бета-адреноблокаторы могут быть заменены на

- A. Бета-адреномиметики
- B. Дигидропиридиновые антагонисты кальция
- C. Недигидропиридиновые антагонисты кальция
- D. Пролонгированные нитраты +

403) Противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов у больных ИБС: стабильной стенокардией является

- A. Сахарный диабет
- B. Бронхиальная астма тяжелого течения +
- C. Полная блокада левой ножки пучка Гиса
- D. Частые желудочковые экстрасистолы

404) Противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов у пациентов с ИБС: стабильной стенокардией является:

- A. Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе
- B. Сахарный диабет
- C. Синусовая брадикардия +
- D. Артериальная гипертензия

405) В биохимическую панель при стабильной ИБС входят все перечисленные исследования, кроме

- A. Глюкоза крови
- B. Липидный профиль
- C. Креатинин сыворотки
- D. Белковые фракции +

406) Всем больным со стабильной ИБС показаны все перечисленные инструментальные исследования, кроме:

- A. ЭКГ покоя.

- В. ЭхоКГ покоя.
- С. УЗ исследование сонных артерий.
- Д. МРТ сердца в покое. +

407) Препаратами выбора для коррекции уровня липидов у больных ИБС являются

- А. Производные никотиновой кислоты
- В. Ионообменные смолы
- С. Статины +
- Д. Фибраты

408) При лечении пациентов ИБС недопустимой является следующая комбинация препаратов

- А. Метопролол + изосорбида динитрат + аспирин + симвастатин
- В. Метопролол + амлодипин + аспирин + симвастатин
- С. Метопролол + верапамил + аспирин + симвастатин +
- Д. Верапамил + изосорбида динитрат + аспирин + симвастатин

409) В связи с высоким риском развития тяжелой брадикардии вплоть до остановки сердца недопустимым является сочетание бета-адреноблокаторов и

- А. Нитратов
- В. Аспирина
- С. Верапамила +
- Д. Статинов

410) С целью профилактики нежелательных сердечно-сосудистых событий у больных ИБС используются

- А. Пролонгированные нитраты
- В. Антиагреганты +
- С. Антагонисты кальция
- Д. Триметазидин

411) Антиагрегантом первой линии при стабильной ИБС является

- А. Гепарин
- В. Аспирин +
- С. Клопидогрел
- Д. Варфарин

412) Методом выбора при реваскуляризации по поводу однососудистого поражения коронарного русла при стабильной ИБС является

- А. Чрезкожная коронарная ангиопластика +
- В. Внутрикоронарный тромболизис
- С. Аортокоронарное шунтирование
- Д. Коронароангиография

413) Методом выбора при реваскуляризации по поводу многососудистого поражения коронарного русла при стабильной ИБС является

- А. Чрезкожная коронарная ангиопластика
- В. Внутрикоронарный тромболизис
- С. Аортокоронарное шунтирование +

D. Коронароангиография

414) Для пациентов с ИБС: стабильной стенокардией напряжения характерны изменения в следующих анализах:

- A. Общий анализ крови
- B. Биохимический анализ крови +
- C. Общий анализ мочи
- D. Анализ кала на скрытую кровь

415) Для пациентов с ИБС: стабильной стенокардией напряжения характерно повышение следующих показателей биохимического анализа крови:

- A. Общего холестерина и ЛПНП +
- B. Калия и натрия
- C. КФК и ее МВ-фракции
- D. Общего и прямого билирубина

416) Типичным изменением, регистрируемом на ЭКГ во время приступа стенокардии является

- A. Удлинение интервала PQ
- B. Подъем сегмента ST
- C. Расширение желудочкового комплекса более 0,12 с
- D. Депрессия сегмента ST +

417) Для пациентов с ИБС: стабильной стенокардией напряжения характерно изменение следующих показателей биохимического анализа крови

- A. Снижение уровня общего белка
- B. Повышение уровня ХС ЛПВП
- C. Повышение уровня креатинина
- D. Повышение уровня ХС ЛПНП +

418) Типичным осложнением длительно текущей ИБС чаще всего является

- A. Хроническая сердечная недостаточность +
- B. Печеночно-клеточная недостаточность
- C. Дыхательная недостаточность
- D. Дисциркуляторная энцефалопатия

419) Типичным осложнением длительно текущей ИБС чаще всего является

- A. Инфекционный эндокардит
- B. Стеноз митрального клапана
- C. Инфаркт миокарда
- D. Гипертоническая болезнь +

420) Группа препаратов, обладающих максимальной антисекреторной активностью:

- A. Блокаторы рецепторов гистамина
- B. Блокаторы H^+ - K^+ -помпы +
- C. Селективные холинолитики
- D. Антациды

421) Этиологическим фактором хронического панкреатита является:

- A. Бронхолитиаз
- B. Холелитиаз +
- C. Сиалолитиаз
- D. Уролитиаз

422) Этиологическим фактором хронического панкреатита является:

- A. Гиподинамия
- B. Стресс
- C. Алкоголь +
- D. Переохлаждение

423) Этиологическим фактором хронического панкреатита является:

- A. Проктит
- B. Аппендицит
- C. Сигмоидит
- D. Дуоденит +

424) Этиологическим фактором хронического панкреатита является:

- A. Гиподинамия
- B. Инфекция +
- C. Стресс
- D. Переохлаждение

425) Причиной лекарственного панкреатита может быть регулярный прием:

- A. Ингибиторов АПФ
- B. НПВС +
- C. β -адреномиметиков
- D. Блокаторов кальциевых каналов

426) Причиной лекарственного панкреатита может быть регулярный прием:

- A. Сердечных гликозидов
- B. Блокаторов протонного насоса
- C. Нитратов
- D. Диуретиков +

427) α -клетки поджелудочной железы секретируют:

- A. Соматостатин
- B. Инсулин
- C. Панкреатический полипептид
- D. Глюкагон +

428) β -клетки поджелудочной железы секретируют:

- A. Соматостатин
- B. Инсулин +
- C. Панкреатический полипептид

D. Глюкагон

429) d-клетки поджелудочной железы секретируют:

- A. Соматостатин +
- B. Инсулин
- C. Панкреатический полипептид
- D. Глюкагон

430) f-клетки поджелудочной железы секретируют:

- A. Соматостатин
- B. Инсулин
- C. Панкреатический полипептид +
- D. Глюкагон

431) Один из двух основных патогенетических механизмов развития хронического панкреатита является:

- A. Активация панкреатических ферментов в ткани поджелудочной железы +
- B. Щелочная среда ткани поджелудочной железы
- C. Ускоренное выделение секрета поджелудочной железы
- D. Активация панкреатических ферментов в просвете двенадцатиперстной кишки

432) Один из двух основных патогенетических механизмов развития хронического панкреатита является:

- A. Активация панкреатических ферментов в просвете двенадцатиперстной кишки
- B. Щелочная среда ткани поджелудочной железы
- C. Задержка выделения секрета поджелудочной железы +
- D. Ускоренное выделение секрета поджелудочной железы

433) К развитию хронического панкреатита приводит:

- A. Ускоренное выделение секрета поджелудочной железы
- B. Активация панкреатических ферментов в просвете двенадцатиперстной кишки
- C. Снижение ингибиторов ферментов в ткани поджелудочной железы +
- D. Щелочная среда ткани поджелудочной железы

434) К развитию хронического панкреатита приводит:

- A. Сниженный метаболизм ацинозных клеток +
- B. Щелочная среда ткани поджелудочной железы
- C. Ускоренное выделение секрета поджелудочной железы
- D. Активация панкреатических ферментов в просвете двенадцатиперстной кишки

435) К развитию хронического панкреатита приводит:

- A. Ускоренное выделение секрета поджелудочной железы
- B. Снижение pH ткани поджелудочной железы +
- C. Активация панкреатических ферментов в просвете двенадцатиперстной

кишки

D. Выделение панкреатических ферментов в просвет двенадцатиперстной кишки

436) Этиологическим фактором хронического панкреатита является:

A. Дефицит микроэлементов в питании

B. Дефицит жиров в питании

C. Дефицит углеводов в питании

D. Дефицит белков в питании +

437) Этиологическим фактором хронического панкреатита является:

A. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки +

B. Стоматит

C. Сигмоидит

D. Проктит

438) Этиологическим фактором хронического панкреатита является:

A. Патология сигмовидной кишки

B. Патология прямой кишки

C. Патология большого дуоденального сосочка +

D. Патология селезенки

439) Фермент поджелудочной железы, участвующий в гидролизе жиров:

A. Амилаза

B. Липаза +

C. Трипсин

D. Эластаза

440) Фермент поджелудочной железы, участвующий в гидролизе крахмала:

A. Амилаза +

B. Липаза

C. Эластаза

D. Трипсин

441) Фермент поджелудочной железы, участвующий в гидролизе белков:

A. Амилаза

B. Эластаза +

C. Фосфолипаза

D. Липаза

442) Фермент поджелудочной железы, участвующий в гидролизе белков:

A. Амилаза

B. Трипсин +

C. Липаза

D. Фосфолипаза

443) Фермент поджелудочной железы, участвующий в гидролизе жиров:

A. Трипсин

- В. Эластаза
- С. Фосфолипаза +
- D. Амилаза

444) Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита из всех перечисленных является:

- A. Болезнь Крона
- В. Паразитарные инвазии
- С. Алкоголь +
- D. Аденома фатерова сосочка

445) Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита из всех перечисленных является:

- A. Холелитиаз +
- В. Гиперлипидемия
- С. Аномалии развития поджелудочной железы
- D. Муковисцидоз

446) Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита из всех перечисленных является:

- A. Травма поджелудочной железы
- В. Гиперкальциемия
- С. Алкоголь +
- D. Неспецифический язвенный колит

447) Этиологическая классификация хронического панкреатита включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Билиарнозависимый
- В. Аллергический +
- С. Инфекционный
- D. Дисметаболический

Answer: B

448) Этиологическая классификация хронического панкреатита включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Аритмический +
- В. Алкогольный
- С. Дисметаболический
- D. Лекарственный

449) Этиологическая классификация хронического панкреатита включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Билиарнозависимый
- В. Астматический +
- С. Дисметаболический
- D. Лекарственный

450) Клиническая классификация хронического панкреатита включает все

нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Сочетанный
- B. Гипертонический +
- C. Астеноневротический (ипохондрический)
- D. Болевой

451) Клиническая классификация хронического панкреатита включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Гипосекреторный
- B. Латентный
- C. Болевой
- D. Холестатический +

452) Клиническая классификация хронического панкреатита включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Астеноневротический (ипохондрический)
- B. Безболевой +
- C. Болевой
- D. Сочетанный

453) Клиническая классификация хронического панкреатита включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Гипосекреторный
- B. Латентный
- C. Сочетанный
- D. Церебральный +

454) Морфологическая классификация хронического панкреатита включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Паренхиматозный
- B. Кистозный
- C. Гиперпластический (псевдотуморозный)
- D. Гипосекреторный +

455) Морфологическая классификация хронического панкреатита включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Интерстициально-отечный
- B. Холестатический +
- C. Фиброзно-склеротический (индуративный)
- D. Дисметаболический

456) Марсельско - Римская классификация хронического панкреатита включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Воспалительный
- B. Обструктивный
- C. Кальцифицирующий
- D. Холестатический +

457) Развитие синдрома мальабсорбции при хроническом панкреатите обусловлено:

- A. Ускорением моторной деятельности тонкой кишки
- B. Активацией панкреатических ферментов в просвете тонкой кишки
- C. Недостаточной выработкой панкреатического сока и низкой концентрацией ферментов в нем +
- D. Снижением секреторной функции желез тонкой кишки

458) Синдромом хронического панкреатита является:

- A. Артериальной гипертензии
- B. Церебральный
- C. Кардиальный
- D. Болевой +

459) Синдромом хронического панкреатита является:

- A. Диспепсический +
- B. Гепаторенальный
- C. Цитолитический
- D. Астматический

460) Синдромом хронического панкреатита является:

- A. Дыхательной недостаточности
- B. Печечно-клеточной недостаточности
- C. Экзокринной недостаточности +
- D. Сердечной недостаточности

461) Синдромом хронического панкреатита является:

- A. Почечной недостаточности
- B. Сердечной недостаточности
- C. Дыхательной недостаточности
- D. Эндокринной недостаточности +

462) Синдромом хронического панкреатита является:

- A. Мальабсорбции +
- B. Мальформации
- C. Цитолитический
- D. Нефритический

463) Синдромами хронического панкреатита являются все нижеперечисленные, кроме:

- A. Болевой
- B. Эндокринной недостаточности
- C. Экзокринной недостаточности
- D. Цитолитический +

464) Клинический признак внешнесекреторной (экзокринной) недостаточности поджелудочной железы:

- A. Снижение массы тела +

- В. Увеличение массы тела
- С. Сухость во рту, жажда
- Д. Кожный зуд

465) Клинический признак внешнесекреторной (экзокринной) недостаточности поджелудочной железы:

- А. Кожный зуд
- В. Ангулярный стоматит +
- С. Сухость во рту
- Д. Увеличение массы тела

466) Клинический признак внешнесекреторной (экзокринной) недостаточности поджелудочной железы:

- А. Сухость во рту, жажда
- В. Потемнение мочи, осветление кала
- С. Сухие, ломкие волосы и ногти +
- Д. Увеличение массы тела

467) Признак внешнесекреторной (экзокринной) недостаточности поджелудочной железы:

- А. Желтуха
- В. Метеоризм +
- С. Полидипсия
- Д. Гипергликемия

468) Клинический признак внутрисекреторной (эндокринной) недостаточности поджелудочной железы:

- А. Метеоризм
- В. Отрыжка
- С. Сухость во рту +
- Д. Диарея

469) Клинический признак внутрисекреторной (эндокринной) недостаточности поджелудочной железы:

- А. Неустойчивый, жидкий стул
- В. Сухость во рту, жажда +
- С. Снижение массы тела
- Д. Потемнение мочи, осветление кала

470) Признаками внутрисекреторной (эндокринной) недостаточности поджелудочной железы являются все нижеперечисленные, кроме:

- А. Полидипсия
- В. Стеаторея +
- С. Кетонурия
- Д. Гипергликемия

471) Признаками внешнесекреторной (экзокринной) недостаточности поджелудочной железы являются все нижеперечисленные, кроме:

- А. Сухие, ломкие волосы и ногти

- В. Стеаторея
- С. Креаторея
- D. Сухость во рту, жажда +

472) Панкреатокардиальный синдром при хроническом панкреатите проявляется:

- A. Артериальной гипертензией
- В. Инфарктом миокарда
- С. Атриовентрикулярной блокадой II-III степени
- D. Экстрасистолией +

473) Для внешнесекреторной (экзокринной) недостаточности поджелудочной железы характерно:

- A. Кетонурия
- В. Креаторея +
- С. Полиурия
- D. Полидипсия

474) Для внутрисекреторной (эндокринной) недостаточности поджелудочной железы характерно:

- A. Дизурия
- В. Кетонурия +
- С. Олигоурия
- D. Анурия

475) Повышение уровня панкреатических ферментов в крови при обострении хронического панкреатита обусловлено:

- A. «Феноменом уклонения панкреатических ферментов» в кровь +
- В. Повышенной выработкой панкреатических ферментов другими органами
- С. Активацией панкреатических ферментов в просвете двенадцатиперстной кишки
- D. Повышенной выработкой панкреатических ферментов поджелудочной железой

476) При обследовании больного с болями в левом подреберье выявлены повышенные уровни амилазы в крови и диастазы в моче. Обострение какого хронического заболевания можно предполагать?

- A. Язвенной болезни желудка
- В. Холецистита
- С. Панкреатита +
- D. Гепатита

477) При обследовании больного с болями в левом подреберье и эпигастрии, неустойчивым жидким стулом выявлено повышение уровня глюкозы в крови. Какое хроническое заболевание можно предполагать у больного?

- A. Панкреатит +
- В. Холецистит
- С. Цирроз печени

D. Язвенную болезнь желудка

478) При обследовании больного с жалобами на сухость во рту, жажду, неустойчивый, жидкий стул выявлено повышение уровня глюкозы в крови. Какое хроническое заболевание можно предполагать у больного?

A. Язвенную болезнь желудка

B. Холецистит

C. Цирроз печени

D. Панкреатит +

479) При обследовании больного с жалобами на снижение массы тела, опоясывающие боли в животе, неустойчивый жидкий стул в анализе крови выявлено повышение уровня амилазы. Обострение какого хронического заболевания можно предполагать?

A. Холецистита

B. Нефрита

C. Гепатита

D. Панкреатита +

480) Гломерулонефриты – это иммуновоспалительные заболевания с поражением:

A. Vas afference

B. Vas efference

C. Клубочков +

D. Канальцев

481) Для нефротического синдрома характерны все нижеперечисленные признаки, кроме:

A. Гипопротеинемии

B. Гиперлипидемии

C. Протеинурии более 3,0 г/сут

D. Протеинурии до 3,0 г/сут +

482) Клиническим вариантом хронического гломерулонефрита будет:

A. Мезангиопролиферативный

B. Мезангиокапиллярный

C. Быстро прогрессирующий

D. Гематурический +

483) Клиническим вариантом хронического гломерулонефрита будет:

A. Фокально-сегментарный

B. Мезангиокапиллярный

C. Латентный +

D. Быстро прогрессирующий

484) Клиническим вариантом хронического гломерулонефрита будет:

A. Фокально-сегментарный

B. Мезангиокапиллярный

- С. Смешанный +
- Д. Мембранозный

485) Клиническим вариантом хронического гломерулонефрита является:

- А. Гипертонический +
- В. Мезангиокапиллярный
- С. Болезнь минимальных изменений
- Д. Мезангиопролиферативный

486) Клиническим вариантом хронического гломерулонефрита является:

- А. Мезангиокапиллярный
- В. Фокально-сегментарный
- С. Мембранозная нефропатия
- Д. Нефротический +

487) Морфологическим вариантом хронического гломерулонефрита будут все нижеперечисленные формы, кроме

- А. Мезангиопролиферативного
- В. Мезангиокапиллярного
- С. Болезни минимальных изменений
- Д. Латентного +

488) Морфологическим вариантом хронического гломерулонефрита будут все нижеперечисленные формы, кроме

- А. Мезангиопролиферативного
- В. Мезангиокапиллярного
- С. Смешанного +
- Д. Болезни минимальных изменений

489) Морфологическим вариантом хронического гломерулонефрита является:

- А. Латентный
- В. Гематурический
- С. Нефротический
- Д. Болезнь минимальных изменений +

490) Морфологическим вариантом хронического гломерулонефрита является:

- А. Смешанный
- В. Фокально-сегментарный +
- С. Гематурический
- Д. Нефротический

491) Для острого гломерулонефрита наиболее характерен:

- А. Изолированный мочевого синдром
- В. Изолированный гипертонический синдром
- С. Нефритический синдром +
- Д. Нефротический синдром

492) В анализе мочи при остром гломерулонефрите выявляют:

- A. Эритроцитурию +
- B. Глюкозурию
- C. Лейкоцитурию
- D. Билирубинурию

493) Причиной развития остеопороза при хронической азотемии будет:

- A. Дисфункция тромбоцитов
- B. Уменьшение экскреции электролитов и воды
- C. Уменьшение синтеза эритропоэтина
- D. Уменьшение синтеза витамина D +

494) Целевой уровень АД у пациентов с протеинурией $>1,0$ г/сут или сахарным диабетом:

- A. систолическое АД 120-129 мм.рт.ст. / диастолическое АД < 80 мм.рт.ст. +
- B. систолическое АД 130-139 мм.рт.ст. / диастолическое АД < 80 мм.рт.ст.
- C. систолическое АД 140-149 мм.рт.ст. / диастолическое АД < 80 мм.рт.ст.
- D. систолическое АД 150-159 мм.рт.ст. / диастолическое АД < 80 мм.рт.ст.

495) Об активности нефрита свидетельствуют все нижеперечисленное, кроме

- A. Появление нефротического синдрома
- B. Нарастания протеинурии
- C. Резкого повышения АД
- D. Увеличения уровня общего белка сыворотки крови +

496) В качестве иммуносупрессивной терапии гломерулонефритов применяют:

- A. Диуретики
- B. Глюкокортикостероиды +
- C. Эритропоэтин
- D. Ингибиторы АПФ

497) У больного на 5 день от начала пиодермии появились макрогематурия и артериальная гипертензия. Этот эпизод можно расценивать, как

- A. Острый постстрептококковый гломерулонефрит
- B. Обострение хронического гломерулонефрита +
- C. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит
- D. Дебют гипертонической болезни

498) У больного на 15 день от начала пиодермии появились макрогематурия и артериальная гипертензия. Этот эпизод можно расценивать, как

- A. Острый постстрептококковый гломерулонефрит +
- B. Обострение хронического гломерулонефрита
- C. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит
- D. Дебют гипертонической болезни

499) Этиологическим фактором в развитии гломерулонефрита является:

- A. Переохлаждение
- B. Артериальная гипертензия
- C. Стеноз почечной артерии
- D. Инфекция +

500) Для острого нефритического синдрома характерны все нижеперечисленное, кроме:

- A. Протеинурии более 3,0 г/сутки +
- B. Олигоанурии
- C. Отеков
- D. Артериальной гипертензии

501) Группа препаратов, обладающих максимальной антисекреторной активностью:

- A. Блокаторы рецепторов гистамина
- B. Блокаторы H^+ - K^+ -помпы +
- C. Селективные холинолитики
- D. Антациды

502) Этиологическим фактором хронического панкреатита является:

- A. Бронхолитиаз
- B. Холелитиаз +
- C. Сиалолитиаз
- D. Уролитиаз

503) β -клетки поджелудочной железы секретируют:

- A. Соматостатин
- B. Инсулин +
- C. Панкреатический полипептид
- D. Глюкагон

504) Фермент поджелудочной железы, участвующий в гидролизе жиров:

- A. Амилаза
- B. Липаза +
- C. Трипсин
- D. Эластаза

505) Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита из всех перечисленных является:

- A. Болезнь Крона
- B. Паразитарные инвазии
- C. Алкоголь +
- D. Аденома фатерова сосочка

506) Развитие синдрома мальабсорбции при хроническом панкреатите обусловлено:

- A. Ускорением моторной деятельности тонкой кишки
- B. Активацией панкреатических ферментов в просвете тонкой кишки
- C. Недостаточной выработкой панкреатического сока и низкой концентрацией ферментов в нем +
- D. Снижением секреторной функции желез тонкой кишки

507) Клинический признак внешнесекреторной (экзокринной) недостаточности поджелудочной железы:

- A. Снижение массы тела +
- B. Увеличение массы тела
- C. Сухость во рту, жажда
- D. Кожный зуд

508) При обследовании больного с болями в левом подреберье выявлены повышенные уровни амилазы в крови и диастазы в моче. Обострение какого хронического заболевания можно предполагать?

- A. Язвенной болезни желудка
- B. Холецистита
- C. Панкреатита +
- D. Гепатита

509) Гломерулонефриты – это иммуновоспалительные заболевания с поражением:

- A. Vas afference
- B. Vas efference
- C. Клубочков +
- D. Канальцев

510) Для нефротического синдрома характерны все нижеперечисленные признаки, кроме:

- А. Гипопротеинемии
- В. Гиперлипидемии
- С. Протеинурии более 3,0 г/сут
- Д. Протеинурии до 3,0 г/сут +

511) Клиническим вариантом хронического гломерулонефрита является:

- А. Гипертонический +
- В. Мезангиокапиллярный
- С. Болезнь минимальных изменений
- Д. Мезангиопролиферативный

512) В анализе мочи при остром гломерулонефрите выявляют:

- А. Эритроцитурию +
- В. Глюкозурию
- С. Лейкоцитурию
- Д. Билирубинурию

513) Причиной развития остеопороза при хронической азотемии будет:

- А. Дисфункция тромбоцитов
- В. Уменьшение экскреции электролитов и воды
- С. Уменьшение синтеза эритропоэтина
- Д. Уменьшение синтеза витамина D +

514) Об активности нефрита свидетельствуют все нижеперечисленное, кроме

- А. Появление нефротического синдрома
- В. Нарастания протеинурии
- С. Резкого повышения АД
- Д. Увеличения уровня общего белка сыворотки крови +

515) В качестве иммуносупрессивной терапии гломерулонефритов применяют:

- А. Диуретики

- В. Глюкокортикостероиды +
- С. Эритропоэтин
- Д. Ингибиторы АПФ

516) У больного на 5 день от начала пиодермии появились макрогематурия и артериальная гипертензия. Этот эпизод можно расценивать, как

- А. Острый постстрептококковый гломерулонефрит
- В. Обострение хронического гломерулонефрита +
- С. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит
- Д. Дебют гипертонической болезни

517) Этиологическим фактором в развитии гломерулонефрита является:

- А. Переохлаждение
- В. Артериальная гипертензия
- С. Стеноз почечной артерии
- Д. Инфекция +

518. «Золотым стандартом» диагностики язвенной болезни 12-перстной кишки является:

- А. Данные УЗИ брюшной полости
- В. Данные ЭГДС +
- С. Данные интрагастральной рН-метрии
- Д. КТ брюшной полости

519. «Золотым стандартом» диагностики инфекции *Helicobacter pylori* является:

- А. Гистологический тест +
- В. Быстрый уреазный тест (CLO-тест)
- С. ЭГДС
- Д. Серологический метод

520. Выберите препарат, не обладающий антихеликобактерным действием:

- А. Метронидазол
- В. Де-нол
- С. Кладрид
- Д. Ранитидин +

521. Основными принципами консервативного лечения язвенной болезни 12-перстной кишки в стадии обострения являются:
- A. Эрадикация *Helicobacter pylori* и подавление продукции HCl +
 - B. Максимальное восстановление факторов защиты
 - C. Подавление продукции HCl
 - D. Восстановление психоэмоционального равновесия пациента
522. Стандартом эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является назначение:
- A. Ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин +
 - B. Блокатор рецептора гистамина + кларитромицин + ампициллин
 - C. Ингибитор протонной помпы + тетрациклин + амоксициллин
 - D. Блокатор рецептора гистамина + кларитромицин + амоксициллин
523. Препаратами выбора для лечения хронического аутоиммунного гастрита являются:
- A. Антациды
 - B. Блокаторы протонной помпы
 - C. Нестероидные противовоспалительные препараты
 - D. Препараты, содержащие соляную кислоту +
524. Для болевого синдрома при язвенной болезни 12-перстной кишки в стадии обострения характерно:
- A. Боли, возникающие при наклоне туловища вперед
 - B. Боли, возникающие сразу после еды
 - C. Боли, возникающие при физической нагрузке
 - D. «Ночные», «голодные» боли +
525. О желудочно-кишечном кровотечении при язвенной болезни 12-перстной кишки свидетельствует:
- A. Резкое усиление «язвенных» болей в сочетании с общей слабостью
 - B. Резкое ослабление или исчезновение «язвенных» болей в сочетании с общей слабостью +
 - C. Появление симптомов раздражения брюшины
 - D. Металлический привкус во рту
526. При развитии антрального гастрита, ассоциированного с *H. pylori*

- A. Уровень гастрина повышается +
- B. Снижается секреция соляной кислоты
- C. Уровень соматостатина повышается
- D. Уровень гастрина снижается

527. Методами выявления *H. pylori* являются все, кроме:

- A. Гистологического исследования
- B. Быстрого уреазного теста
- C. Микробиологического метода
- D. ЭГДС +

528. Этиологическим фактором возникновения язвенной болезни 12-перстной кишки является:

- A. Курение
- B. Нарушение режима питания
- C. *Helicobacter pylori* +
- D. Злоупотребление алкоголем

529. Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* включает в себя все препараты, кроме

- A. Кларитромицин
- B. Блокатор протонной помпы
- C. Амоксицилин
- D. Ацидин-пепсин +

530. Лечение язвенной болезни желудка (при отсутствии *Helicobacter pylori*) должно быть направлено в основном на:

- A. Максимальное подавление факторов агрессии
- B. Нормализацию иммунного статуса больного
- C. Восстановление психо - эмоционального равновесия пациента
- D. Максимальное восстановление факторов защиты +

531. Симптомом перфорации язвы желудка будет

- A. Рвота кофейной гущей

В. Мелена

С. Кинжальная боль в животе +

Д. Ослабление или исчезновение болей в животе

532. Язвенное поражение слизистой оболочки желудка может вызвать прием:

А. Антибиотиков

В. Антикоагулянтов

С. β -блокаторов

Д. Глюкокортикостероидных препаратов +

533. Осложнениями язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки являются все, кроме

А. Рефлюкса дуоденального содержимого +

В. Пенетрации

С. Кровотечения

Д. Стеноза луковицы двенадцатиперстной кишки

534. Методом верификации диагноза хронического гастрита будет

А. Рентгенография желудка

В. ЭГДС с биопсией слизистой оболочки +

С. Ph-метрия желудочного сока

Д. Исследование желудочной секреции

535. К факторам агрессии при хроническом гастрите относится:

А. Соляная кислота +

В. Бикарбонаты

С. Соматостатин

Д. Циклооксигеназа-1

536. Поздние боли характерны для локализации язвы в:

А. Пилорическом отделе желудка +

В. Теле желудка

С. Дне желудка

Д. Кардиальном отделе желудка

537. Антихеликобактерным действием обладают все нижеперечисленные препараты, кроме

- A. Амоксициллина
- B. Кларитромицина
- C. Омепразола +
- D. Метронидазола

538. Основу лечение аутоиммунного гастрита включает в себя назначение:

- A. Эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*
- B. Прокинетиков
- C. Глюкокортикостероидов
- D. Заместительной терапии секреторной недостаточности желудка +

539. Осложнением язвенной болезни желудка является

- A. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
- B. Перфорация язвы +
- C. Панкреонекроз
- D. Рефлюкс

540. К каким клеткам желудка обнаруживаются аутоантитела при хроническом аутоиммунном гастрите:

- A. главным клеткам
- B. париетальным (обкладочным) клеткам +
- C. добавочным клеткам
- D. ECL-клеткам

541. При *Helicobacter pylori* – ассоциированном гастрите в основном поражается:

- A. кардиальный отдел желудка
- B. фундальный отдел желудка
- C. тело желудка
- D. пилорический отдел желудка +

542. Каскад P.C Correa отражает:

- A. Степень выраженности поражения слизистой оболочки желудка
- B. Последовательность развития патологических изменений слизистой

оболочки желудка +

С.Последовательность обследований для выявления *Helicobacter pylori*

Д.Этапы эрадикационной терапии

543. Интегральная система OLGA отражает:

А.Степень выраженности болевого синдрома при язве желудка

В.Степень эффективности эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*

С.Риск развития рака желудка +

Д.Риск развития язвы желудка

544. Неинвазивным методом диагностики *H.pylori* является:

А.Быстрый уреазный тест (CLO-тест)

В.Гистологический метод

С.Микробиологический метод

Д.Уреазный дыхательный тест +

545. Спустя какой период времени после окончания лечения необходимо провести контроль эффективности эрадикационной терапии *H.pylori*:

А.1–2 недели

В.3–4 недели

С.4–6 недель +

Д.4 месяца

546. Какой метод диагностики *H.pylori* является приоритетным для контроля эффективности эрадикационной терапии:

А.Быстрый уреазный тест (CLO-тест)

В.Гистологический метод

С.Уреазный дыхательный тест +

Д.Микробиологический метод

547. В стандартной трехкомпонентной схеме эрадикационной терапии *H.pylori*, в случае аллергии у пациента на производные пенициллина, каким препаратом можно заменить амоксициллин?

А.Метронидазолом +

В.Кларитромицином

С.Омепразолом

D.Препаратом висмута

548. Одной из этиологических причин хронического гастрита типа С может быть:

A.H.pylori

B.Нарушение режима питания

C.Нарушение иммунных механизмов

D.Бесконтрольный прием препаратов группы НПВС +

549. Одним из патогенетических механизмов, характерном для развития хронического гастрита типа А является:

A.Образование иммунных комплексов к железистым клеткам

B.Тенденция к гиперсекреции HCl

C.Образование специфических антител к обкладочным клеткам +

D.Образование антител к главным клеткам

550. Укажите основной путь заражения H.pylori:

A.Чрезкожный

B.Внутривенный

C.Орально-оральный +

D.Воздушно-капельный

551. Хронический гепатит – это:

A. Очаговое воспалительно-дистрофическое заболевание печени

B. Диффузное воспалительно-дистрофическое заболевание печени +

C. Рецидивирующее дистрофическое заболевание печени

D. Обменно-дистрофическое заболевание печени

552. Для хронического гепатита характерны все нижеперечисленные критерии, кроме:

A. Диффузное образование фиброзных септ в печени +

B. Диффузное воспалительно-дистрофическое поражение печени

C. Продолжительность заболевания более 6 месяцев

D. Сохранение дольковой структуры печени

553. Наиболее часто к хронизации процесса в печени приводит:

- A. Вируса гепатита A (HAV)
- B. Вируса гепатита B (HBV)
- C. Вируса гепатита C (HCV) +
- D. Вируса гепатита D (HDV)

554. Этиологический фактор хронического аутоиммунного гепатита:

- A. Не известен +
- B. Вирус гепатита D (HDV)
- C. Алкоголь
- D. Лекарственные препараты

555. В развитии хронического аутоиммунного гепатита имеют значение все нижеперечисленные факторы, кроме:

- A. Гиперинсоляции
- B. Вакцинации в анамнезе
- C. Сексуальная ориентация +
- D. Пол и возраст пациента

556. Неалкогольный стеатогепатит тесно ассоциирован со всеми нижеперечисленными патологическими состояниями, кроме:

- A. Сахарным диабетом 2-го типа или нарушением толерантности к углеводам
- B. Вирусом гепатита C (HCV) +
- C. Висцеральным типом ожирения
- D. Гиперлипидемией

557. Этиологическая классификация хронических гепатитов включает все нижеперечисленные формы, кроме:

- A. Вирусный
- B. Гипосекреторный +
- C. Аутоиммунный
- D. Лекарственный

558. Основа гепатогенного действия вируса гепатита B (HBV) заключается в:

- A. Выраженности иммунного ответа на вирус +

- В. Метаболической идиосинкразии
- С. Поражении гепатоцитов непосредственно вирусом
- Д. Стимуляция липогенеза

559. Основа гепатогенного действия вируса гепатита С (HCV) заключается в:

- А. Выраженности иммунного ответа на вирус
- В. Метаболической идиосинкразии
- С. Поражении гепатоцитов непосредственно вирусом +
- Д. Стимуляция липогенеза

560. Патогенетический механизм развития хронического алкогольного гепатита заключается в:

- А. Реакции гиперчувствительности
- В. Стимуляции липогенеза +
- С. Метаболической идиосинкразии
- Д. Воздействию на сосуды печени

561. Характеристика вируса гепатита С (HCV):

- А. Относится к ДНК-содержащим вирусам
- В. Поражение гепатоцитов вызвано иммунопатологическими реакциями
- С. Стимулирует липогенез
- Д. Поражение гепатоцитов вызвано непосредственно вирусом +

562. Характеристика хронического аутоиммунного гепатита включает все нижеперечисленные признаки, кроме:

- А. Чаще болеют женщины
- В. Часто ассоциируется с вирусом гепатита А (HAV) +
- С. Характерны внепеченочные проявления
- Д. В крови наблюдается гипергаммаглобулинемия

563. Наиболее частой причиной развития хронического гепатита из всех перечисленных является:

- А. Прием тетрациклина
- В. Вирус гепатита D (HDV)
- С. Алкоголь +

D. Гиперлипидемия

Answer: C

564. По клиническим и морфологическим критериям выделяют три основные формы алкогольной болезни печени. Какая из нозологий не является формой алкогольной болезни печени?

A. Хронический гепатит

B. Цирроз печени

C. Холангит +

D. Стеатоз печени (жировой гепатоз)

565. Скрининговое обследование на гепатиты В (HBV) и С (HCV) должно проводиться среди всех нижеперечисленных групп населения, кроме:

A. Персонал медицинских организаций

B. Пациенты, поступающие на плановые хирургические вмешательства

C. Возраст > 65 лет +

D. Беременные женщины (I и III триместр)

566. Скрининг на выявление вируса гепатита В (HBV) заключается в определении:

A. HBV DNA

B. HBcAg

C. HBsAg +

D. HBeAg

567. Профилактика вирусных гепатитов включает все нижеперечисленные меры, кроме:

A. Индивидуальные предметы личной гигиены у носителей вируса

B. Запрет на поездки в страны с высоким распространением инфицированных вирусными гепатитами +

C. Вакцинацию против HBV - инфекции

D. Использование разового медицинского инструментария

568. Профилактика вирусных гепатитов включает все нижеперечисленные меры, кроме:

A. Вакцинацию против HCV – инфекции +

B. Скрининг доноров крови на вирусные гепатиты

- C. Индивидуальные предметы личной гигиены у носителей вируса
- D. Использование разового медицинского инструментария

569. При синдроме цитолиза отмечается повышение уровней всех нижеперечисленных лабораторных показателей, кроме:

- A. Аланинаминотрансферазы (АЛТ)
- B. Аспартатаминотрансферазы (АСТ)
- C. Креатинфосфокиназы (КФК) +
- D. Лактатдегидрогеназы (ЛДГ)

570. Для синдрома цитолиза характерны все нижеперечисленные клинические проявления, кроме:

- A. Лимфаденопатия +
- B. Сосудистые звездочки
- C. Гинекомастия
- D. Пальмарная эритема

571. Для синдрома цитолиза характерны все нижеперечисленные клинические проявления, кроме:

- A. Сосудистые звездочки
- B. Пальмарная эритема
- C. Ахоличный стул +
- D. Гинекомастия

572. Для иммуновоспалительного синдрома при хроническом гепатите характерны все нижеперечисленные клинические проявления, кроме:

- A. Кожный зуд +
- B. Лимфаденопатия
- C. Артралгия
- D. Лихорадка

573. Для иммуновоспалительного синдрома при хроническом гепатите характерны все нижеперечисленные проявления, кроме:

- A. Артрит
- B. Желтуха +
- C. Гипергаммаглобулинемия

D. Васкулит

574. Для геморрагического синдрома при хроническом гепатите характерны все нижеперечисленные проявления, кроме:

- A. Снижение уровня протромбина
- B. Снижение уровня фибриногена
- C. Тромбоцитопения
- D. Тромбоцитоз +

575. К основным причинам цирроза печени относится:

- A. Острые вирусные гепатиты
- B. Желчнокаменная болезнь
- C. Хроническое злоупотребление алкоголем +
- D. Острый холангит

576. К наследственным заболеваниям с развитием цирроза печени относится:

- A. Гемофилия
- B. Неалкогольная жировая болезнь печени
- C. Первичный билиарный цирроз
- D. Гемохроматоз +

577. Криптогенный цирроз печени - это:

- A. Цирроз печени неустановленной этиологии +
- B. Врожденный цирроз печени
- C. Цирроз печени вследствие ятрогении
- D. Цирроз печени на фоне хронического злоупотребления алкоголем

578. Для больных циррозом печени характерны жалобы на:

- A. Повышенный аппетит
- B. Олигурию
- C. Одышку при физической нагрузке
- D. Ночную бессонницу и дневную сонливость +

579. Клинические проявления астено-вегетативного синдрома при циррозе печени:

- A.Повышенная утомляемость +
- B.Ночная бессонница и дневная сонливость
- C.Потеря массы тела
- D.Несистемные головокружения

580.Клинические проявления диспептического синдрома при циррозе печени:

- A.Рвота «кофейной гущей»
- B.Тяжесть в эпигастрии, отрыжка, тошнота +
- C.Мелена
- D.Боли в правом подреберье

581.Клинические проявления гепатолиенального синдрома при циррозе печени:

- A.Боли в правом и/или левом подреберьях +
- B.Признаки печеночной недостаточности
- C.Носовые и ректальные кровотечения
- D.«Голова Медузы»

582.Клинические проявления гиперэстрогемии у больных с циррозом печени:

- A.Телеангиоэктазии +
- B.Носовые кровотечения
- C.Гирсутизм
- D.Увеличение живота в объеме

583.Причиной телеангиоэктазий при циррозе печени является:

- A.Цитолитический синдром
- B.Гиперэстрогемия +
- C.Гиперспленизм
- D.Холестаз

584.Клинические проявления печеночно-клеточной недостаточности:

- A.Гепатомегалия
- B.Кожный зуд
- C.Гирсутизм

D. Атрофия мышц плечевого пояса +

585. Клинические проявления печеночной энцефалопатии:

A. Инверсия сна +

B. Дистальная полинейропатия

C. Сенсорная афазия

D. Печеночный запах

586. Клинические проявления портальной гипертензии у больных с циррозом печени:

A. Гепатомегалия

B. Повышенное артериальное давление

C. Носовые кровотечения

D. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода +

587. Лабораторно-инструментальные проявления мезенхимально-воспалительного синдрома при циррозе печени:

A. Нейтрофилез крови

B. Повышение уровня гамма-глобулина +

C. Эозинофилия крови

D. Артралгии

588. Лабораторно-инструментальные признаки портальной гипертензии:

A. Гепатомегалия

B. Язвы желудка

C. Варикозно-расширенные вены пищевода +

D. Гипопротеинемия

589. К лабораторным критериям цитолитического синдрома при циррозе печени относится:

A. Повышение уровня печеночных трансаминаз и прямого билирубина +

B. Повышение уровня щелочной фосфатазы

C. Снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов

D. Повышение уровня креатинина и мочевины

E. Снижение уровня альбумина и общего белка

590.К лабораторным критериям гиперспленизма при циррозе печени относится:

- A.Спленомегалия
- B.Панцитопения +
- C.Низкий уровень фибриногена
- D.Анемия

591.К клиническим проявлениям синдрома холестаза при циррозе печени относится:

- A.Пальмарная эритема
- B.Контрактура Дюпюитрена
- C.Кожный зуд +
- D.Гирсутизм

592.Астериксис - это:

- A.«Хлопающий» тремор рук +
- B.Инверсия сна
- C.Печеночная кома
- D.Дистальная полинейропатия

593.«Голова Медузы» - это:

- A.Увеличение живота в объеме за счет асцита
- B.Варикозно расширенные вены нижних конечностей
- C.Появление сосудистых коллатералей на передней брюшной стенке +
- D.Огромная пупочная грыжа

594.Клинические проявления отечно-асцитического синдрома у больных с циррозом печени:

- A.Параорбитальные отеки
- B.Тимпанический перкуторный звук при перкуссии живота
- C.Притупление перкуторного звука в отлогих отделах живота +
- D.Асимметричный отек нижней конечности

595.К обязательным методам обследования при циррозе печени относится:

- A.Анализ крови на патогномоничные антитела
- B.Коагулограмма +

С.КТ органов брюшной полости

Д.ЭРХПГ

596.К обязательным методам обследования при циррозе печени относится:

А.КТ органов грудной полости

В.Диагностический лапароцентез

С.ЭГДС +

Д.Анализ крови на церулоплазмин

597.К обязательным лабораторным методам обследования при циррозе печени относится:

А.Анализ крови на вирусные гепатиты +

В.Анализ крови на альфа-фетопротеин

С.Анализ крови на ОЖСС

Д.Проба Реберга

598.К обязательным инструментальным методам обследования при циррозе печени относится:

А.КТ органов брюшной полости

В.Электроэнцефалография

С.Колоноскопия

Д.УЗИ органов брюшной полости +

599.Клинические проявления кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода:

А.Повышение АД

В.Рвота «кофейной гущей» +

С.Брадикардия

Д.Боли в эпигастрии

600. Препарат для лечения первичного билиарного цирроза:

А.Урсодезоксихолевая кислота +

В.Интерферон

С. S-аденозилметионин

Д.Рибавирин

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1.

Больная Б., 49 лет, жалуется на головные боли в затылочной области, возникающие после эмоционального перенапряжения и сопровождающиеся мельканием "мушек" перед глазами, ощущением сердцебиения.

Семейный анамнез: мать пациентки 71 года страдает ГБ, отец пациентки 74 лет также страдает ГБ, 2 года назад перенес инсульт.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет регулярные, необильные, безболезненные по 4 дня через 28 дней, в течение последнего года стали нерегулярными с циклом от 30 до 45 дней.

Вредных привычек нет.

Из анамнеза известно, что с 40 лет страдает БА. Постоянно принимает сальметерол, будесонид в среднетерапевтических дозах с хорошим стойким эффектом. Обострения БА развиваются один раз в 2-3 года, чаще в период цветения растений, а также на фоне ОРВИ. Последнее обострение 2,5 года назад. Приступы удушья возникают редко, быстро купируются сальбутамолом. В течение последних двух лет после тяжелого стресса (болезнь отца) впервые появились и стали беспокоить головные боли преимущественно в затылочной области. Боли возникали редко, всегда на фоне эмоционального перенапряжения, сопровождались ощущением сердцебиения, мельканием "мушек" перед глазами, редко тошнотой. Различные анальгетики головную боль не купировали. Неделию назад впервые измерила АД во время приступа боли: САД составило 150 мм рт.ст., цифр ДАД не помнит. До этого АД измеряла только в стационаре, в котором находилась по поводу обострения БА 2,5 года назад, и оно было в пределах нормы. Госпитализирована планово для обследования и подбора терапии.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела 24,3 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, эластичные. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки цилиндрическая, перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. ЧД 16 в мин, при аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 0,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая – 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, верхняя – верхний край 3-го ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин, I и II тон над верхушкой ясные, шумов нет. Пульс напряженный, ритм сердца правильный. АД 140 и 90 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х8см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Почки не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена.

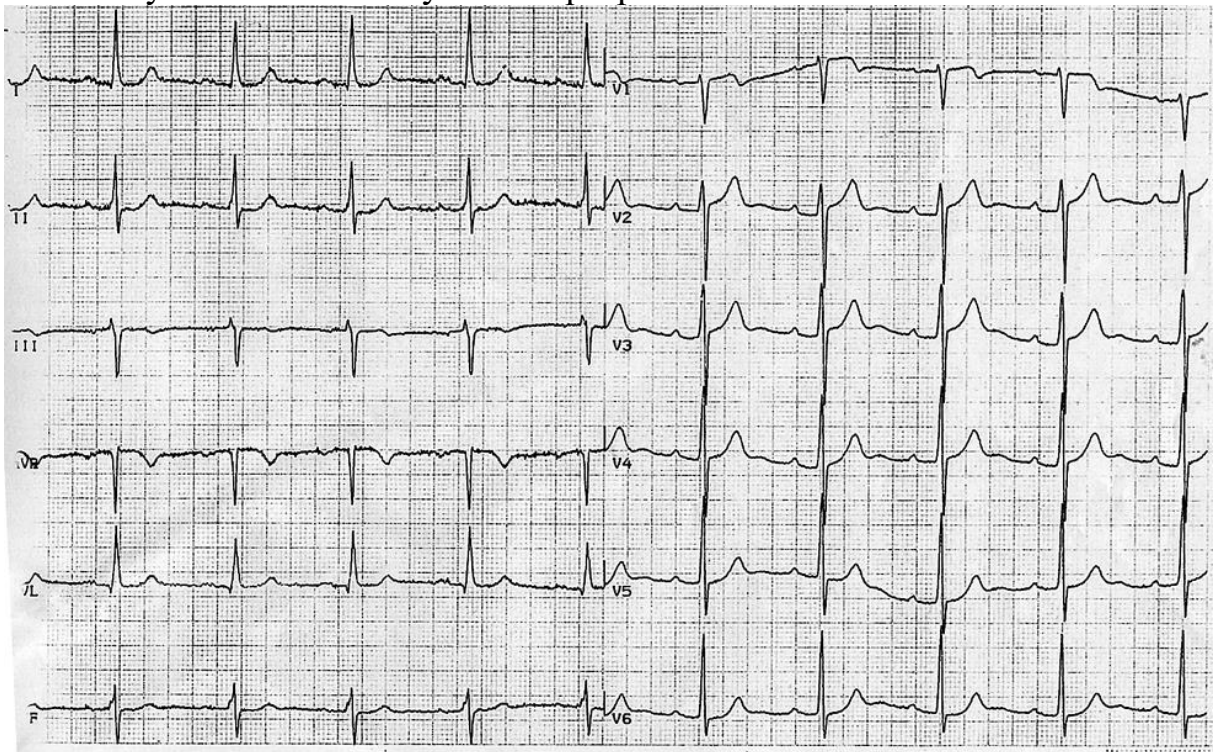
Результаты обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 136 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 8 мм/ч. Биохимический анализ крови в норме. Общий анализ мочи: уд.вес 1018, белок, глюкоза отсутствуют, лейкоциты 0-1 в п/зр, эритроциты отсутствуют.

ЭКГ прилагается.

ЭХОКГ: толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 0,9см, ФВ 75%.

Окулист: очаговое сужение артерий сетчатки.



Вопросы:

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больной.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ответы на задачу 1

1. У больной имеются синдром АГ и бронхиальной обструкции.
2. Гипертоническая болезнь I стадии, 1 степени, риск 1 (низкий). Бронхиальная астма инфекционно-зависимая с атопическими реакциями, средней степени тяжести, в стадии ремиссии. Эмфизема легких.

В пользу гипертонической болезни (эссенциальной АГ) свидетельствует тот факт, что заболевание возникло на фоне психотравмирующих факторов у женщины средних лет, родители которой страдают АГ. Результаты проведенного физического, лабораторного и инструментального обследования позволяют исключить ряд симптоматических АГ: метаболический синдром и синдром/болезнь Иценко-Кушинга. У больной отсутствуют факторы риска, поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния. В связи с этим поставлен диагноз ГБ I стадии. Степень АГ определена по уровню АД при повторных измерениях: 150 мм рт.ст. при первом, 140 и 90 мм рт.ст. на момент госпитализации. Риск оценен как низкий.

3. Больной показано исследование крови на уровень ТТГ для исключения дисфункции щитовидной железы, УЗИ почек, исследование микроальбуминурии и функциональной способности почек (скорости клубочковой фильтрации или клиренса креатинина) для выявления поражения органов-мишеней (почек) и вероятной нефрогенной этиологии АГ.

4. Больной показаны немедикаментозные методы лечения: умеренные аэробные физические нагрузки (прогулки быстрым шагом, плавание), ограничение поваренной соли и воды, полноценный ночной сон и отдых. При отсутствии эффекта и сохранении АД выше целевых значений показано медикаментозное лечение. Учитывая наличие гиперкинетического синдрома с синусовой тахикардией и противопоказание к назначению β -адреноблокаторов в связи с БА наиболее целесообразным является назначение недигидропиридинового антагониста кальция – верапамила медленного высвобождения.

Задача 2

Больной К., 73 лет, жалобы на слабость, утомляемость, тошноту без связи с приемом пищи, ухудшение аппетита, зрения, памяти.

С 54 лет периодически беспокоили головные боли в затылочной области. При обращении к врачу регистрировались повышенные цифры АД (систолического до 150-160 и диастолического до 90-100 мм рт.ст.). Больному назначались антигипертензивные препараты, которые он принимал нерегулярно. С 60 лет АД стабилизировалось на цифрах 160 и 100 мм рт.ст. Постепенно стало нарастать ухудшение зрения. К врачам не обращался и не лечился. Использовал нетрадиционные методы лечения. В 68 лет уровень АД составлял 180-190 и 100-120 мм рт.ст., выявлялась протеинурия, отмечалось прогрессивное ухудшение памяти. За последний год появились жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, в связи с чем обратился к врачу и был госпитализирован для обследования и лечения.

При осмотре: больной астенической конституции, пониженного питания: ИМТ 18 кг/м^2 . Кожные покровы бледные с землистым оттенком, сухие, тургор снижен. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Размеры относительной сердечной тупости: правая - на 1 см снаружи от правого края грудины, левый - на 2 см снаружи от левой срединноключичной линии в 5 межреберье, верхний - по верхнему краю 3 ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин, приглушены, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины. Пульс ритмичный, 88 ударов в минуту, напряженный. АД 170/110 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову $9 \times 8 \times 6 \text{ см}$. Нижний край печени мягкий, острый, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отр. с обеих сторон. Неврологической симптоматики нет.

Результаты обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 108 г/л, лейкоциты $8.6 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: п/я 2%, с/я 68%, эоз 2%, лимф 22%, моно 6%, СОЭ 11 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатинин 241 мкмоль/л , калий 5.0 ммоль/л , натрий 140 ммоль/л , общий холестерин $7,2 \text{ ммоль/л}$, СКФ $22 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$

Общий анализ мочи: уд.вес 1005, белок 0.2 г/л , глюкозы нет, лейкоциты 2-4 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр.

Суточная протеинурия: 350 мг/сутки.

Заключение окулиста: Диффузное сужение артериол, Салюс II-III.

Вопросы:

1. Какие синдромы выявлены у больного?
2. Какие еще исследования необходимо провести больному?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию.

Ответы на задачу 2

1. Синдром АГ, почечный синдром, анемический синдром
2. ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек и почечных сосудов, консультация нефролога.
3. Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени риск очень высокий. Осложнение: ХБП 4 стадии. Анемия легкой степени.
4. Лечение: Диета с ограничением потребления поваренной соли, изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, уменьшением потребления жиров, увеличением в рационе овощей, фруктов. Медикаментозная комбинированная терапия: в связи с развитием ХБП и уровнем креатинина в пределах 120-250 мкмоль/л возможно назначение блокаторов АТ1 рецепторов не более средней терапевтической дозы лозартан 50 мг 1 раз в сутки, амлодипин 5 мг 1 раз в сутки, метопролол 50 мг 2 раза в сутки, фуросемид 40 мг утром натощак.

Задача 3

Больная А., 65 лет, обратилась к врачу по поводу боли сжимающего характера за грудиной, возникающую при ходьбе в умеренном темпе на расстояние 300 - 400 метров и при эмоциональных переживаниях, проходящую в течение 3-5 мин в покое. Кроме этого, беспокоит ноющая боль в левой руке, по поводу чего начала прием НПВС, которые оказались не эффективны. При детальном расспросе выяснено, что боль в левой руке также связана с физической нагрузкой или эмоциональным перенапряжением. Данные жалобы возникли около 3 месяцев назад.

В течение 15 лет отмечает повышение АД максимально до 180/100 мм рт.ст. Регулярно принимает индапамид 2,5 мг и лизиноприл 20 мг в сутки, что поддерживало АД на уровне 130/70 – 140/80 мм.рт.ст. Последние полгода, после перенесенного сильного стресса отмечает значительное ухудшение самочувствие: частые повышения АД до 170/90 - 180/100 мм рт.ст., которые купирует приемом каптоприла 25 мг.

Вредных привычек нет. Семейный анамнез: мать пациентки страдала АГ, умерла от ОНМК в возрасте 67 лет, отец умер в возрасте 57 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре пациентка гиперстенического телосложения, рост - 164 см, вес - 81 кг, ИМТ - 30,12 кг/м². Обращают на себя внимание небольшие ксантомы на пальцах рук и ксантелазмы на веках. Периферических отеков нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легочный звук. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, левая граница относительной сердечной тупости определяется там же. При аускультации сердца: тоны ритмичные, приглушены. На верхушке выслушивается умеренный систолический шум.

Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 165/85 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пациентке снята ЭКГ, которая представлена на рис.1

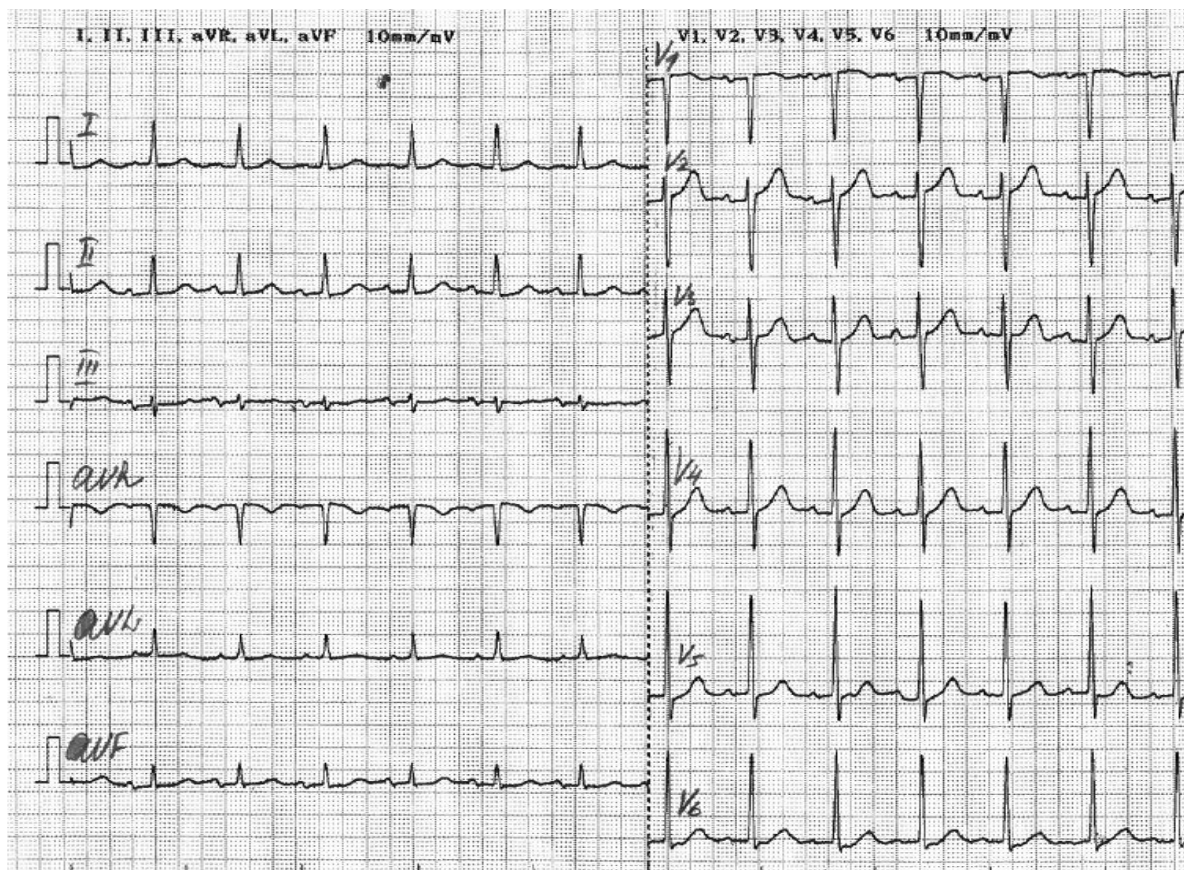


Рис.1. Электрокардиограмма больной А.

Вопросы к задаче:

1. Дайте заключение по ЭКГ.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Назначьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

Ответы на задачу 3:

1. ЭКГ пациентки А., 65 лет: ритм синусовый, правильный, отклонение ЭОС влево. ЧСС 84 в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка: увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях $RV_4 < RV_5 < RV_6$, $SV_1 + RV_5 > 35$ мм. Признаки А-В блокады I степени: $P-R > 0,20$ сек

2. Клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС: стенокардия напряжения II ФК.

Фон: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск очень высокий.

Атеросклероз сосудов сердца.

Сопутствующее заболевание: Ожирение I степени

3. План обследования:

- Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (исследование липидного спектра крови, АСТ, АЛТ, креатинина, глюкозы). Подсчёт скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Определение уровня гликозилированного гемоглобина. Желательно исследование уровня N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида крови.

- Так как предтестовая вероятность диагноза ИБС у нашей пациентки 58% (и она попадает в промежуточную группу), то желательно направить ее на дополнительные неинвазивные нагрузочные и визуализирующие диагностические исследования для верификации диагноза стенокардии напряжения. Обязательные инструментальные исследования: ЭхоКГ, СМАД, холтеровское мониторирование ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ сосудов шеи, консультация окулиста, УЗИ почек и органов брюшной полости.

4. Лечение: низкокалорийная диета с ограничением животных жиров животного происхождения, снижение массы тела, уменьшение психоэмоциональных нагрузок.

- Аспирин 100 мг/сутки
- Аторвастатин - начать с 10 мг, коррекция дозы по уровню холестерина
- Лизиноприл 20 мг в сутки
- Бисопролол 5 мг в сутки, коррекция дозы в зависимости от ЧСС и уровня АД
- При болях в сердце – нитроспрей (при отсутствии эффекта повторить через 5 мин, но не более 3 раз подряд).

Задача 4

Больной Н., 59 лет, обратился к врачу с жалобами на чувство сжатия, давления за грудиной, которое возникает при физической нагрузке (ходьба на 400-500 метров, подъём на 2 этаж) и проходит в покое спустя 3-5 минуты (описывая эту боль, пациент указывает кулаком на область грудины); на одышку при быстрой ходьбе, приступы сердцебиения (пациент физически активен). Дискомфорт за грудиной беспокоит последние 3-4 месяца, появление их связывает с переменой работы, психоэмоциональным напряжением. По рекомендации коллег по работе начал прием корвалола, без эффекта. Ранее к врачам не обращался.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: менеджер, работа связана с психоэмоциональным напряжением. Вредные привычки: умеренное потребление алкоголя, последние 4 месяца в связи с ухудшением самочувствия алкоголь не употреблял. Семейный анамнез: родители живы, у матери – гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез неотягощен.

При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больной нормостенического телосложения. Рост 179 см, вес 87 кг, ИМТ 27,15 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски и влажности. Грудная клетка правильной

формы, при пальпации эластична, безболезненна. Частота дыхания 20 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. При аускультации: дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 135/85 мм рт. ст. Язык – без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Результаты лабораторных и инструментальных обследований:

Клинический анализ крови – все показатели в пределах нормальных величин.

Липидный профиль: холестерин 6,4 ммоль/л (норма 2,8-5,9 ммоль/л), холестерин ЛПНП 5,6 ммоль/л (норма 2,3-5,3 ммоль/л), холестерин ЛПВП 0,7 ммоль/л (0,9-1,9 ммоль/л), триглицериды 1,9 ммоль/л (норма 0,7-1,8 ммоль/л).

- ЭКГ, заключение: ритм синусовый, правильный, нормальное положение ЭОС, единичные предсердные экстрасистолы. ЧСС 94 в минуту.

- Эхо-КГ, заключение: полости сердца не расширены, клапанный аппарат не изменен. Признаки атеросклероза восходящей части дуги аорты. Зоны гипо- и акинеза не обнаружены. ФВ 62 %.

Вопросы к задаче:

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Перечислите абсолютные противопоказания к проведению нагрузочных проб.

Ответы на задачу 4:

1. Дополнительные исследования для верификации диагноза:
 - Ультразвуковое исследование сонных артерий при стабильной ИБС рекомендуется проводить для выявления атеросклероза сонных артерий как дополнительного фактора риска сердечно-сосудистых осложнений.
 - Стресс-ЭКГ с физической нагрузкой рекомендуется в качестве начального метода для установления диагноза при синдроме стенокардии. У пациента боли в сердце возникают при физической нагрузке, выполненная в покое ЭКГ оказалась не информативной, желательно проведение ЭКГ с физической нагрузкой.

2. Клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Стенокардия напряжения II ФК.

Фон: Дислипидемия. Атеросклероз аорты, сосудов сердца

Осложнение: ХСН I ст., II ФК по NYHA

3. Лечение: низкокалорийная диета с ограничением животных жиров животного происхождения, снижение массы тела, уменьшение психоэмоциональных нагрузок.

- Аспирин 100 мг/сутки
- Аторвастатин начать с 10 мг, коррекция дозы по уровню холестерина
- Лизиноприл 20 мг в сутки
- Бисопролол 5 мг в сутки, коррекция дозы в зависимости от ЧСС и уровня АД
- При болях в сердце – нитроспрей (при отсутствии эффекта повторить через 5 мин, но не более 3 раз подряд).

1. Абсолютные противопоказания к проведению нагрузочных проб: острый инфаркт миокарда (первые 2 суток); нестабильная стенокардия высокого риска; ОНМК; неконтролируемые аритмии с нарушениями гемодинамики; острый эндокардит, миокардит или перикардит; острый тромбофлебит, ТЭЛА; декомпенсированная СН, выраженная дыхательная недостаточность; расслаивающаяся аневризма аорты; лихорадка; симптомный тяжелый аортальный стеноз; физические дефекты, препятствующие проведению пробы.

Задача 5

Больной Н., 56 лет, инженер, вызвал бригаду скорой медицинской помощи в связи с жалобами на впервые возникшие интенсивные боли сжимающего характера в загрудинной области с иррадиацией под левую лопатку, продолжающиеся около 1 часа. Боли возникли на фоне стрессовой ситуации, сопровождались страхом смерти, интенсивность их нарастала во времени.

Из анамнеза известно, что больной курит с 16 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Семейный анамнез: у матери 76 лет – гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта в возрасте 72 лет. Из перенесенных заболеваний – хронический фарингит. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние больного тяжелое. Гиперстенического телосложения, рост 172 см, вес 100 кг. Ортопноэ. Кожные покровы бледные с землистым оттенком, диффузный гипергидроз. В легких ниже углов лопаток с обеих сторон на фоне ослабленного дыхания выслушивается незвонкая крепитация. ЧДД 28 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 100 в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

На снятой ЭКГ: синусовый ритм 100 в мин. Подъем сегмента ST в отведениях I, aVL, V1-V5, депрессия ST в отведениях II, III, aVF.

Качественный экспресс-тест на тропонины положительный.

Вопросы:

1. Оцените изменения на ЭКГ, выявленные у больного.
2. В чем должна заключаться тактика врача скорой медицинской помощи?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте патогенетически обоснованное лечение больного в стационаре и последующую терапию.

Ответы к задаче 5:

1. Изменения на ЭКГ соответствуют острой стадии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST передне-распространенной локализации.

2. Клинический диагноз: ИБС: Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST передне-распространенной локализации.

Фон: Атеросклероз коронарных артерий.

Осложнение: Кардиогенный отек легких (II класс по Killip).

Сопутствующий: Абдоминальное ожирение.

3. Неотложная помощь на догоспитальном этапе должна включать в себя:

a. Мониторинг ЭКГ

b. Назначение антиагрегантов (аспирин 150-325 мг - разжевать)

c. Обезболивание наркотическими анальгетиками (морфин 1%-1,0 мл или промедол 1%-1,0) в/в, при неэффективности - нейролептаналгезия (фентанил 0,05% - 1,0 мл+дроперидол 0,25% - 1,0-2,0 мл)

d. Нитраты сублингвально (нитроглицерин 0,5 мг каждые 5 мин) или внутривенно капельно

e. Бета-блокаторы внутривенно (пропранолол 1-2 мг или метопролола тартрат 1 мг) или внутрь (пропранолол 20-40 мг или метопролол 50 мг)

f. Инсуффляция увлажненного O₂ с парами этанола

g. С учетом клиники отека легких дополнительно в/в струйное введение быстродействующих петлевых диуретиков (фуросемид 40-80 мг или этакриновой кислоты (урегита) 50-100 мг. При необходимости – повторное через 20-40 мин.

h. Экстренная госпитализация в кардиохирургический стационар в течение 120 мин. для проведения хирургической реваскуляризации. Если больной не может быть доставлен в кардиохирургический стационар в течение 120 мин, необходимо проведение экстренной фармакологической реперфузии (тромболиза) тканевым активатором плазминогена (альтеплазой) 15 мг в/в болюсно, затем в/в капельно до 1 мг/кг массы тела больного (не более 100 мг) на 200,0 мл физраствора в течение 1,5 ч или стрептокиназой 1,5 млн ЕД на 100,0 мл физраствора в течение 30 мин.

4. Основной метод лечения острого инфаркта миокарда – хирургическая реваскуляризация – чрезкожное коронарное вмешательство: коронароангиография с ангиопластикой и установкой внутрикоронарного стента, предпочтительно с лекарственным покрытием. В периоперационном периоде больному вводятся прямые антикоагулянты (фондопаринукс или низкомолекулярные гепарины). В последующем назначаются средства вторичной профилактики:

a. Двойная антитромбоцитарная терапия (аспирин 75-100 мг + клопидогрел 75 мг) в течение 12 месяцев с последующей отменой клопидогрела и переходом на монотерапию аспирином.

b. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы (бисопролол, метопролол, карведилол) в дозах, оттитрованных до достижения целевой ЧСС 56-58 в мин.

c. Статины (симвастатин, аторвастатин) в средних терапевтических дозах с последующей коррекцией дозы (целевой уровень ЛПНП <1,5 ммоль/л или снижение на 50% от исходного, если достижение целевых значений невозможно).

d. Ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл, периндоприл или др.) в средних терапевтических дозах.

Задача 6.

Больной С. , 62 лет, госпитализирован в приемное отделение с жалобами на интенсивные боли, чувство распирания в эпигастральной области, тошноту, однократную рвоту съеденной пищей, не принесшую облегчения, чувство нехватки воздуха.

Заболел остро, около 8 часов назад. Ухудшению самочувствия предшествовал обильный ужин в ресторане. Появившиеся симптомы пациент принял за пищевое отравление, самостоятельно принял но-шпу и активированный уголь, однако болевой синдром сохранялся, присоединилась одышка, в связи с чем пациент вызвал бригаду скорой медицинской помощи и был доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара.

Из анамнеза известно, что больной курит около 40 лет по 1 пачке в день, спиртные напитки употребляет умеренно (около 200 мл водки 1 раз в неделю). Семейный анамнез: у матери – гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, родно йбрат также страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом, в возрасте 45 лет перенес острый инфаркт миокарда. Какие-либо сопутствующие и перенесенные заболевания пациент отрицает, но при расспросе отмечает, что около 10-12 лет беспокоят головные боли в затылочной области, при измерении АД несколько раз фиксировались значения АД более 160/100 мм рт.ст., однако значения этому не придавал, за медицинской помощью не обращался, лечения не получал.

При осмотре: состояние тяжелое, гиперстенического телосложения. Рост 188 см, вес 110 кг. Абдоминальное ожирение. В легких жесткое дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 22 в мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – на 2 см латеральнее l. medioclavicularis sinistra, вверх – до верхнего края II ребра. Тоны сердца, приглушены, ритмичны. ЧСС 62 мин, АД 165/95 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, несколько вздут, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги, размеры по Курлову 10х9х8 см. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови: Гемоглобин 145 г/л, лейкоциты $8,4 \times 10^9$, СОЭ 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ 60 Ед/л, АСТ 45 Ед/л, амилаза 30 Ед/л, глюкоза крови 5,1 ммоль/л, тропонин I - 6 нг/мл (N – 0-0,5 нг/мл).

Вопросы:

1. Оцените изменения на ЭКГ, выявленные у больного.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какой клинический вариант течения заболевания имеется у больного? Чем обусловлены особенности клинической картины?
4. Назначьте патогенетически обоснованное лечение больного в стационаре и последующую терапию.

Ответы к задаче 6.

1. Изменения на ЭКГ соответствуют острой стадии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST нижней (задне-базальной) локализации.
2. Клинический диагноз: ИБС: ОКС: Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST задне-базальной локализации давностью менее суток.

Фон: Гипертоническая болезнь III стадии, АГ 2 степени, риск ССО очень высокий. Атеросклероз коронарных артерий.

Сопутствующий: Абдоминальное ожирение.

3. У больного абдоминальный вариант течения инфаркта миокарда, что обусловлено его локализацией в нижней (диафрагмальной) стенке ЛЖ.

4. Терапия в условиях кардиореанимации:

a. Мониторинг ЭКГ

b. Назначение антиагрегантов (аспирин 150-325 мг - разжевать)

c. Обезболивание наркотическими анальгетиками (морфин 1%-1,0 мл или промедол 1%-1,0) в/в, при неэффективности - нейролептаналгезия (фентанил 0,05% - 1,0 мл+дроперидол 0,25% - 1,0-2,0 мл)

d. Катетеризация центральной вены

e. Катетеризация мочевого пузыря для определения суточного диуреза

f. С учетом длительности болевого синдрома более 8 часов, проведение тромболитической терапии не целесообразно. Показано проведение хирургической реваскуляризации – ЧКВ: коронароангиографии с ангиопластикой и установкой внутрикоронарного стента, предпочтительно с лекарственным покрытием. В периоперационном периоде больному вводятся прямые антикоагулянты (фондопаринукс или низкомолекулярные гепарины).

g. В последующем назначаются средства вторичной профилактики:

- Двойная антитромбоцитарная терапия (аспирин 75-100 мг + клопидогрел 75 мг) в течение 12 месяцев с последующей отменой клопидогрела и переходом на монотерапию аспирином.

- Кардиоселективные бета-адреноблокаторы (бисопролол, метопролол, карведилол) в дозах, оттитрованных до достижения целевой ЧСС 56-58 в мин.

- Статины (симвастатин, аторвастатин) в средних терапевтических дозах с последующей коррекцией дозы (целевой уровень ЛПНП <1,5 ммоль/л или снижение на 50% от исходного, если достижение целевых значений невозможно).

- Ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл, периндоприл или др.) в средних терапевтических дозах.

Задача 7

Больная К., 11 лет, школьница, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°C, боли в локтевых и коленных суставах, кольцевидные высыпания на туловище и внутренней поверхности верхних конечностей, выраженную слабость, утомляемость. Из анамнеза известно, что за 2 недели до госпитализации больная перенесла тяжелую ангину.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. На туловище и внутренней поверхности верхних конечностей определяются кольцевидные высыпания бледно-розового цвета, не возвышающиеся над уровнем кожи. Высыпания не сопровождаются кожным зудом и исчезают при надавливании. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 16 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких – дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не

изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – III межреберье. При аускультации сердца – тоны сердца глухие, ритмичные, на верхушке выслушивается систолический шум. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 106 ударов в минуту. АД 120 и 80 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: Hb – 135 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, п/я – 8%, с/я – 67%, лимфоциты – 21 %, моноциты – 3%. СОЭ 42 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1012, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты – отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Иммунологический анализ крови: СРБ – +++++, титр антистрептолизина О – 550 ЕД (норма до 250 ЕД), титр антигиалуронидазы – 610 ЕД (норма до 300 ЕД).

При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Как Вы расцениваете кожные изменения у данной больной?
2. Каковы критерии предварительного клинического диагноза и степень активности процесса у данной больной?
3. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
4. Тактика лечения больной.

Ответы к задаче 7:

1. Кольцевидные высыпания на туловище и внутренней поверхности верхних конечностей у данной больной являются проявлением острой ревматической лихорадки. Как правило, высыпания бледно-розового цвета, не сопровождаются кожным зудом, не возвышаются над уровнем кожи и исчезают при надавливании.
2. У данной больной наблюдается сочетание 3 «больших», 3 «малых» критериев острой ревматической лихорадки и имеются данные подтверждающие, предшествовавшую стрептококковую инфекцию. «Большие» критерии – ревмокардит, полиартрит с преимущественным поражением локтевых и коленных суставов, кольцевидная эритема. «Малые» критерии – лихорадка ($39,2^{\circ}\text{C}$), СРБ (++++), СОЭ (42 мм/ч). Данные, подтверждающие предшествовавшую стрептококковую инфекцию – положительный титр противострептококковых антител. Учитывая клиническую картину, показатели воспалительной, иммунологической активности процесса, следует говорить о наличии высокой степени активности острой ревматической лихорадки.
3. Основное заболевание: Острая ревматическая лихорадка, III степень активности: ревмокардит, ревматический полиартрит с

преимущественным поражением локтевых, коленных суставов, кольцевидная эритема.

4. Больной показана терапия антибиотиками пенициллинового ряда, нестероидными и стероидными противовоспалительными препаратами с последующей обязательной бициллинопрофилактикой.

Задача 8

Больная К., 23 лет, обратилась с жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение, периодически возникающие боли в области сердца сжимающего характера, ощущение пульсации в голове, головокружение, слабость и утомляемость.

В детстве часто болела ангинами, врачи говорили об изменениях со стороны сердца, поэтому была освобождена от занятий физкультурой. Длительное время чувствовала себя хорошо. 2 года назад появилась одышка при физической нагрузке, а затем и боли в сердце. Ухудшение состояния в течение месяца после переохлаждения, когда стали нарастать одышка и сердцебиение.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Отеков нет. Выявляются пульсация в яремной ямке, выраженная пульсация сонных артерий. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 18 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. При осмотре и пальпации области сердца определяется усиленный и разлитой верхушечный толчок в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая совпадает с верхушечным толчком, верхняя - нижний край III ребра. При аускультации сердца - ослабление I и II тонов над аортой, ритм сердечных сокращений правильный, 95 ударов в минуту. В III-IV межреберье у левого края грудины выслушивается диастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины к верхушке сердца. АД - 160/20 мм рт. ст., пульс малый, 92 удара в минуту. На бедренных артериях определяются двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Общий анализ крови: Нб - 122 г/л, Л- 7,5 тыс., э 1%, п 4%, с 64%, л 28%, м 3%. СОЭ 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1016, реакция кислая; белок, глюкоза-отсутствует; эритроциты - 0, лейкоциты 1 - 2 в поле зрения.

Иммунологический анализ крови: СРБ отр., титр антигиалуронидазы 220 (норма до 300), титр антистрептолизина-О 190 (норма до 250).

При рентгенологическом исследовании органов грудной полости выявлено увеличение левого желудочка.

ЭхоКГ: неполное смыкание створок аортального клапана, толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,6см (норма до 1,1см). КДР ЛЖ 5,5см (3,7-5,6см). Фракция выброса 58%. При доплер-ЭхоКГ определяется аортальная регургитация.

Вопросы к задаче:

1. Дайте оценку аускультативной картины сердца.
2. Какова природа поражения клапанов?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Тактика ведения и лечения больной.

Ответы к задаче 8

1. По данным аускультации определяется ослабление I и II тонов над аортой, диастолический шум в III-IV межреберье у левого края грудины, проводящийся вдоль левого края грудины к верхушке сердца, которые являются прямыми признаками недостаточности аортального клапана.
2. Учитывая анамнестические данные больной - частые ангины в детстве, можно предположить ревматическую природу поражения клапанов сердца.
3. Основное заболевание: Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца: недостаточность аортального клапана. Осложнение: ХСН I стадии, II ФК NYHA.
4. Больной необходима консультация кардиохирурга для решения вопроса об оперативном лечении приобретенного порока сердца.

Задача 9

Больная С., 35 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, перебои в работе сердца, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 37,8°C, слабость. Из анамнеза известно, что больная в детском возрасте часто болела ангинами. Врачи говорили об изменениях со стороны сердца. В течение последних двух лет стала отмечать одышку при физической нагрузке. Год назад появились эпизоды сердцебиений, перебои в работе сердца. К врачам не обращалась. Настоящее ухудшение в течение последних трех недель, когда после перенесенной простуды стали нарастать вышеперечисленные жалобы, появились отеки нижних конечностей.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на лице - румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в проекции нижней доли левого легкого, тупой перкуторный звук справа ниже угла лопатки. При аускультации легких – дыхание везикулярное, ослабленное в нижней доле левого легкого, там же выслушиваются незвонкие мелкопузырчатые хрипы, справа ниже угла лопатки дыхание не проводится. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок резко ослаблен. Границы относительной тупости сердца: правая – 3 см снаружи от правого края грудины, левая – по левой передней аксиллярной линии, верхняя – верхний край II ребра. При аускультации сердца на верхушке выслушиваются усиленный I тон, тон открытия митрального клапана, диастолический шум, а также систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область. Акцент II тона во II межреберье слева от грудины.

Ритм сердечных сокращений неправильный. ЧЖС 101 удар в минуту. Пульс на лучевых артериях асимметричный, 93 удара в минуту. Дефицит пульса 8 ударов в минуту. АД 120 и 80 мм рт. ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14х11х9см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край печени закруглен, чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,5 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с/я – 69%, лимфоциты – 19 %, моноциты – 5%, эозинофилы – 1%. СОЭ 23 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты – отсутствуют, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

ЭКГ: (подберу)

ЭхоКГ: корень аорты не расширен - 3,0см. Раскрытие створок аортального клапана полное - более 15мм. Створки митрального клапана утолщены, уплотнены, грубо деформированы, кальцифицированы, практически неподвижны. Площадь левого АВ-отверстия - менее $1,7 \text{ см}^2$. В М-режиме движение створок митрального клапана монофазное. Левое предсердие расширено до 5,4см. Стенки левого желудочка утолщены: межжелудочковая перегородка - 1,3см, задняя стенка - 1,2см. Полость левого желудочка расширена: конечный диастолический размер - 6,3см, конечный систолический размер - 4,7см. Фракция выброса - 34%. Выраженное расширение полости правого желудочка с его гипертрофией до 0,7см, признаками выраженной легочной гипертензии. При доплеровском исследовании определяются митральная регургитация III степени, трикуспидальная регургитация II степени.

Вопросы к задаче:

1. Дайте оценку аускультации сердца.
2. Что такое ритм «перепела»? И для каких больных он характерен?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Тактика лечения больной.

Ответы к задаче 9

1. Усиленный I тон, тон открытия митрального клапана, диастолический шум на верхушке сердца являются прямыми признаками митрального стеноза. Систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область, является прямым признаком недостаточности митрального клапана. Акцент II тона во II межреберье слева от грудины является признаком легочной гипертензии.

2. Ритм «перепела» - это сочетание усиленного I тона, II тона и тона открытия митрального клапана. Ритм «перепела» является патогномоничным аускультативным феноменом для больных с митральным стенозом.

3. Основное заболевание: Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - сочетанный митральный порок сердца. Относительная трикуспидальная недостаточность. Перманентная форма

фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.

Осложнение: ХСН II Б стадии, IV ФК NYHA. Правосторонний гидроторакс.

4. После компенсации явлений сердечной недостаточности больной показана консультация кардиохирурга для решения вопроса об оперативном лечении сочетанного митрального порока сердца. Лечение хронической сердечной недостаточности проводится общепринятыми методами.

Задача 10

Больная С., 20 лет, обратилась к терапевту с жалобами на одышку при обычной физической нагрузке, быструю утомляемость, снижение работоспособности. Из анамнеза известно, что в детстве часто болела ангиной, в возрасте 14 лет перенесла тонзиллэктомию. Ухудшение состояния в течение месяца после перенесенного простудного заболевания.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 18 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. При пальпации области сердца в положении на левом боку определяется дрожание грудной стенки. Границы относительной тупости сердца: правая - 2 см снаружи от правого края грудины, левая - в V межреберье по левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край II ребра. При аускультации сердца - I тон на верхушке значительно усилен, выслушивается тон открытия митрального клапана, шум в начале диастолы. Акцент II тона во II межреберье слева от грудины. Ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Печень и селезенка не пальпируются. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb - 124 г/л, эритроциты - 4,6 млн, лейкоциты - 8,2 тыс., эоз. 1%, п/я 4%, сегм. 68%, лим. 22%, мон. 5%, СОЭ 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза - отсутствуют; эритроциты - 0, лейкоциты 1 - 2 в поле зрения.

Иммунологический анализ крови: СРБ отр., титр антигиалуронидазы - 190 (норма до 300), титр антистрептолизина - 0 - 170 (норма до 250).

При рентгенографии органов грудной полости: увеличение левого предсердия, расширение дуги легочного ствола.

ЭхоКГ: однонаправленное движение передней и задней створок митрального клапана вперед. Толщина миокарда правого желудочка - 0,6 см (в норме до 0,5 см). Размер полости левого предсердия - 4,5 см (норма до 4,0 см). Створки митрального клапана несколько утолщены. Площадь левого AV отверстия - 2,8 см² (норма 4-6 см²). Фракция выброса левого желудочка 52% (норма 50-70%).

Вопросы:

1. Дайте оценку аускультации сердца.
2. Какова природа поражения сердца у данной больной?

3. Сформулируйте диагноз.
4. Тактика ведения и лечения больной.

Ответы к задаче 10

1. Значительно усиленный I тон, тон открытия митрального клапана и шум в начале диастолы на верхушке являются прямыми признаками стеноза митрального клапана. Во II межреберье слева от грудины определяется акцент II тона, свидетельствующий о наличии у больной легочной гипертензии.

2. Наличие частых ангин в анамнезе позволяет заподозрить у данной больной ревматическую этиологию поражения митрального клапана.

3. Основное заболевание: Хроническая ревматическая болезнь сердца: Ревматический порок сердца: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Осложнение: ХСН IIА стадии, ПФК NYHA.

4. Больной необходима консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении митрального стеноза. Показано лечение хронической сердечной недостаточности общепринятыми методами.

Задача 11

Больная П., 47 лет, поступила в клинику с жалобами на головокружение, одышку и боли в области сердца сжимающего характера, возникающие при умеренной физической нагрузке, купирующиеся в покое в течение 2-3 мин. В возрасте 17 лет при плановом обследовании выявляли двустворчатый аортальный клапан. В дальнейшем по этому поводу пациентка не наблюдалась. Длительное время чувствовала себя хорошо, самостоятельно родила 1 ребенка. Около двух лет назад при диспансеризации был обнаружен шум в сердце, а на ЭКГ была выявлена гипертрофия левого желудочка. Однако учитывая отсутствие жалоб пациентка дальше обследоваться не стала, эхоКГ не проводилась. Ухудшение состояния в течение последних четырех месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы. Профессиональных вредностей нет, пациентка не курит, не употребляет алкоголь. Направлена участковым терапевтом для обследования и лечения. При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостеническое телосложение. Рост 170 см, вес 65 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Подкожный жировой слой развит умеренно. Отеков нет. Костно-мышечная система без патологии. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 17 в минуту. При сравнительной перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена. Пальпируется разлитой, куполообразный верхушечный толчок на 2,0 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 1,5 см от правого края грудины в четвертом межреберье, левая - на 2,0 см кнаружи от среднеключичной линии в пятом межреберье, верхняя - нижний край III ребра. При аускультации выявляется ослабление II тона во втором межреберье справа от грудины, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся по сонным артериям. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 75 уд/мин. Пульс слабого

наполнения, ритмичный, 75 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Край печени упруго-эластической консистенции. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови: гемоглобин-130 г/л, лейкоциты - $8,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 27 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1021, реакция кислая, эритроцитов, белка, глюкозы нет, лейкоциты 1- 2 в поле зрения.

1. Объясните аускультативную картину наблюдаемую у больной.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ответ на задачу 11

У больной при аускультации выявлено ослабление II тона над аортой и интенсивный систолический шум во втором межреберье справа от грудины, проводящийся на сонные артерии — это характерно для стеноза аортального клапана. Также из анамнеза известно, что ранее у больной был диагностирован врожденный порок сердца — двустворчатый (бicuspidальный) аортальный клапан. Известно, что такой клапан быстро кальцифицируется, что приводит к формированию стеноза.

2. Врожденный порок сердца: двустворчатый аортальный клапан. Стеноз аортального клапана.

3. Необходимо провести ЭхоКГ для подтверждения предполагаемых клапанных изменений, определения степени стеноза, размеров полостей и толщины стенок левых и правых отделов сердца, фракции выброса левого желудочка, средний градиент давления между ЛЖ и аортой, скорость потока. При необходимости возможно выполнение МСКТ сердца с определением индекса кальцификации.

4. Стенокардия у больных с аортальным стенозом развивается из-за недостаточного поступления крови в аорту и коронарные артерии вследствие сниженного сердечного выброса. Головокружение также возникает из-за малого сердечного выброса. Выраженная клиническая симптоматика, как правило, наблюдается при тяжелом аортальном стенозе, что требует хирургического лечения - протезирования или TAVI. Точно показания можно определить только после обследования больной. В качестве симптоматической терапии стенокардии можно использовать с осторожностью нитраты в минимальных дозах и β-блокаторы.

Задача 12

Больная К., 26 лет, гостиничный менеджер, была переведена из другого стационара в отделение торакальной хирургии с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, потливость, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, боли в нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, сухой кашель, ощущение сердцебиения, нарастающее при небольшой физической нагрузке.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Семейный анамнез без особенностей.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет, утверждает, что наркотики не употребляет.

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, безболезненные, 4 беременности, 4 аборта, последний за 2 месяца до начала заболевания.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: Заболела остро около двух месяцев назад, когда впервые появилась лихорадка до 39°C с ознобами, потливостью и слабостью, боли в нижних отделах грудной клетки справа. Расценила свое состояние как проявление ОРВИ, по поводу чего принимала жаропонижающие средства без эффекта. Через 4 дня обратилась в поликлинику по месту жительства. При рентгенографии грудной клетки была выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Амбулаторно принимала азитромицин в адекватной дозе. Несмотря на это появился сухой кашель, усилились боли в грудной клетке, появилась одышка сначала при умеренной, затем при небольшой физической нагрузке. По поводу этого, бригадой скорой медицинской помощи была госпитализирована в стационар с диагнозом двусторонняя пневмония, эмпиема плевры справа с деструкцией легочной ткани. В связи с тяжестью состояния была госпитализирована в отделение интенсивной терапии (ЧД 32 в мин, ЧСС 116 в мин, АД 80 и 60 мм рт.ст.). Получала парентеральную терапию гентамицином, ванкомицином, метронидазолом, цефтриаксоном. На этом фоне отмечена положительная динамика состояния, однако при контрольной рентгенографии выявлены признаки формирования абсцесса в верхней доле левого легкого, сохраняющейся эмпиемы плевры, пневмонии в нижней доле правого легкого. В связи с этим для обследования и лечения больная была переведена в торакальное отделение.

При осмотре: Состояние тяжелое. Температура тела 38,5°C. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. ЧД 20 в мин. При перкуссии грудной клетки выявляется выраженное притупление звука в нижних отделах справа до уровня 5 ребра, притупление звука в верхних отделах левого легкого. При аускультации: дыхание бронхиальное, в верхних отделах слева - ослабленное, в нижних отделах справа на фоне резкого ослабления дыхания выслушивается крепитация. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см латеральнее правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая - на 1 см кнутри от левой срединноключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца звучные, ритм сердце правильный, ЧСС 120 уд. в мин, над мечевидным отростком грудины выслушивается нечеткий, дующий систолический шум, который немного усиливается на высоте вдоха с задержкой дыхания. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, дефицита пульса нет. Вдоль кубитальных вен следы инъекций. АД 110 и 70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x7см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный.

Результаты обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 103 г/л, лейкоциты $13,6 \times 10^9$ /л, Лейкоцитарная формула: палочкоядерные 2%, сегментоядерные 75%,

эозинофилы 0%, лимфоциты 19%, моноциты 4%, СОЭ 60 мм/ч. Биохимический анализ крови без особенностей. HCV-, HBsAg-, реакция Вассермана отр., ВИЧ отр. Общий анализ мочи: уд. вес 1018, белок следы, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения, цилиндров нет.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 115 в мин, нормальное положение электрической оси сердца, нарушений ритма, проводимости и очаговых изменений не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: Инфильтрация в нижней доле правого легкого, уровень жидкости до 4 ребра, очаговая инфильтрация в верхней доле левого легкого.

Рентгеновская компьютерная томография грудной клетки: В верхней доле левого легкого на фоне инфильтрации имеется неправильной формы воздушная полость с толстыми стенками размерами 2,5x2,0x1,6 см. В нижней доле правого легкого инфильтрация. В задних отделах правой плевральной полости область осумкования размерами 12x9x3 см, содержащая экссудат и воздух, с равномерно утолщенными до 0,5 см плевральными листками. Паренхима задненижних отделов правого легкого частично коллабирована. Камеры сердца не расширены. На трехстворчатом клапане видна масса размерами примерно 22x8 мм, пролабирующая в полость правого желудочка.

Эхокардиография: Пролапс передней створки трикуспидального клапана 3 степени с перфорацией створки в области пролабирующего сегмента, на котором фиксирована подвижная эхогенная структура размером до 1,2x2,2см. Признаки трикуспидальной недостаточности II степени.

Чреспищеводная эхокардиография: две створки трикуспидального клапана не утолщены, не уплотнены, подвижность нормальная. Отмечается пролабирование среднего сегмента передней створки плана с перфорационным отверстием 4 мм, пролапс 16 мм - выраженный. Недостаточность трикуспидального клапана III степени. К пролабирующей части створки крепится эхогенное флотирующее образование размером 2,2x1,2 см.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больной
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение

Ответы на задачу 12

1. Синдром воспалительных изменений и септицемии (лихорадка, неспецифические острофазовые реакции), синдром интоксикации (потливость, слабость, анемия), синдром клапанных поражений (аускультативная и ультразвуковая картина недостаточности трикуспидального клапана, пролапс трикуспидального клапана, наличие вегетации), синдром тромбоэмболических осложнений (септическая пневмония), синдром сердечной недостаточности.

2. Активный, внебольничный ИЭ трикуспидального клапана. Недостаточность трикуспидального клапана. Пролапс трикуспидального клапана III степени. Анемия легкой степени.

Осложнения: Инфарктная абсцедирующая пневмония с локализацией в

верхней доле левого легкого и нижней доле правого легкого тяжелого течения. Парапневмоническая эмпиема плевры справа. Дыхательная недостаточность II ст. ХСН IIА стадии, II функционального класса по NYHA.

Большой диагностический критерий DUKE – эхокардиографические признаки внутрисердечного объемного образования на клапане. Малые диагностические критерии DUKE: лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$, заболевание сердца, предрасполагающее к развитию ИЭ, септическая инфарктная пневмония, предположительно внутривенная наркомания. Для подтверждения диагноза достаточно наличия одного большого и трех малых диагностических критериев.

3. Показано проведение бактериологического исследования крови для выявления возбудителя ИЭ и определения его чувствительности к антибиотикам.

4. Целесообразнее всего отсрочить назначение антибиотиков до получения результатов гемокультуры. Однако, учитывая тяжесть состояния больной, а также при отрицательных результатах гемокультуры может быть назначена эмпирическая схема антибиотикотерапии.

Задача 13

Больной П., 76 лет, поступил в неврологическое отделение в связи с развитием правостороннего гемипареза, появившегося у пациента накануне вечером. Из анамнеза известно, что за месяц до инсульта больной проходит лечение у ортодонта по поводу имплантации зубных протезов. После этого через неделю отметил повышение температуры тела до 39° , ознобы. Лечился жаропонижающими без эффекта. Самостоятельно принимал амоксициллин с временным эффектом. Поступил для обследования и лечения.

Больной в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Другие заболевания отрицает. Вредных привычек нет.

При осмотре – состояние тяжелое. Температура тела 39°C . Правосторонний гемипарез. Кожные покровы бледные. На пальцах ног пальпируются синюшные, болезненные узелки. Отеков нет. Частота дыхания – 24 в минуту. При аускультации влажные хрипы в нижних отделах легких. Границы сердца: левая – по передней подмышечной линии в 6 межреберье, правая – по правому краю грудины, верхняя – 3 ребро. При аускультации тоны сердца ритмичные, во 2 межреберье справа от грудины выявляется ослабление II тона. Там же и в точке Боткина-Эрба – мягкий, дующий, протодиастолический шум. Пульс ритмичный 115 в минуту, высокий и скорый. АД 160/30 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14-12-11 см, при пальпации нижний край печени болезненный. Селезенка 10x12 см, болезненная при пальпации.

Общий анализ крови гемоглобин 90 г/л, лейкоциты $14 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула (п/я 13%, с/я 70%, лимф 12%, моно 5%), СОЭ 68 мм/ч,

Биохимический анализ крови: фибриноген 6,5 г/л, СРБ 9 г/л.

Общий анализ мочи: уд. вес 1010, белок 0,99 г/л, л. 0-1 в п/зрения, эр. 10-15 в п/зрения.

Рентгенография органов грудной клетки: застойные явления в легких.

Бактериологическое исследование крови: в трех посевах выделен

Streptococcus viridans, чувствительный к пенициллину.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у больного?
2. Какие еще исследования необходимы для правильной постановки диагноза?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Назначьте лечение.

Ответы на задачу 13

1. Синдром воспалительных изменений и септицемии (лихорадка, неспецифические острофазовые реакции), синдром интоксикации (потливость, слабость, анемия), синдром аутоиммунных нарушений (узелки Ослера), синдром клапанных поражений (аускультативная картина недостаточности аортального клапана), синдром АГ, синдром тромбоэмболических осложнений (инфаркт головного мозга), синдром сердечной недостаточности.

2. Для подтверждения диагноза необходимо проведение ЭхоКГ, МРТ головного мозга

3. Инфекционный эндокардит нативного аортального клапана, вызванный *Streptococcus viridans*, в фазе активности. Недостаточность аортального клапана. Артериальная гипертензия 2 степени. Гепатоспленомегалия. Анемия легкой степени. Гломерулонефрит. Осложнения: НК IIА, IV ФК. Тромбоэмболический инсульт. Сопутствующее заболевание: Сахарный диабет 2 типа, в стадии декомпенсации.

4. При неврологических осложнениях больному показано хирургическое лечение. При стрептококковой этиологии показана терапия амоксициллином или цефтриаксоном в течение 4 недель или в сочетании с гентамицином в течение 2 недель. При аллергической терапии на препараты пенициллинового ряда – ванкомицин в течение 4 недель.

Задача 14

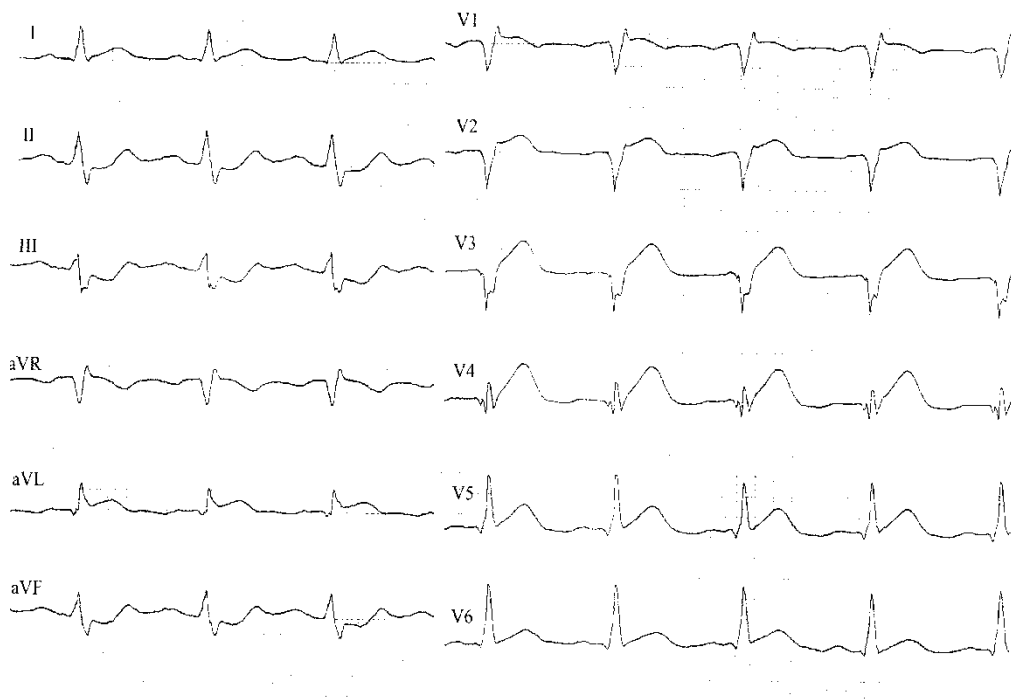
Больной Ф, 60 лет поступил с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, в связи с чем вынужден спать сидя, отечность голеней и стоп.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет больного беспокоили приступы стенокардии умеренных физических нагрузок. Около 1 года назад перенес инфаркт миокарда, после чего приступы стенокардии прекратились, но появились указанные жалобы, которые постепенно прогрессировали.

При осмотре: Состояние тяжелое. Цианоз губ, холодный акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Число дыханий в покое 26 в мин. В легких жесткое дыхание, в базальных отделах обеих легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые незвонкие хрипы. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок ослабленный, разлитой. При перкуторном определении границ относительной сердечной тупости: левая - по передней подмышечной линии, верхняя - по 2 межреберью, правая - на 2 см латеральнее правого края грудины. При аускультации сердца: тоны глухие, выслушивается протодиастолический ритм галопа. На верхушке выслушивается систолический шум с проведением в левую подмышечную область. ЧСС=96 в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Пульсация

периферических артерий удовлетворительная. Подкожные вены голеней не извиты, не уплотнены. Живот округлой формы, мягкий. Размеры печени по Курлову: 15x13x8 см. Край печени на 4 см выступает из-под края реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, закруглен, болезненный при пальпации. Положительный симптом Плеша. Селезенка не увеличена. Область почек при пальпации безболезненна, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Симметричные отеки стоп, голеней до средней трети.

ЭКГ:



1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение инфаркта миокарда способствовало быстрому прогрессированию ХСН у больного?
3. Назначьте необходимое обследование.
4. Назначьте лечение.

Ответы на задачу 14.

1. Диагноз: Основное заболевание: ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Хроническая аневризма левого желудочка.
Фон: Атеросклероз коронарных артерий.
Осложнение: ХСН IIБ ст. IV ФК по NYHA.
2. Хроническая аневризма передне-перегородочной области левого желудочка.
3. Обследование: наряду с общеклиническим обследованием (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (Na⁺, K⁺, холестерин, креатинин, мочевины и т.д.)) необходимо проведение
 - **ЭхоКГ** для определения размеров полостей сердца, ФВ ЛЖ, состояния клапанного аппарата.
 - **Рентгенография органов грудной клетки.**

- Проба Реберга или **динамическая сцинтиграфия почек** для оценки скорости клубочковой фильтрации, что важно для уточнения доз назначаемых препаратов

4. Лечение должно быть направлено на компенсацию ХСН:

- ингибиторы АПФ (периндоприл 2,5 мг/сут с увеличением до 5 мг/сут);
- бета-блокаторы (бисопролол начиная с 1,25 мг 1 раз в сут с постепенным увеличением дозы до максимально переносимой под контролем АД)
- диуретики: фуросемид (сначала внутривенно 80-100 мг/сут, затем переход на таблетированные формы 80-40 мг/сут) под контролем диуреза, который должен быть положительным, но не более 2 л/сут; и верошпирон 25-50 мг/сут,
- при снижении ФВ ЛЖ менее 40% по данным ЭхоКГ - сердечные гликозиды (дигоксин 0,25 мг/сут).

Задача 15.

Больной С., 75 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту с жалобами на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое, дискомфорт в правом подреберье, отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота, перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость.

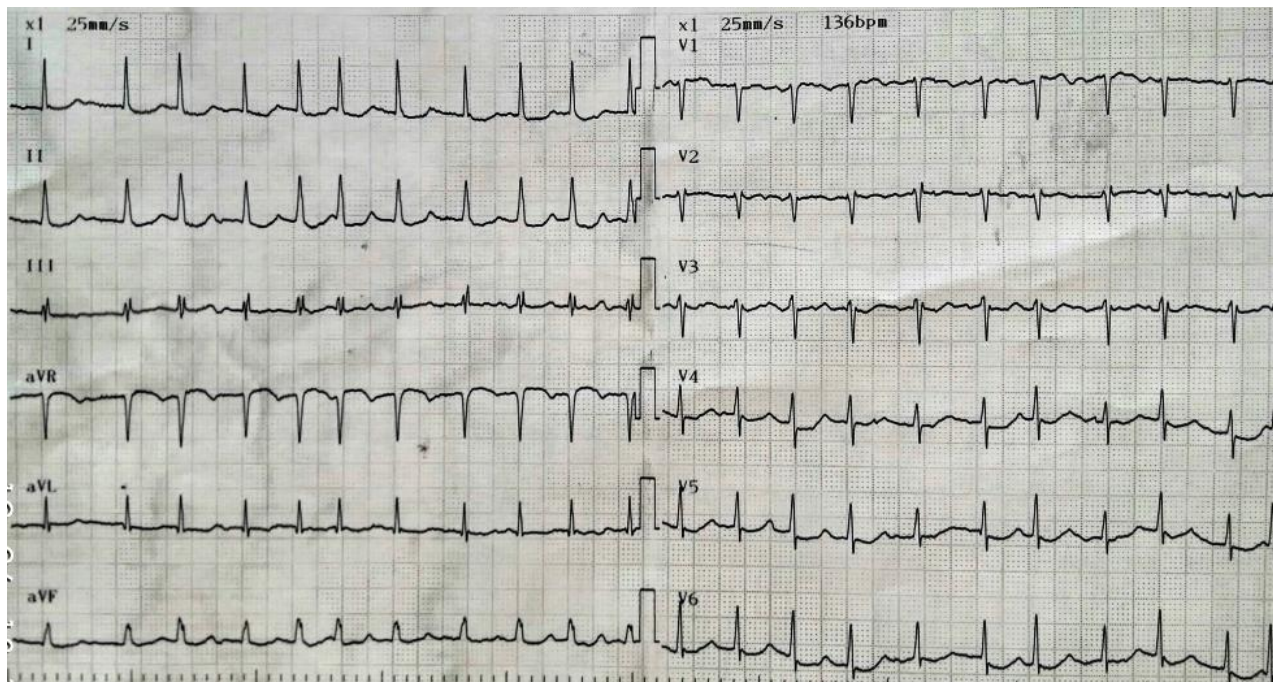
Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут, аспирин 100 мг, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 2 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 2 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял.

Анамнез жизни. Рос и развивался нормально. Работал слесарем, в настоящее время на пенсии. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 42 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

При осмотре состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела 36,5°C. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Одышка с ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. ЧСС 160-200 в минуту. Пульс 100-120 в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14x13x11 см по Курлову.

Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

ЭКГ больного:



ЭхоКГ: Стенки аорты и створки аортального клапана уплотнены, раскрытие их полное. Умеренная дилатация полости правого желудочка. Умеренно выраженная гипертрофия межжелудочковой перегородки на всем протяжении, без обструктивного компонента. Сократительная функция миокарда снижена за счет диффузной гипокинезии. Фракция выброса ЛЖ 35-37% (норма 50-70%) – расчеты приблизительны на фоне ФП. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 2 ст.

Вопросы:

1. Дайте интерпретацию ЭКГ.
2. Установите клинический диагноз.
3. Проведение каких методов обследования необходимо больному.
4. В чем должна заключаться коррекция терапии, получаемой больным.

Ответы на задачу 15

1. На ЭКГ фибрилляция предсердий. Критерии фибрилляции предсердий: разные интервалы R-R, отсутствие зубца Р, волны f. Частота желудочковых комплексов до 200 в мин. ЭОС горизонтальная. Признаки неполной блокады правой ножки п. Гиса. Амплитудные признаки ГЛЖ (R_I - 11 мм, R_{aVR} - 9 мм).

2. Клинически диагноз:

Основное заболевание: ИБС: Нарушение ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия. CHA2DS-VASc 4 балла (возраст, АГ, атеросклероз, ХСН), HAS-BLED 1 балл.

Фон: Гипертоническая болезнь III ст., 2 ст., риск ССО очень высокий. Атеросклероз аорты, сосудов сердца.

Осложнение: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35-37%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Асцит.

3. Дообследование: общий анализ крови для исключения анемии и неспецифического воспалительного синдрома и биохимический анализ крови с определением уровня глюкозы, электролитов, креатинина, мочевины, АЛТ,

АСТ, липидного профиля, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки для исключения «застойной» пневмонии и гидроторакса, УЗИ органов брюшной полости для подтверждения асцита и гепатомегалии и исключения других причин отечно-асцитического синдрома (в первую очередь, опухолей). С учетом снижения ФВ ЛЖ менее 40% определение НУП не является обязательным.

4. Больной с ХСН с низкой ФВ ЛЖ и ФП до настоящего времени не получал ингибиторы АПФ (эналаприл, периндоприл или др.), начинать с малых доз с последующим их увеличением до терапевтических или максимально переносимых, также необходимо добавить сердечный гликозид дигоксин 0,25 мг для контроля ЧСС при тахисистолической форме ФП, а также с целью положительного инотропного действия этого препарата. В связи с высоким риском тромбоэмболических осложнений (по шкале CHA2DS-VASc 4 балла (возраст, АГ, атеросклероз, ХСН) к терапии добавить не прямые антикоагулянты, предпочтительнее новые оральные антикоагулянты (дабигатран или ривароксабан или апиксабан) в стандартных дозировках с отменой аспирина. Также на время декомпенсации следует использовать внутривенное введение петлевых диуретиков (фуросемид) с последующим переходом на таблетированные формы, а также увеличение дозы верошпирона до 100 мг (при отсутствии у больного гиперкалиемии и значениях СКФ более 30 мл/мин/1,73 м²). Прием бета-адреноблокаторов следует продолжить.

Задача 16

Больной Р., 27 лет, предъявляет жалобы на одышку, на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, кашель с небольшим количеством мокроты ржавого цвета, выраженную слабость, повышение температуры тела до 39,5°C.

Заболел остро 2 дня назад, когда после эмоционального стресса и переохлаждения внезапно появился озноб, повысилась температура тела до 39,0°C. Принимал парацетамол. На следующий день появился кашель, присоединились боли в грудной клетке при дыхании и кашле, позже появилась мокрота, усилилась одышка. Вызывал бригаду Скорой медицинской помощи, которой был госпитализирован в клинику.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Больной работает менеджером, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: мать здорова, отец здоров.

Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,0°C. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ, на верхней губе – herpes labialis. Форма грудной клетки нормостеническая, правая половина грудной клетки отстает при дыхании, больной щадит ее при дыхании. ЧД в покое до 26 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка при пальпации эластична, боли в правой половине груди при сдавлении грудной клетки ослабевают, голосовое дрожание справа в нижних отделах грудной клетки усилено, слева - нормальное. При сравнительной перкуссии: справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука, в остальных участках легкого звук

ясный легочный. При аускультации легких: слева дыхание везикулярное, справа дыхание бронхиальное, выслушивается крепитация, бронхофония усилена. SatO₂ 92 %

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормальных значений. Тоны сердца ясные, ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 100 уд. в 1 мин., АД 110 и 70 мм рт.ст.

Живот обычной формы, при пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Селезенка не увеличена.

В анализе крови: Нв 140 г/л, лейкоциты – 14,8 x 10⁹/л: палочкоядерные лейкоциты – 8 %, сегментоядерные лейкоциты – 68 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 2 %, СОЭ 38 мм/ч.

В анализе мокроты – эритроциты, фибрин.

Рентгенография органов грудной полости: интенсивная инфильтративная тень в проекции нижней доли правого легкого, корень и легочный рисунок не дифференцируются. Значительно утолщена плевра в области предне-диафрагмального синуса.

Вопросы:

1. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Объясните клиническое значение притупления перкуторного звука над пораженными участками легкого.
4. Предложите схему лечения больного.

Ответ к задаче 16

1. Интоксикационный синдром (общая слабость, разбитость, головные и мышечные боли, одышка, сердцебиение, снижение аппетита).

Синдром общих воспалительных изменений (чувство жара, озноб, повышение температуры тела, изменение острофазовых показателей крови: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, увеличение СОЭ,).

Синдром поражения дыхательных путей (появление кашля и мокроты, изменение частоты и характера дыхания, появление влажных хрипов).

Синдром воспалительной инфильтрации легочной ткани: физикальный синдром уплотнения легочной ткани (бронхиальное дыхание, укорочение легочного звука при перкуссии, усиление голосового дрожания и бронхофонии, характерные рентгенологические изменения) Синдром раздражения плевры (болевого синдром).

1. Внебольничная пневмония нижней доли правого легкого нетяжелого течения. Осл. Дыхательная недостаточность.

2. А) уплотнение легочной ткани вследствие пневмонии, пневмосклероза, ателектаза, опухоли. Б) утолщение плевры или скопление небольшого количества жидкости в полости плевры.

4. Лечение в стационаре. Организация правильного лечебного режима и

ухода за больным, назначение рационального питания, обильное питье, полноценная легкоусвояемая диета. Антибактериальная стартовая терапия: Амоксициллин/клавуланат по 1,2 г 3 раза в сутки в/в или Цефтриаксон по 1-2 г 1 раза в сутки в/в или Цефотаксим по 1-2 г 2 раза в сутки в/в. Проведение патогенетической и симптоматической терапии: адекватная дезинтоксикационная инфузионная терапия, муколитическая терапия (ацетилцистеин 600 мг 1 раз в сутки), кислородотерапия.

Задача 17

Пациентка Н., 23 лет обратилась к врачу с жалобами на приступы затрудненного дыхания преимущественно на выдохе, возникающие последние 2 недели ежедневно, на появление свистящих хрипов и тяжести в груди во время приступов, приступообразный кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой, затруднение дыхания преимущественно на выдохе в утренние часы после пробуждения, появление ночных приступов до 2-х раз в неделю и появление затрудненного дыхания преимущественно на выдохе сразу после физической нагрузки.

При сборе анамнеза было установлено, что пациентка с 10 лет страдает аллергическим ринитом, обострения заболевания в период цветения растений в мае, а также симптомы ринита появляются при контакте с кошкой, домашней пылью. Около полугода назад впервые при контакте с кошкой, при уборке квартиры появились редкие (1 – 2 раза в месяц) эпизоды затрудненного дыхания на выдохе, сопровождающиеся сухим кашлем, которые проходили самостоятельно. Около месяца назад перенесла ОРВИ, после которого отметила ухудшение состояния: появились ежедневные приступы затрудненного дыхания преимущественно на выдохе, сопровождающиеся свистящими хрипами и приступообразным кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой, затруднение выдоха в утренние часы после пробуждения, и ночные приступы до 2-3 раз в неделю. Приступы могли купироваться самостоятельно после приема теплого питья или после приема таблеток эуфиллина, которые пациентка принимала по совету тети. В связи с ухудшением состояния обратилась к врачу.

Росла и развивалась согласно возрасту, работает секретарем в офисе. Перенесённые заболевания: ОРВИ, аппендэктомия в 14 лет. Наследственность: отец - здоров, у матери – аллергический ринит, у бабушки – атопический дерматит, у тети – бронхиальная астма. Аллергоанамнез: аллергия на домашнюю пыль, пыльцу растений, шерстью животных – заложенность носа, чихание, слезотечение. Вредные привычки: отрицает.

При осмотре: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, влажные, нормальной окраски. Рост - 163 см, вес - 60 кг. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Температура 36,7°C. Грудная клетка коническая. При перкуссии ясный легочный звук. При аускультации дыхание с удлиненным вдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон, усиливающиеся на форсированном выдохе. ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 82 в минуту. АД 114/71 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное,

безболезненное. Отеков нет.

В анализе крови: гемоглобин 136 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 240×10^9 /л, Лейкоциты $7,5 \times 10^9$ /л, п/я 4%, с/я 58%, эоз. 10%, лимф. 24%, мон. 4%, СОЭ 10 мм/ч. Анализ мочи – без патологии.

Анализ мокроты: мокрота слизистая, вязкая, эозинофилы 20 – 25 в поле зрения, единичные спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена.

Рентгенография органов грудной полости: На рентгенограмме: легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Реберно-диафрагмальные синусы свободны. Купол диафрагмы ровный с четкими контурами. Границы тени сердца не расширены.

1. Перечислите основные клинические симптомы и синдромы, выявленные у пациента, важные для постановки диагноза
2. Какие еще исследования необходимо провести пациенту для постановки диагноза
3. Сформулируйте клинический диагноз
4. Назначьте лечение.

Ответ на задачу 17

1. Важны следующие симптомы: хрипы, удушье, чувство заложенности в грудной клетке и кашель, ухудшения симптомов ночью и рано утром; также следует обратить внимание на наличие atopического заболевания в анамнезе (аллергический ринит), отягощенный семейный анамнез (астма и/или atopические заболевания у родственников). Возникновение указанных симптомов после физической нагрузки, воздействии аллергенов, наличие удлиненного выдоха, рассеянных сухих свистящих хрипов указывает на бронхиальную обструкцию, обратимую, т.к. симптомы проходят самостоятельно или после приема бронхолитика (эуфиллина).
2. Спирометрия с проведением бронходилатационного теста (проба с сальбутамолом 400 мг). Пикфлоуметрия (мониторирование утренних и вечерних показателей ПСВ) в течение 1-2 недель.
3. Бронхиальная астма аллергическая персистирующая средней степени тяжести не контролируемое течение. Аллергический ринит.
4. Выраженность симптомов - ежедневные симптомы, ночные симптомы чаще 1 раза в неделю – соответствует БА персистирующей средне-тяжелого течения.
5. Базисная терапия для данной пациентки: комбинированная терапия: беклометазон 800 мкг/сут + формотерол 24 мкг/сут
В качестве терапии «скорой помощи»: Вентолин 100 мкг по 2 дозы для купирования симптомов.

Задача 18

Больная С. 45 лет, экономист, поступила в стационар с жалобами на ежедневные приступы затрудненного дыхания преимущественно на выдохе, купирующиеся приемом сальбутамола, на свистящие хрипы и дискомфорт в груди во время приступов, на приступообразный кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой, на затруднение выдоха в утренние часы после пробуждения, появление ночных приступов в последние три дня, на появление затрудненного дыхания преимущественно на выдохе сразу после физической нагрузки, на

затруднение носового дыхания и нарушение обоняния.

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда после операции удаления полипов носовых пазух (хронический риносинусит с полипами носа) появились первые приступы затрудненного дыхания преимущественно на выдохе. Была назначена терапия, которую пациентка принимала 4 месяца и после улучшения состояния прекратила. Последующие 2,5 года эпизоды затрудненного дыхания беспокоили только после физической нагрузки и купировались приемом Сальбутамола. Через 2,5 года вновь появилось затруднение носового дыхания и нарушение обоняния, при обследовании вновь выявлен полипозный риносинусит. В течение последних 2,5 лет приступы затрудненного дыхания на выдохе стали появляться при простудных заболеваниях (≈ 1 раз в год), купировались приемом Сальбутамола. Около полугода назад перенесла ОРВИ, после которого состояние ухудшилось: частота приступов затрудненного дыхания увеличилась до 5 - 6 раз в неделю, приступы сопровождались свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой, купировались приемом Сальбутамола. В течение последней недели приступы стали беспокоить ежедневно, до 2-х раз в день, а 3 дня назад появились ночные приступы. В связи с ухудшением состояния обратилась в КДО клиники и была госпитализирована.

Росла и развивалась согласно возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический риносинусит с полипами носа, операция полипэктомии 5 лет назад. Наследственность: отец - здоров, у матери – гипертоническая болезнь, у бабушки – ИБС. Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: сразу после полипэктомии на прием индометацина отметила покраснение лица, шеи, заложенность носа, ринорею, затруднение дыхания, больше препараты этой группы не принимает. Вредные привычки отрицает.

При осмотре: сознание ясное, рост - 167 см, вес - 65 кг. Кожные покровы чистые, влажные, нормальной окраски. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Температура $36,6^{\circ}\text{C}$. Грудная клетка коническая. При перкуссии ясный легочный звук. При аускультации дыхание с удлиненным вдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон, усиливающиеся на форсированном выдохе. ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 84 в минуту. АД 117/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет.

В анализе крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $250 \times 10^9/\text{л}$, Лейкоциты $7,8 \times 10^9/\text{л}$, п/я 4%, с/я 62%, эоз. 2%, лимф. 26%, мон. 6%, СОЭ 11 мм/ч. Анализ мочи – без патологии.

Рентгенография органов грудной полости: На рентгенограмме: легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Реберно-диафрагмальные синусы свободны. Купол диафрагмы ровный с четкими контурами. Границы тени сердца не расширены.

1. Перечислите основные клинические симптомы и синдромы, выявленные у пациента, важные для постановки диагноза
2. Какие еще исследования необходимо провести пациенту для постановки диагноза

- 3 Сформулируйте клинический диагноз
- 4 Назначьте лечение.

Ответ на задачу 18.

1. Важны следующие симптомы: хрипы, удушье, чувство заложенности в грудной клетке и кашель, ухудшения симптомов ночью и рано утром; также следует обратить внимание на наличие атопического заболевания в анамнезе (аллергический ринит), отягощенный семейный анамнез (астма и/или атопические заболевания у родственников). Возникновение указанных симптомов после физической нагрузки, воздействии аллергенов, наличие удлиненного выдоха, рассеянных сухих свистящих хрипов указывает на бронхиальную обструкцию, обратимую, т.к. симптомы проходят самостоятельно или после приема бронхолитика (эуфиллина).
2. Спирометрия с проведением бронходилатационного теста (проба с сальбутамолом 400 мкг). Пикфлоуметрия (мониторирование утренних и вечерних показателей ПСВ) в течение 1-2 недель.
3. Бронхиальная астма неаллергическая, аспириновая, тяжелого персистирующего течения, неконтролируемая. Хронический риносинусит с полипами носа (J45.1)

Выраженность симптомов (ежедневные симптомы, частые ночные симптомы, ограничение физической активности) – соответствует БА персистирующей тяжелого течения.

4. Базисная терапия для данной пациентки: комбинированная терапия: беклометазон 1000 мкг/сут + формотерол 24 мкг/сут + монтелукаст 10 мг на ночь

В качестве терапии «скорой помощи»: Сальбутамол 100 мкг по 2 дозы для купирования симптомов.

При обострении: раствор «Беродуала» или «Вентолина» через небулайзер + сусп. Будесонида 0,5 мг через небулайзер до 3-х раз в день.

Задача 19

Пациентка Н., 45 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на уменьшение аппетита, слабость, общее недомогание, снижение веса, пожелтение склер.

Из анамнеза: работает менеджером в крупной компании, ведёт здоровый образ жизни, употребление алкоголя отрицает. Месяц назад во время профилактического осмотра в частной клинике отмечалось повышение уровней АЛТ (100 МЕ/л) и АСТ (120 МЕ/л). Поставлен диагноз «неалкогольная жировая болезнь печени», даны рекомендации по изменению образа жизни, назначена витаминотерапия. Исследования анализов в динамике не проводилось. При более подробном опросе выяснилось, что за месяц до визита в частную клинику по совету друзей начала принимать некое «средство китайской народной медицины» с «общеукрепляющим» эффектом. Через неделю прием прекратила, поскольку обратила внимание на бессонницу и повышенную нервозность.

В течение последующего месяца постепенно начала прогрессировать слабость, начал снижаться масса тела (на 3 кг), отмечалось общее недомогание, в последние 3 дня отметила желтушное окрашивание склер.

При осмотре: состояние средней тяжести, больная нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.

Проведены лабораторные исследования. В общем анализе крови гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $7,8 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 52 мм/ч. В биохимическом анализе крови общий белок 62 г/л, альбумин 42 г/л, общий билирубин 44 мкмоль/л, АЛТ 140 МЕ/л, АСТ 180 МЕ/л, IgG 22,5 г/л (при норме 5-16 г/л). Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, antiHCV антитела) не выявлены, RW, ВИЧ отрицательны. Титр антинуклеарного фактора 1:320 (при норме менее 1:160).

На УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, диаметр v. porta 0,9 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Вопросы.

1. Назовите основные синдромы, наблюдаемые у данной пациентки.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Назначьте оптимальное лечение.

Ответы на задачу 19

1. У больной имеются признаки астеноневротического, диспептического, цитолитического, иммуновоспалительного синдромов.
2. Диагноз: Аутоиммунный гепатит 1 типа.
3. Лечение: комбинация преднизолона 1 мг/кг массы тела и азатиоприна в дозе 50 мг/сут в течение длительного времени (не менее 3 лет).

Задача 20

Пациентка Д., 39 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, раздражительность, пожелтение склер, общее недомогание, изжогу.

Из анамнеза: работает IT-специалистом, употребление алкоголя отрицает. Полгода месяца назад побывал в туристической поездке в одной из стран Юго-Восточной Азии, где вступал в беспорядочные половые связи с местными жителями. После возвращения отметил постепенное нарастание слабости, раздражительности. За 2 дня до госпитализации отметил появление слабого жёлтого окрашивания склер.

При осмотре: состояние средней тяжести, больной нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $6,1 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ

26 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок 78 г/л, альбумин 49 г/л, общий билирубин 40 мкмоль/л, АЛТ 95 МЕ/л, АСТ 49 МЕ/л. Выявлены antiHCV антитела. HBsAg, RW, ВИЧ отрицательны. По данным УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, увеличение печени, диаметр v.porta 0,8 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Вопросы.

1. Назовите основные синдромы, наблюдаемые у данного пациента.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Назначьте оптимальное лечение.

Ответы на задачу 20

1. У больного имеются признаки астеноневротического, диспептического, цитолитического синдромов
2. Хронический вирусный гепатит С.
3. Оптимальная терапия – сочетание 2 препаратов прямого противовирусного действия, например, ледипасвира и софосбувира, в течение не менее 3 месяцев.

Принято на заседании кафедры Факультетской терапии №2 ИКМ

от «23» января 2025 г., протокол № 7

Заведующий кафедрой

Факультетской терапии
№2 ИКМ

(подпись)

Подзолков В.И.

(фамилия,
инициалы)

Одобрена Центральным методическим советом

от «31» января 2025 г., протокол № 2

Председатель ЦМС

(подпись)

(фамилия,
инициалы)