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 внутренних, профессиональных болезней и ревматологии

Методические материалы по дисциплине:

Внутренние болезни

основная профессиональная образовательная программа высшего/среднего профессионального образования - программа СПО/специалитета/магистратуры/ординатуры

31.05.02 Педиатрия

Тестовый контроль.

		ответ
1.	Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована: a. при поступлении в стационар b. через 2-3 дня и более после госпитализации c. после выписки из стационара d. определяется только особенностями микрофлоры мокроты и не зависит от пребывания в стационаре	b
2.	При пневмонии выслушивается: a. звонкие влажные хрипы b. сухие разнокалиберные хрипы c. незвонкие влажные хрипы d. дискантовые хрипы	a
3.	Для лечения впервые выявленной внебольничной пневмонии целесообразно назначить следующий антибиотик: a. ампициллин (полусинтетический пенициллин) b. гентамицин (аминогликозид) c. доксициклин (группа тетрациклина) d. амоксиклав (полусинтетический пенициллин и клавулановая кислота)	d
4.	Какой аускультативный признак характерен для бронхиальной астмы a. мелкопузырчатые влажные хрипы b. сухие хрипы только в начале вдоха c. сухие хрипы на выдохе d. крепитация	c
5.	Основными принципами лечения астматического статуса являются: a. Парентеральное введение кортикостероидов в больших терапевтических дозах b. Парентеральное введение бронхорасширяющих средств c. Ингаляция кислорода d. Применение высоких доз ингаляционных кортикостероидов	a
6.	Лечение пневмонии, вызванное легионеллой, проводится: a. пенициллином b. цефалоспоринами c. макролидами d. тетрациклином e. гентамицином	c
7.	Для рестриктивной дыхательной недостаточности характерно: a. снижение индекса Тиффно b. уменьшение жизненной емкости легких c. повышение жизненной емкости легких d. снижение объема форсированного выдоха за 1 сек	b
8.	Основным возбудителем внебольничных пневмоний является: a. Пневмококк b. Стафилококк c. Гемофильная палочка d. Легионелла	a
9.	К генетически детерминированным заболеваниям легких относится: a. саркоидоз	b

	b. муковисцидоз и дефицит a1-антитрипсина c. идиопатический легочный фиброз d. бронхиальная астма e. рак легкого	
10.	Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является: a. вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей b. переохлаждение c. вирусно-бактериальная инфекция d. курение e. переутомление	c
11.	При хроническом легочном сердце a. смерть чаще всего наступает от отека легких b. часто встречается фибрилляция предсердий c. типично увеличение печени d. всегда наблюдают артериальную гипотензию e. всегда наблюдают артериальную гипертензию	c
12.	Синдром апноэ во сне характерен для: a. пациентов с дефицитом массы тела b. больных тяжелой пневмонией c. пациентов с избыточной массой тела d. больных бронхиальной астмой e. больных хроническим бронхитом курильщика	c
13.	Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен: a. воспалением слизистой оболочки крупных бронхов; b. воспалением слизистой оболочки мелких бронхов; c. повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов; d. гипотрофией слизистой оболочки бронхов; e. атрофией слизистой оболочки бронхов	c
14.	Бронхиальная обструкция выявляется с помощью: a. спирографии, пневмотахографии b. бронхоскопии c. исследования газов крови d. рентгенография легких e. ангиопульмонографии	a
15.	Критерием диагностики бронхиальной астмы при бронходилятационном тесте служит прирост ОФВ1 на _____% по сравнению с исходным a. 12 b. 30 c. 5 d. 50	a
16.	Наиболее точно отражает бронхиальную обструкцию показатель: a. остаточный объем b. отношение $ОФВ_1$ к ФЖЕЛ c. ФЖЕЛ d. диффузионная способность легких e. ЖЕЛ	b
17.	Нежелательными побочными эффектами глюкокортикостероидов для ингаляций являются: a. стероидный сахарный диабет	c

	b. медикаментозный синдром Иценко-Кушинга c. кандидоз ротовой полости d. стероидная катаракта e. остеопороз	
18.	Основной причиной гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы является: a. острое вздутие легких b. генерализованный отек слизистой оболочки бронхов c. генерализованный бронхоспазм d. генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом e. отек легких	d
19.	Наиболее достоверным признаком, отличающим первую стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является: a. рефрактерность к b2-агонистам b. тяжесть экспираторного удушья c. выраженный цианоз d. неэффективность внутривенного вливания эуфиллина	a
20.	У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является: a. пневмококк b. клебсиелла c. пневмоциста d. микоплазма e. кишечная палочка	c
21.	Выслушивание сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких харатерно для a. гидроторакса b. двусторонней пневмонии c. саркоидоза d. бронхиальной астмы	d
22.	Кровохарканье может встречаться при: a. приступе бронхиальной астмы b. хроническом обструктивном бронхите c. крупозной пневмонии d. гидротораксе	c
23.	Эмфизема легких характеризуется a. усилением везикулярного дыхания b. коробочным оттенком перкуторного звука c. бронхиальным дыханием d. притупление перкуторного звука	b
24.	При обострении атопической бронхиальной астмы в крови может наблюдаться повышение a. IgE b. IgG c. IgA d. IgM	a
25.	Наличие дыхательной недостаточности подтверждает a. компьютерная томография b. исследование функции внешнего дыхания (ФВД) c. бронхография d. эхокардиография	b

26.	Причинами обструктивной дыхательной недостаточности являются a. тромбоэмболия легочной артерии b. пневмоторакс c. бронхиальная астма d. Пиквикский синдром	c
27.	Синдром ночного апноэ характерен для a. больных с бронхиальной астмой b. больных с тяжелой пневмонией c. пациентов с дефицитом массы тела d. пациентов с ожирением	d
28.	Ожирение является фактором риска развития a. обструктивного апноэ сна b. хронической обструктивной болезни легких c. бронхиальной астмы d. интерстициальной пневмонии	a
29.	Плевральный выпот характеризуется a. усилением голосового дрожания на стороне поражения b. сухими хрипами c. ослаблением голосового дрожания на стороне поражения d. перебоями в работе сердца	c
30.	Боли в грудной клетке, усиливающиеся при движении тела, дыхании и кашле, ослабевающие в положении на больном боку, возникают при: a. сухом плеврите b. бронхоэктатической болезни c. абсцессе легкого d. хроническом бронхите	a
31.	Причинами рестриктивной дыхательной недостаточности являются a. бронхиальная астма b. хронический обструктивный бронхит c. бронхиолит d. плевральный выпот	d
32.	Для респираторного дистресс-синдрома характерна a. гипоксемия b. гиперкапния c. гиперкалиемия d. гипонатриемия	a
33.	Обструктивное апноэ сна характеризуется остановкой дыхания a. более 10 сек b. до 3 сек c. до 10 сек d. более 3 минут	a
34.	Синдром Пиквика характеризуется a. ожирением, артериальной гипотонией, анемией b. ожирением, сонливостью, апноэ сна c. ожирением, диспепсией, бронхиальной астмой d. анорексией, сонливостью, апноэ сна	b
35.	Основным клиническим проявлением синдрома обструктивного апноэ является a. сухой кашель b. приступы удушья c. одышка d. громкий храп	d

36.	Для диагностики синдрома обструктивного апноэ сна используется a. компьютерная томография головного мозга b. магнитно резонансная томография головного мозга c. полисомнография d. реоэнцефалография	c
37.	Основным методом лечения обструктивного апноэ сна является a. гормональная терапия b. CPAP-терапия c. терапия муколитиками d. терапия дыхательными аналептиками	b
38.	Основным методом лечения тяжелого острого респиратного дистресс-синдрома взрослых является a. искусственная вентиляция легких с обогащенной кислородом смесью b. искусственная вентиляция легких без обогащения кислородом c. диуретическая терапия d. терапия глюкортокостероидами	a
39.	К факторам риска внебольничной пневмонии, ассоциированным с энтеробактериями и анаэробами, относят a. подтверждённую или предполагаемую аспирацию b. тесный контакт с домашними животными (например, работа на ферме) c. контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды d. недавнее (≤ 2 нед) морское путешествие/проживание в гостинице	a
40.	К факторам риска внебольничной пневмонии Legionella pneumophila, относят a. подтверждённую или предполагаемую аспирацию b. контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды c. внутривенное введение наркотиков d. тесный контакт с домашними животными (например, работа на ферме)	b
41.	Отставание поражённой стороны грудной клетки при дыхании, усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука над пораженным участком лёгкого является характерным для a. пневмонии b. бронхиальной астмы c. эмфиземы d. идиопатического лёгочного фиброза	a
42.	Нормальный уровень d-димера в сыворотке крови с высокой вероятностью исключает a. полисегментарную пневмонию b. компрессионный ателектаз лёгкого c. инфильтративный туберкулёз лёгких d. тромбоэмболию лёгочной артерии	d
43.	При уремическом плеврите в сыворотке крови тмечается повышение a. глюкозы b. общего холестерина c. азота мочевины d. общего билирубина	c
44.	Хилотораксом является прогрессирующее накопление_____в плевральной полости a. лимфы b. крови	a

	c. воздуха d. жидкости	
45.	Гемотораксом называют накопление в плевральной полости a. лимфы b. крови c. воздуха d. жидкости	b
46.	К органам-мишеням у больных артериальной гипертензией относят a. почки, сердце, селезенку b. сердце, почки, сосуды c. сосуды головного мозга d. печень, почки, сердце	b
47.	Для хронической левожелудочковой сердечной недостаточности характерно: a. отеки конечностей b. увеличение печени c. одышка при физической нагрузке d. брадикардия	c
48.	Для болевого синдрома при стабильной стенокардии напряжения наиболее характерно: a. внезапное возникновение b. нарастание боли в покое c. эффект от применения нитратов d. появление патологического Q зубца на ЭКГ	c
49.	Основным методом в диагностике неосложненного инфаркта миокарда на догоспитальном этапе является: a. ЭКГ b. Эхокардиография c. Аускультация сердца d. Сбор жалоб и анамнеза заболевания	a
50.	Наиболее специфичным для острого инфаркта миокарда является повышение в крови уровня: a. Трансаминаз (АЛТ, АСТ) b. Лактатдегидрогеназы (ЛДГ) c. Креатинфосфокиназы (КФК), МВ-КФК d. Тропонинов I и T	d
51.	Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является: a. асистолия желудочков b. фибрилляция желудочков c. желудочковая бигимения d. атриовентрикулярная блокада II степени	b
52.	Самой частой причиной острого легочного сердца является: a. пневмония b. астматический статус c. тромбоэмболия легочной артерии d. инфаркт миокарда	c
53.	Для острого перикардита не характерно: a. брадикардия b. повышение температуры тела c. боль за грудиной d. дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании	a
54.	При инфекционном эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:	c

	a. ампициллина b. тетрациклина c. амфотерицина В d. канамицина	
55.	Имплантация кардиостимулятора показана: a. всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла b. только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения) c. больным с атриовентрикулярной блокадой II степени d. больным с постоянной формой мерцательной аритмии	b
56.	Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является: a. вены нижних конечностей b. вены верхних конечностей c. вены таза d. левое предсердие	a
57.	Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является: a. эхокардиография b. сцинтиграфия миокарда c. радионуклидная вентрикулография d. ангиография	b
58.	Основным медикаментозным методом патогенетической терапии больных инфарктом миокарда, поступающих в первые 4-6 часов от начала заболевания, является: a. коронарная ангиопластика b. тромболитическая терапия c. аортокоронарное шунтирование d. внутривенная инфузия нитроглицерина	b
59.	Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются: a. вирусные b. стрептококковые c. грибковые d. микоплазменные	a
60.	Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод: a. аускультации b. рентгенографии c. электрокардиографии d. эхокардиографии	d
61.	При сдавливающем (констриктивном) перикардите: a. происходит снижение венозного давления и повышение артериального b. отмечается снижение артериального давления и повышение венозного c. артериальное и венозное давление существенно не меняются d. отмечается снижение артериального давления	b
62.	При лечении артериальной гипертонии у больных пожилого возраста наиболее целесообразно использование: a. петлевых диуретиков b. антагонистов имидазолиновых рецепторов c. антагонистов кальция	c

	d. бета-блокаторов	
63.	Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов фибрилляции предсердий является: a. ахинидин b. новокаинамид c. кордарон d. анаприлин	c
64.	Факторами риска сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертензий являются: a. гиперпротеинемия b. повышение уровня С-реактивного белка c. гипертриглицеридемия d. гипокалиемия	c
65.	Критериями артериальной гипертензии являются: a. уровень систолического давления 140 мм рт.ст. и выше, или диастолического давления 90 мм рт.ст. и выше b. повышение систолического давления выше 120 мм рт.ст. или диастолического давления больше 80 мм рт.ст. c. повышение систолического давления выше 160 мм рт.ст. или диастолического давления больше 95 мм рт.ст.	a
66.	Для вариантной (вазоспастической) стенокардии характерно: a. появление ангинозной боли за грудиной при значительной физической нагрузке b. возникновение боли за грудиной в ранние утренние часы или ночью c. отсутствие изменений на ЭКГ d. иррадиация боли в левую руки	b
67.	К ЭКГ-признаком острого инфаркта миокарда относят a. удлинение интервала P-Q b. инверсия зубца Т c. расширение комплекса QRS d. подъем сегмента S-T, появление патологического зубца Q	d
68.	Атеросклероз характеризуется поражением a. артерий эластического и мышечно-эластического типа b. вен c. артериол d. мелких артирий	a
69.	К модифицируемым факторам риска развития атеросклероза относится a. сахарный диабет 2-го типа b. возраст c. мужской пол d. отягощенная наследственность	a
70.	Болевой синдром при инфаркте миокарда обычно сопровождается: a. чувством страха, слабостью, повышенным потоотделением b. брадикардией, сухостью кожных покровов c. повышением температуры тела d. усиливается при глубоком дыхании	a
71.	Наиболее частой и основной причиной инфаркта миокарда является: a. атеросклероз коронарных артерий, осложненный тромбозом b. спазм коронарных артерий c. эмболии коронарных артерий d. сдавление коронарных артерий расслаивающей аневризмой аорты	a
72.	К признакам хронической левожелудочковой недостаточности относят	a

	a. положение больного «ортопноэ» b. гепатомегалию c. отеки нижних конечностей d. брадикардию	
73.	Для хронической правожелудочковой недостаточности характерны a. одышка при физической нагрузке b. кашель с выделением кровянистой мокроты c. тяжесть и боли в правом подреберье d. приступы стенокардии в покое	c
74.	Увеличение пульсового давление наблюдается при a. тиреотоксикозе b. артериальной гипотонии c. реноваскулярной артериальной гипертензии d. систолической артериальной гипертензии	d
75.	Проявлением постинфарктного синдрома Дресслера является a. отек легкого b. перикардит c. разрыв межжелудочковой перегородки d. фибрилляция желудочков	b
76.	К поздним осложнениям инфаркта миокарда относятся a. кардиогенный шок b. тромбоэмболические осложнения c. нарушения ритма и проводимости d. постинфарктный аутоиммунный синдром Дресслера	d
77.	Для болевого синдрома при стенокардии напряжения характерно a. продолжительность боли 1-2 часа b. ноющие боли в области верхушки сердца c. усиление боли в покое d. сжимающие, давящие боли за грудиной при физической нагрузке	d
78.	Наиболее ранним биохимическим маркером ишемического повреждения миокарда являются a. лактатдегидрогеназа b. сердечные тропонины c. аспартатаминотрансфераза d. креатинкиназа	b
79.	Для хронической сердечной недостатончости характерно повышение в сыворотке уровня a. мозгового натрийуретического пептида b. сердечных тропонинов c. лактатдегидгогеназы d. аспартатаминотрансферазы	a
80.	Признаки вариантной вазоспастической стенокардии Принцметала: a. приступ возникает при физической нагрузке b. при приступе регистрируется подъем сегмента ST c. при приступе регистрируется депрессия сегмента ST d. приступы возникают преимущественно в дневное время	b
81.	Болевой синдром при инфаркте миокарда обычно сопровождается: a. чувством страха, слабостью, повышенным потоотделением b. брадикардией, сухостью кожных покровов c. повышением температуры тела d. усиливается при глубоком дыхании	a
82.	Наиболее частой и основной причиной инфаркта миокарда является:	a

	a. атеросклероз коронарных артерий, осложненный тромбозом b. спазм коронарных артерий c. эмболии коронарных артерий d. сдавление коронарных артерий расслаивающей аневризмой аорты	
83.	Синдром Морганьи-Эдамса-Стокса может наблюдаться при: a. частой желудочковой экстрасистолии b. фибрилляции предсердий c. полной атриовентрикулярной блокаде d. блокаде левой ножки пучка Гиса	c
84.	Целевой уровень холестерина крови: a. 6 ммоль/л b. 5 ммоль/л c. 7 ммоль/л d. 6,5 ммоль/л	b
85.	Наиболее прогностически опасной сердечной аритмией является a. наджелудочковая экстрасистолия b. желудочковая экстрасистолия c. суправентрикулярная тахикардия d. желудочковая тахикардия	d
86.	Основным методом диагностики безболевой ишемии миокарда является a. ЭКГ в покое b. эхокардиография c. суточное мониторирование ЭКГ d. компьютерная томография сердца	c
87.	Классической триадой симптомов хронической сердечной недостаточностиявляются: a. боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка b. чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение c. одышка, слабость и отеки ног d. приступы одышки в ночное время, кашель и сердцебиение	c
88.	Для стенокардии напряжения III ФК характерно a. возникает при ходьбе на расстояние менее 100м b. возникает обычно в покое c. проявляется подъемом сегмента ST на ЭКГ d. причиной болей является коронароспазм	a
89.	Для лечении артериальной гипертонии у беременных абсолютно противопоказаны a. ингибиторы АПФ b. бета-блокаторы c. блокаторы кальциевых каналов d. диуретики	a
90.	Пациент с артериальной гипертензией 2 степени и сахарным диабетом 2 типа имеет _____риск сердечно-сосудистых осложнений a. низкий b. умеренный c. высокий d. очень высокий	d
91.	Для сердечной недостаточности характерно: a. брадикардия b. «ритм галопа» c. повышение сердечного выброса d. сухие хрипы в легких	б

92.	Антиатерогенными свойствами обладают a. ЛПВП b. ЛПОНП c. ЛПНП d. триглицериды	a
93.	Методом, подтверждающим наличие язвенного дефекта слизистой желудка является: a. УЗИ брюшной полости b. эзофагогастродуоденоскопия c. желудочное зондирование d. компьютерная томография грудной полости	b
94.	У 30 – летнего мужчины в течение месяца отмечаются ночные боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приема пищи. Два дня назад появился жидкий стул черного цвета. Какое обследование необходимо провести? a. рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки b. эзофагогастродуоденоскопия c. ректороманоскопия d. компьютерная томография органов брюшной полости	b
95.	Биохимическими показателями синтетической функции печени являются: a. АСТ, АЛТ b. гамма-ГТ, щелочная фосфатаза c. холинэстераза, альбумин, протромбин d. мочевина, креатинин	c
96.	Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является: a. рвота желчью b. урчание в животе c. вздутие живота d. рвота съеденной накануне пищей	d
97.	К биохимическим показателям синдрома холестаза относят: a. щелочную фосфотазу, гамаглютаминтранспептидазу b. аланинаминотрансферазу, аспартатаминотрансферазу c. холинэстеразу, альбумин, протромбин d. мочевину, креатинин	a
98.	Биохимическими показателям синдрома цитолиза являются: a. щелочная фосфотаза, гамаглютаминтранспептидаза b. аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза c. холинэстераза, альбумин, протромбин d. мочевина, креатинин	b
99.	К типичным симптомам гастроэзофагеальной рефлюксной болезни относят a. поносы b. боли в эпигастральной области c. метеоризм d. изжогу, отрыжку кислым содержимым желудка	d
100.	Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи наибольшее значение имеет: a. пероральная холецистография b. внутривенная холеграфия c. сцинтиграфия печени d. ретроградная панкреатохолангиография	d
101.	На печеночно-клеточную недостаточность указывают	c

	a. повышение активности гамма-глутаминтранспептидазы (Г-ГТ) и щелочной фосфатазы сыворотки b. повышение активности печеночных ферментов аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) c. снижение уровня альбумина и холинэстеразы сыворотки, удлинение протромбинового времени d. повышение уровня общего холестерина	
102.	К характерным признакам портальной гипертензии относят a. кожный зуд b. асцит c. увеличение печени d. желтуху	b
103.	Кожный зуд при заболеваниях печени обусловлен повышением в крови уровня: a. прямого билирубина b. желчных кислот c. холестерина d. мочевины	b
104.	Стриктура пищевода обычно обусловлена: a. пептической язвой пищевода b. хронической пневмонией c. язвенной болезнью d. катаральным рефлюкс-эзофагитом e. ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	a
105.	Пищевод Баррета это a. грибковое поражение пищевода при ВИЧ-инфекции b. варикозно-расширенные вены пищевода c. метаплазия многослойного плоского эпителия пищевода в цилиндрический предраковый d. стриктуры пищевода после отравления кислотами и щелочами	c
106.	Геморрагический синдром у больных циррозом печени является следствием: a. гипоальбуминемии b. гиперэстрогенемии c. снижения уровня протромбина d. гипербилирубинемии	c
107.	При обострении хронического панкреатита в сыворотке крови повышается активность a. аминотрансфераз b. амилазы c. щелочной фосфатазы d. лактатдегидрогеназы	b
108.	К малым «печеночным» признакам хронического заболевания печени относят a. сосудистые звездочки или телеангиэктазии b. желтуху c. спленомегалию d. асцит	a
109.	Основным скрининговым маркером хронического гепатита в является a. HBsAg b. HBeAg	a

	c. anti-HBc-IgG d. anti-HBs	
110.	Фактором риска развития энцефалопатии при хронических заболеваниях печени является a. повышенное потребление жидкости b. пониженное потребление животных белков c. форсированный диурез d. прием лактулозы	c
111.	Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является: a. развитие сахарного диабета b. снижение функции внешней секреции (гипоферментемия) c. желтуха d. повышение активности аминотрансфераз e. гепатомегалия	b
112.	Печеночная энцефалопатия может развиться при: a. синдроме Жильбера b. гемангиомах печени c. обострении хронического холецистита d. остром алкогольном гепатите	d
113.	В дифференциальной диагностике между язвенной болезнью и раком желудка наиболее важным является: a. рентгенологическое исследование b. УЗИ органов брюшной полости c. исследование кала на скрытую кровь d. эндоскопическое исследование с биопсией	d
114.	Наиболее частой причиной развития острого панкреатита являетсч a. злоупотребление алкоголем b. дивертикулез c. ожирение d. цирроз печени	a
115.	Рецидивирующее течение хронического панкреатита чаще всего обусловлено a. желчнокаменной болезнью b. язвенной болезнью желудка c. хроническим колитом d. гастритом	a
116.	Современная противовирусная терапия хронического гепатита С включает: a. пегилированные интерфероны и рибавирин b. препараты глицирризиновой кислоты c. препараты прямого противовирусного действия d. препараты расторопши	c
117.	К клиническим проявлениям печеночной энцефалопатии относятся: a. инверсия сна, раздражительность, изменение почерка b. асцит, спленомегалия, варикозно-расширенные вены пищевода, «голова медузы» c. снижение массы тела, увеличение околоушных желез, телеангиоэктазии d. полиурия, повышенная жажда, гипотония, брадикардия	a
118.	Для скрининга на гепатоцеллюлярную карциному применятся исследование содержания в сыворотке крови a. альфа-фетопротеина b. нейронспецифическая енолазы c. альфа1-антитрипсин	a

	d. раково-эмбриональный антиген (РЭА)	
119.	Ульцерогенным действием обладают: a. глюкокортикоиды b. противотуберкулезные препараты c. антибиотики d. холинолитики	a
120.	Приступообразные боли в правом подреберье чаще всего наблюдаются при: a. циррозе печени b. желчнокаменной болезни c. наследственной доброкачественной гипербилирубинемии d. абсцессе печени	b
121.	Отвращение к мясным блюдам свойственно больным: a. хроническим гастритом b. язвенной болезнью желудка c. язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки d. раком желудка	d
122.	Повышение уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови свидетельствует о развитии a. острого вирусного гепатита b. алкогольного цирроза печени c. рака печени d. первичного склерозирующего холангита	c
123.	У больного с циррозом печени появилась сонливость, усилилась желтуха, уменьшилась в размерах печень, изо рта появился сладковатый печеночный запах, через некоторое время - потеря сознания, дыхание Куссмауля. Какое осложнение развилось у больного? a. холестаз b. печеночная кома c. желудочно-кишечное кровотечение d. рак печени	b
124.	Для синдрома Жильбера характерны a. конъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АЛТ, АСТ b. конъюгированная гипербилирубииемия; нормальный уровень АЛТ, АСТ c. неконъюгированная гипербилирубинемия, увеличение АЛТ, АСТ d. неконъюгированная гипербилирубинемия, нормальный уровень АЛТ, АСТ	d
125.	Для нефротического уровня характерна протеинурия a. до 1 г/сут b. 1-2 г/сут c. 2-3 г/сут d. 3 г/сут и более	d
126.	Проба Нечипоренко это a. определение числа лейкоцитов и эритроцитов в моче за сутки b. определение числа лейкоцитов и эритроцитов в моче за минуту c. определение относительной плотности мочи d. определение числа лейкоцитов,эритроцитов, цилиндров в 1 мл мочи	d
127.	Наиболее частой причиной острого гломерулонефрита является a. стрептококковая инфекция b. переохлаждение c. вакцинация d. инсоляция	a
128.	Лейкоцитурия и лихорадка является наиболее характерным симптомом	a

	a. пиелонефрита b. гломерулонефрита c. нефролитиаза d. поликистоза	
129.	Причиной нефротического синдрома является: a. поликистоз почек b. нефроптоз c. пиелонефрит d. гломерулонефрит	d
130.	При проведении пробы Зимницкого необходимо: a. соблюдать строгую диету с исключением соли b. ограничить физическую активность c. исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим) d. ограничить употребление белковой пищи	c
131.	Остронефритический синдром характеризуют: a. отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия b. артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия c. артериальная гипертензия, отеки, гематурия d. протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия e. артериальная гипертензия, азотемия, анемия	c
132.	Протеинурия, гипопротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерна для: a. острого гломерулонефрита b. пиелонефрита c. почечно-каменной болезни d. цистита	a
133.	Величина скорости клубочковой фильтрации в норме составляет a. 50-60 мл/мин b. 70-80 мл/мин c. 80-120 мл/мин d. 120-160 мл/мин	d
134.	Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является: a. повышение содержания мочевины в крови b. повышение содержания креатинина в крови c. гиперфосфатемия d. гиперкалиемия e. гиперурикемия	d
135.	Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня: a. мочевины b. креатинина c. калия d. мочевой кислоты	b
136.	Основной причиной анемии при хронической почечной недостаточности является a. нарушение синтеза эритропоэтина b. гематурия c. дефицит железа d. дефицит фолиевой к-ты e. кровотечения	a

137.	Перикардит наиболее часто осложняет: a. нефротический синдром b. остронефритический синдром c. терминальную хроническую почечную недостаточность d. интерстициальный нефрит e. мочевую инфекцию	c
138.	Для выявления снижения скорости клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите используют a. проба Нечипоренко b. проба Зимницкого c. проба Реберга-Тареева d. проба Аддиса-Каковского	c
139.	Осложнения нефротического синдрома включают: a. отек легких b. повышенная кровоточивость c. склонность к инфекционным осложнениям d. гиперкалиемию	c
140.	О раннем поражении почек при артериальной гипертензии свидетельствует a. увеличение размеров почек по данным УЗИ b. микроальбуминурия c. повышение уровня креатинина крови d. снижение относительной плотности мочи	b
141.	О развитии хронической болезни почек при артериальной гипертензии свидетельствует a. увеличение размеров почек по данным УЗИ b. микроальбуминурия c. снижение скорости клубочковой фильтрации d. повышение относительной плотности мочи	c
142.	К клиническим признакам хронического тубулоинтерстициального нефрита относят: a. повышение скорости клубочковой фильтрации, протеинурию более 2 г/сут b. стойкую бактериурию, лейкоцитурию c. стойкое снижение относительной плотности мочи, никтурию, протеинурию менее 1-2 г/сут d. стойкое снижение относительной плотности мочи, протеинурию более 2 г/сут, повышение креатинина крови	c
143.	К факторам прогрессирования хронической болезни почек относят: a. внутриклубочковую гипертензию, гиперхолестеринемию, гипергликемию b. артериальную гипотензию, гипогликемию c. повышение уровня креатинина, гиперкалиемию d. диспротеинемию	a
144.	Критерием хронической болезни почек 4 стадии является уровень клубочковой фильтрации: a. 30-59 мл/мин/1,73м² b. 60-89 мл/мин/1,73м² c. 15-29 мл/мин/1,73м² d. 0-15 мл/мин/1,73м²	c
145.	Критерием хронической болезни почек 2 стадии является уровень клубочковой фильтрации: a. 30-59 мл/мин/1,73м²	b

	b. 60-89 мл/мин/1,73м² c. 15-29 мл/мин/1,73м² d. 0-15 мл/мин/1,73м²	
146.	У больной 43 лет при обследовании в общем анализе мочи выявлены следующие изменения: реакция щелочная, удельный вес 1006, лейкоциты 50-60, эритроциты 2-3 в поле зрения. Указанные изменения могут соответствовать следующему заболеванию: a. пиелонефриту b. гломерулонефриту c. интерстициальному нефриту d. туберкулезу почек	a
147.	Осложнения нефротического синдрома включают: a. отек легких b. повышенную кровоточивость c. тромбозы d. гиперкалиемию	c
148.	Бактериурия является характерным признаком a. острого пиелонефрита b. мочекаменной болезни c. хронического гломерулонефрита d. острого гломерулонефрита	a
149.	Фактором риска развития пиелонефрита является a. беременность b. прием мочегонных препаратов c. физическая нагрузка d. сердечная недостаточность	
150.	К антибактериальным препаратам с нефротоксическим действием относят a. пенициллины b. макролиды c. аминогликозиды d. фторхинолоны	c
151.	Критериями диагностики хронической болезни почек: a. наличие признаков повреждения почек (альбуминурия, гематурия) при скрининговом обследовании пациента (выявлено впервые) b. выявление признаков снижения СКФ менее 60 мл/мин впервые при диспансерном обследовании c. наличие признаков повреждения почек в течение более 3 мес. и/или СКФ < 60 мл/мин в течение 3 месяцев d. наличие лейкоцитурии в течение более 3 мес	c
152.	Заключение о наличии анемии основывается на данных результатов определения: a. концентрации гемоглобина и величины гематокрита b. концентрации гемоглобина и величины СОЭ c. количества эритроцитов и величины цветового показателя d. количества тромбоцитов и величины СОЭ	a
153.	Повышение уровня ретикулоцитов в периферической крови характерно для: a. хронической кровопотери b. апластической анемии c. В12 и фолиеводефицитной анемии d. гемолитической анемии	d
154.	К симптомам анемии относятся: a. одышка, бледность	a

	b. кровоточивость, боли в костях c. увеличение селезенки, лимфатических узлов d. тремор кистей	
155.	Гипорегенераторный характер анемии указывает на: a. наследственный сфероцитоз b. аплазию кровотворения c. недостаток железа в организме d. аутоиммунный гемолиз	b
156.	К гипохромным анемиям относится a. железодефицитная анемия b. анемия хронических заболеваний c. анемия при хронической почечной недостаточности d. апластическая анемия	a
157.	Для В12-дефицитной анемии характерно: a. микроцитоз, гипохромия эритроцитов b. спленомегалия c. макроцитоз, гиперхромия эритроцитов d. извращение вкуса (pica chlorotica)	c
158.	К нормохромным анемиям относится a. анемия при хронической почечной недостаточности b. железодефицитная анемия c. анемия, связанная с нарушением синтеза порфиринов d. анемия, обусловленная дефицитом витамина В12	a
159.	Самой частой причиной железодефицитной анемии и у мужчин является: a. кровопотеря из желудочно-кишечного тракта b. гломусные опухоли c. алкогольный гепатит d. гематурическая форма гломерулонефрита e. рак почки	a
160.	Для лечения дефицита железа следует назначить: a. препараты железа внутривенно в сочетании с мясной диетой b. препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно c. регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой d. препараты железа внутрь на длительный срок e. препараты железа внутрь курсами по 3 месяца два раза в год	d
161.	Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии: a. гиперхромия эритроцитов b. микроцитоз эритроцитов c. глюкозурия d. гиперурикемия e. лейкоцитоз	a
162.	К мегалобластным анемиям относится a. фолиеводефицитная анемия b. анемия хронических заболеваний c. анемия при хронической почечной недостаточности d. апластическая анемия	a
163.	Признаком фунникулярного миелоза являются a. парестезии b. кожный зуд c. сухость кожных покровов	a

	d. извращение вкуса	
164.	Для железодефицитной анемии характерны a. макроцитоз, гиперхромия эритроцитов b. микроцитоз, гипохромия эритроцитов c. ретикулоцитоз d. мишеневидные эритроциты	b
165.	Основным лабораторным показателем, отражающим запасы железа в организме, является a. ферритин b. сывороточный уровень железа c. % насыщения трансферрина железом d. трансферрин	a
166.	Изменения костного мозга при В-12 дефицитной анемии характеризуются a. нормобластический тип кроветворения b. уменьшение количества мегакариоцитов c. мегалобластоз d. миелоидная метаплазия	c
167.	Для В-12 дефицитной анемии характерны a. гипохромия и микроцитоз b. низкий уровень ферритина в сыворотке к крови c. лейкоцитоз, тромбоцитоз d. признаки неэффективного эритропоэза – мегалобластоз костного мозга	d
168.	В12-дефицитная анемия является: a. гиперхромной, гиперрегенераторной, макроцитарной b. гиперхромной, гипорегенераторной, микроцитарной c. гипохромной, гипорегенераторной, макроцитарной d. гиперхромной, гипорегенераторной, макроцитарной	d
169.	Критерием эффективности лечения В-12 дефицитной анемии является a. бластный криз b. ретикулоцитарный криз c. эритроцитарный криз d. лейкоцитарный криз	b
170.	Наиболее характерным признаком дефицита железа в организме является: a. снижение насыщения железом трансферррина сыворотки крови b. ретикулоцитоз c. снижение уровня гемоглобина d. снижение количества эритроцитов e. снижение ферритина сыворотки	e
171.	Анемия сопровождается следующими клиническими признаками: a. слабостью, одышкой, тахикардией, систолическим шумом на верхушке сердца b. одышкой, брадикардией, акцентом 2-го тона над аортой c. слабостью, одышкой, тахикардией, диастолическим шумом на верхушке сердца d. одышкой, тахикардией, акцентом 2-го тона над легочной артерией	a
172.	При железодефицитной анемии характерны изменения языка: a. “лакированный”, малиновый язык b. атрофических глоссит c. географический язык d. следы зубов на языке	b
173.	У больного выявлена нормохромная, гиперрегенераторная анемия. Ваш предположительный диагноз:	a

	a. гемолитическая анемия b. железодефицитная анемия c. сидеробластная анемия d. В-12 дефицитная анемия	
174.	Ревматоидный артрит относится к ____ заболеваниям суставов a. дегенеративным b. воспалительным c. метаболическим d. реактивным	b
175.	Тофусы представляют собой a. отложение в тканях холестерина b. отложение в тканях солей мочевой кислоты c. остеофиты d. уплотнение подкожной клетчатки	b
176.	Заболеванием, ассоциированым с наибольшим риском развития переломов считают a. остеопороз b. ревматоидный артрит c. остеоартроз d. подагру	a
177.	Для купирования острого приступа подагры показан a. аллопуринол b. колхицин c. фебуксостат d. бензбромарон	b
178.	Для воспалительного «ритма» суставного синдрома характерно a. уменьшение боли в покое b. увеличение выраженности болевого синдрома при движениях c. утренняя скованность менее 30 минут d. усиление болей в ночное и утреннее время	d
179.	При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса: a. тазобедренные суставы b. коленные суставы c. дистальные межфаланговые суставы кистей d. плечевые суставы e. голеностопные суставы	a
180.	Положительный эффект от ежечастного приема колхицина внутрь является общепринятым диагностическим тестом при: a. ревматоидном артрите b. болезни Бехтерева c. подагре d. болезни Рейтера	c
181.	Для сахарного диабета 2 типа характерно a. начало заболевания в молодом возрасте b. требует постоянного лечения инсулином c. обычно возникает на фоне ожирения d. течение диабета сопровождается развитием кетоацидоза	c
182.	Для гипотиреоза характерно: a. повышение уровня ТТГ и снижение свободного Т4 b. снижение уровня ТТГ и нормальный уровень свободного Т4 c. повышение уровня ТТГ и свободного Т4	a

	d. повышение уровня ТТГ и нормальный уровень свободного Т4	
183.	Клинически тиреотоксикоз проявляется a. тахикардией, экстрасистолией b. брадикардией, экстрасистолией c. увеличением массы тела d. ортостатической гипотензией	a
184.	Клинически тиреотоксикоз проявляется a. сонливостью, заторможенностью, быстрой утомляемостью b. ожирением при снижении аппетита c. быстрой утомляемостью, повышенной возбудимостью d. замедлением скорости рефлексов	c
185.	Клинически гипотиреоз проявляется a. увеличением массы тела при сниженном аппетите b. снижением массы тела при повышенном аппетите c. повышенной возбудимостью, плаксивостью d. субфебрилитетом, потливостью, горячей кожей	a
186.	Клинически синдром гипотиреоза проявляется a. запорами b. тахикардией c. снижением массы тела d. повышением аппетита	a
187.	Клинически синдром гипергликемии проявляется a. сухостью во рту, жаждой, полидипсией b. замедлением речи, снижением памяти, деменцией c. микседематозным отеком, гирсутизмом d. субфебрилитетом, потливостью, горячей кожей	a
188.	Обследование при сахарном диабете должно включать в себя исследование a. гликированного гемоглобина b. карбоксигемоглобина c. восстановленного гемоглобина d. оксигемоглобина	a
189.	Лабораторным признаком гипотиреоза является a. снижение уровня тиреотропного гормона b. повышение уровня тиреотропного гормона c. повышение концентрации свободного Т4 d. повышение концентрации свободного Т3	b
190.	Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики: a. гипоталамического синдрома и синдрома Кушинга b. болезни и синдрома Кушинга c. ожирения и болезни Кушинга d. ожирения и гипоталамического синдрома	b
191.	Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как: a. эпидемический зоб b. эндемический зоб c. спорадический зоб d. диффузный токсический зоб	b
192.	Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом: a. стеатоза печени b. гепатита	a

	c. цирроза d. сердечной недостаточности e. диабетической нефропатии	
193.	Целью определения в крови гликозилированного гемогобина является a. диагностика диабетической нефропатии b. оценка степени компенсации сахарного диабета c. диагностика диабетического кетоацидоза d. диагностика макроангиопатий	b
194.	Для сахарного диабета I типа характерно a. диабет чаще возникает в пожилом возрасте b. требует постоянного лечения инсулином c. обычно возникает на фоне ожирения d. часто сопровождает рак поджелудочной железы	b
195.	Для сахарного диабета 1 типа характерно a. абсолютный дефицит инсулина b. относительный дефицит инсулина c. манифестация в возрасте 40 лет и старше d. повышенная масса тела	a
196.	Характерным клиническим проявлением тиреотоксикоза является a. повышение массы тела b. стойкая тахикардия c. сонливость d. запоры	b
197.	Для гипотиреоза характерно: a. повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и снижение уровня свободного тироксина (Т4) b. снижение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и нормальный уровень свободного тироксина (Т4) c. снижение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и повышение уровня свободного тироксина (Т4) d. повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и нормальный уровень свободного тироксина (Т4)	a
198.	Для определения функции щитовидной железы наиболее информативно a. ультразвуковое исследование щитовидной железы b. определение в крови уровня тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3) c. определение в крови антител к тиреоглобулину d. определение в крови антител к тиреопероксидазе	b
199.	Ранним признаком диабетической нефропатии является a. микроальбуминурия b. протеинурия c. глюкозурия d. гипергликемия	a
200.	Для сахарного диабета 2 типа характерно a. снижение количества инсулиновых рецепторов b. наличие аутоантител к антигенам бета-клеток поджелудочной железы c. жизненная потребности в инсулинотерапии d. чаще сниженная масса тела	a

Экзаменационные вопросы.

1. Пневмонии: клиническая классификация, этиология и патогенез, клиническая картина, оценка тяжести течения, осложнения, диагностика, принципы лечения.
2. Бронхиальная астма. Современная клиническая классификация. Клинические проявления, осложнения. Диагностика. Принципы лечения. Астматический статус.
3. Хроническая обструктивная болезнь легких: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
4. Интерстициальные заболевания легких. Классификация. Клинические проявления. Методы диагностики. Принципы лечения.
5. Плеврит: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, лабораторные и инструментальные методы диагностики.
6. Пневмоторакс: причины, классификация, клинические проявления, инструментальные методы диагностики, принципы лечения.
7. Нагноительные заболевания легких (бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого). Этиология и патогенез. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Принципы лечения.
8. Дыхательная недостаточность. Определение. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Принципы лечения.
9. Синдром обструктивного апноэ сна. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
10. Атеросклероз: факторы риска развития и прогрессирования атеросклероза. Этиология дислипидемий. Диагностика липидных нарушений. Оценка сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE. Принципы лечения.
11. Ишемическая болезнь сердца: определение, клиническая классификация. Принципы диагностики, методы лечения.
12. Стенокардия напряжения: определение, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Принципы лечения.
13. Острый коронарный синдром. Определение. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Методы диагностики.
14. Инфаркт миокарда: универсальное определение, типы (классификация), клинические варианты течения острого периода. Диагностика. Принципы лечения.
15. Острая ревматическая лихорадка: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения. Хроническая ревматическая болезнь сердца.
16. Клапанные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Методы диагностики. Осложнения. Основные принципы лечения.
17. Митральные пороки сердца: этиология, патогенез, клинические проявления, методы диагностики. Принципы лечения.
18. Аортальные пороки сердца: этиология, патогенез, клинические проявления, методы диагностики. Принципы лечения.
19. Инфекционный эндокардит. Современная классификация. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
20. Нарушения сердечного ритма: классификация, этиология. Клинические проявления. Диагностика на примере фибрилляции предсердий. Принципы лечения.
21. Гипертоническая болезнь: определение, клиническая картина, осложнения. Методы диагностики. Стратификация факторов риска. Принципы лечения. Гипертонический криз.
22. Вторичные артериальные гипертензии. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
23. Миокардиты: этиология, классификация, диагностика, принципы лечения.
24. Кардиомиопатии: классификация, клинические проявления, методы диагностики, принципы лечения.

25. Перикардиты: этиология, классификация, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
26. Хроническая сердечная недостаточность. Этиологические факторы. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Методы диагностики. Принципы лечения.
27. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, патогенез. Клинические проявления, осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения.
28. Хронический гастрит. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Понятие о «функциональной диспепсии». Методы диагностики. Принципы лечения.
29. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: определение, классификация. Клинические проявления, осложнения. Инструментальные и лабораторные методы диагностики. Принципы лечения.
30. Целиакия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
31. Язвенный колит: патогенез, клиническая картина, лабораторные и инструментальные методы диагностики, осложнения. Принципы лечения.
32. Болезнь Крона: патогенез, клинические проявления (кишечные, внекишечные), осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения.
33. Хронические гепатиты. Этиология, патогенез. Клинические проявления (клинико-лабораторные синдромы). Диагностика, дифференциальная диагностика.
34. Хронический гепатит С. Факторы риска, патогенез. Клинические проявления (печеночные и внепеченочные), осложнения. Диагностика. Принципы лечения.
35. Аутоиммунный гепатит, клинико-лабораторная характеристика, диагностика. Принципы лечения.
36. Первичный билиарный цирроз (холангит): определение, патогенез, клиническая картина (печеночные синдромы). Лабораторные и инструментальные методы диаггностики. Принципы лечения.
37. Первичный склерозирующий холангит: определение, патогенез, клиническая картина (печеночные и внепеченочные проявления), осложнения. Лабораторные и инструментальные методы. Принципы лечения.
38. Цирроз печени. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина. Диагностика. Принципы лечения.
39. Болезнь Вильсона-Коновалова: этиология, патогенез, клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика, принципы лечения.
40. Алкогольная болезнь печени: клиническая картина, лабораторная, инструментальная диагностика, принципы лечения и профилактики.
41. Неалкогольная жировая болезнь печени: этиология, клиническая картина, лабораторная, инструментальная диагностика, принципы лечения и профилактики.
42. Хронический холецистит. Желчно-каменная болезнь. Этиология, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
43. Хронический панкреатит. Этиология, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
44. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Принципы лечения.
45. Хронический гломерулонефрит. Классификация. Этиология. Патогенез, факторы прогрессирования. Клиническая картина, осложнения. Диагностика. Принципы лечения.
46. Пиелонефрит. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Принципы лечения.
47. Тубулоинтерстициальный нефрит. Этиология и патогенез. Диагностика. Принципы лечения.
48. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит. Определение. Этиология и патогенез. Диагностика. Принципы лечения.

49. Хроническая болезнь почек. Определение. Этиология. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
50. Острое почечное повреждение: причины, формы, клинико-лабораторные признаки. Принципы лечения.
51. Системная красная волчанка. Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагностики. Принципы лечения.
52. Системная склеродермия. Клинические формы. Клиническая картина. Лабораторная диагностика. Диагностические критерии. Принципы лечения.
53. Идиопатические воспалительные миопатии (дерматомиозит, полимиозит). Клиническая картина, диагностические критерии. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Принципы лечения.
54. Системные васкулиты. Классификация. Клиническая картина. Принципы диагностики АНЦА-ассоциированных системных васкулитов. Основные подходы к лечению.
55. Ревматоидный артрит. Определение. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Особенности клинической картины. Критерии диагностики. Лечение. Понятие о базисной терапии. Прогноз.
56. Остеоартрит и остеоартоз: этиология, клинические особенности суставного синдрома при воспалительных итеопороз дегенеративных заболеваниях суставов. Диагностика. Принципы лечения
57. Остеопороз: этиология, факторы риска, патогенез, клинические проявления, методы лабораторной и инструментальной диагностики, принципы лечения.
58. Подагра: этиология, патогенез, клинические формы. Диагностика, принципы лечения.
59. Анемия железодефицитная: этиология, патогенез, классификация. Факторы риска, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
60. Мегалобластные анемии. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики. Принципы лечения.

Задачи.
Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Оцените данные клинического обследования.
3. Определите план обследования и лечения.

Задача 1. Больной Ж., 41 года, ювелир. В течение 15 лет злоупотреблял алкоголем, ежедневно принимая 250-500 мл водки. На протяжении последних 10 лет отмечал эпизоды диареи после приема алкоголя, сердцебиения; при обследовании найдено увеличение печени

Считает себя больным с момента, когда впервые (7 лет назад) появились отеки нижних конечностей и лица, увеличился в объеме живот. Госпитализирован по месту жительства: на фоне прекращения приема алкоголя и инфузионной терапии отмечались улучшение и стабилизация состояния больного. Однако через 9 мес, вернувшись к приему алкоголя, отметил появление нарастающей слабости, одышки, отеков нижних конечностей и лица, увеличение в объеме живота, выраженной желтушности кожных покровов и склер, повышение температуры тела до 38оС. При повторной госпитализации по месту жительства были выявлены заторможенность, инверсия сна, хлопающий тремор кистей, языка, губ, множественные телеангиэктазии, гинекомастия, контрактуры Дюпюитрена, faciesalcoholica, гипергидроз.

При обследовании: гемоглобин – 106 г/л, лейкоциты $10{,}5x10^9$/л, общий билирубин повышен в 20 раз, СОЭ 55 мм/ч, гепато- и спленомегалия (размеры печени по Курлову – 20/12-18-15 см); 10-кратный подъемом уровня γ-ГТ и небольшим подъемом уровня АЛТ и АСТ.

Задача 2. Больной 66 лет, (в прошлом водитель). Около 20 лет страдает гипертонической болезнью. Лечится не всегда адекватно, последние 5-6 лет появилась и стала нарастать одышка при физической нагрузке. Последний год присоединилась одышка в положении лежа (по ночам), вынужден вставать что облегчает дыхание.

При осмотре легкий цианоз губ, дыхание 20 в минуту. В легких жесткое дыхание, незвонкие влажные хрипы в нижних отделах. При перкуссии границы сердца смещены влево, на 1 см кнаружи от l. mediaclavicularis, тоны приглушены, акцент II тона над аортой, АД 165 и 100 мм рт. ст. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Задача.3 Больной К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза - эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,4С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задача 4. Больной С., 22 лет. Две недели назад перенес ангину. Жалобы при поступлении на тянущие боли в области поясницы, изменение цвета мочи (моча приобрела красноватый оттенок), отеки век.

Объективное обследование: кожные покровы бледные, пастозность век и лодыжек. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 160/110 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области слабо болезненно с обеих сторон.

В анализах крови: Hb 122 г/л, лейкоциты 5600 в мкл, СОЭ 32 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1018, белок 1,5г/л, эритроциты сплошь в п/зр, лейкоциты 7-8 в п/зр. Суточная протеинурия 0,8 г в сутки. Мочевина 7,9 ммоль/л, креатинин 102 мкмоль/л, антистрептокиназа О 625 ЕД (норма до 125). ЭКГ: ритм синусовый.

Задача 5. Больной Р., 50 лет, курильщик со стажем более 30 лет, финансовый аналитик, жалуется на частые головные боли, иногда сопровождающиеся тошнотой.
При осмотре: гиперстеник, ИМТ 32, АД 178/100 мм рт ст, ЧСС 90 в мин.
ЭХО-КГ: гипертрофия миокарда левого желудочка.
Глазное дно: ангиопатия сетчатки, венулы застойно расширены, артериолы спазмированы, извиты.
Биохимический анализ крови: общий холестерин 7,1 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л.

Задача 6. Больной 20 лет, учащийся. Заболел остро 2 дня назад: слабость, повышение температуры тела до 39°С с ознобом, болью в грудной клетке справа, кашель с отделением мокроты «ржавого» цвета.
При осмотре: бледен, частота дыхания 26 в мин, АД 105/60 мм рт ст, ЧСС 110 в мин. Над легкими дыхание везикулярное, ослабленное, в нижних отделах справа оно резко ослаблено, там же выслушиваются звонкие мелкопузырчатые хрипы .
В анализе крови: лейкоциты $12x10^9$/л, из них палочкоядерных 10%, сегментоядерных 60%, СОЭ 35 мм/ч.

Задача 7. Больная А., 30 лет, Беспокоят: общая слабость, головные боли, головокружение, одышка при ходьбе, сердцебиение, мелькание “мушек” перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (до 8 дней) менструации.
Объективно: температура $36,7^0$С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задача 8. Больной С., 46 лет, строитель, злостный курильщик, в прошлом неоднократно переносил воспалительные заболевания легких. В последние годы стал отмечать постепенно нарастающую одышку при физической нагрузке. При обследовании отмечается бочкообразная форма грудной клетки, коробочный перкуторный звук. Нижняя граница легких опущена по всем линиям на одно межреберье. Дыхание везикулярное, равномерно ослаблено справа и слева. Рассеянные сухие хрипы, особенно дискантовые на выдохе.
Спирометрия: ЖЕЛ 65%, ФЖЕЛ 67% , $ОФВ_1$ 56%, индекс Тиффно – 51%.

Задача 9. Больной К., 79 лет, доставлен в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на резкую слабость, одышку, кашель с трудно отделяемой ржавой мокротой. Заболел остро 3 дня тому назад, когда после переохлаждения появился озноб, температура повысилась до 39,3°, появились одышка и кашель. Через 12 часов развились боли в правой половине грудной клетки, усиливавшиеся на вдохе. Предпочитал лежать на правом боку. На 3 сутки появилась мокрота ржавого цвета.

При поступлении в клинику: акроцианоз, одышка до 42 дыхательных движений в минуту, вынужденное положение на правом боку. Справа ниже угла лопатки определяется тупой перкуторный звук, там же голосовое дрожание резко усилено, выслушиваются бронхиальное дыхание, мелкопузырчатые звонкие хрипы, шум трения плевры.

При рентгенологическом исследовании - интенсивное затемнение в нижней доле правого легкого, правый корень расширен. В анализе мокроты: лейкоциты покрывают все поле зрения, эритроциты 50-60 в поле зрения.

Задача 10. Больного К., 54 лет, беспокоят постепенно прогрессирующая слабость, похудение, ухудшение аппетита, чувство тяжести в верхней половине живота, больше справа. Периодически отмечает нарушения сна (бессонницу, сонливость днем). Около 10 лет злоупотреблял алкоголем.
При обследовании: кожные покровы бледные, сухие, кожа лица и шеи гиперемирована. Питание снижено. Подкожно-жировой слой почти отсутствует на конечностях и верхней половине туловища. На коже грудной клетки «сосудистые звездочки». Гинекомастия. Выпадение волос на лобке и в подмышечных впадинах. Живот равномерно увеличен в объеме. Над верхней частью живота отчетливый тимпанический перкуторный звук, над боковыми отделами - тупой. В положении на правом боку зона тимпанического звука смещается в левую половину живота, а зона тупого звука доходит до белой линии. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. В левом подреберье пальпируется край селезенки. Периферических отеков нет.
В анализах: Hb 106 г/л, MCV 104фл, лейкоциты 2,8х10^9/л, тромбоциты 98 х10^9/л; общий белок 74 г/л, альбумин 28 г/л, холинэстераза 2850 ед/л, протромбиновый индекс 66%, общий билирубин 2,4 мг/дл (норма менее 1,1 мг/дл), прямой билирубин 1,4 мг/дл (норма менее 0,4 мг/дл), АЛТ 56 ед/л, АСТ 106 ед/л, γГТ 246 ед/л, ЩФ 146 ед/л.

Задача 11. Мужчина 66 лет, длительно наблюдается с диагнозом: хронический атрофический гастрит. В течение последнего года пациент отмечает нарастающую слабость, снижение работоспособности, появление одышки при физической нагрузке, головокружение, чувство жжения в языке, онемение стоп.
При осмотре обращает на себя внимание бледно-желтушный цвет кожных покровов, легкая желтушность склер. Язык ярко красного цвета, гладкий с атрофированными сосочками.
В общем анализе крови: НЬ 90 г/л, ЦП 1,15, Эр 2,7 млн, MCV 102 фл, лейкоциты 3,8х х10^9/л, СОЭ 11 мм/час, анизоцитоз, пойкилоцитоз. В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание повышение уровня общего билирубина за счет непрямой фракции; АСТ, АЛТ, гамма-ГТ, сывороточное железо в пределах нормы.
Для уточнения этиологии анемии выполнена стернальная пункция. В стернальном пунктате - гиперплазия красного ростка, мегалобластный тип кроветворения.

Задача 12. Больная К., 25 лет, обратилась с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, одышку при небольшой физической нагрузке. Дважды за последнюю неделю теряла сознание. Из анамнеза больной: родилась недоношенным ребенком, отставала от сверстников в физическом развитии, менструации начались в 14-летнем возрасте. При обследовании: кожные покровы бледные, без признаков иктеричности. Над верхушкой сердца и легочной артерией выслушивается систолический шум. В анализе крови: Нв 66 г/л, цветовой показатель 0,6, эритроциты 3,2х10^{12}/л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты 0,8%, СОЭ 22 мм/час. Содержание железа в сыворотке крови 3,2 мкмоль/л (норма 8,9 - 30,4 мкмоль/л).

Задача 13. Больного С., 27 лет, в течение 9 лет периодически беспокоят приступы удушья при работе в библиотеке или при уборке помещения. При аллергологическом исследовании выявлена положительная реакция на домашнюю и книжную пыль. В межприступный период чувствует себя хорошо. При поступлении в клинику: положение больного вынужденное (фиксирован плечевой пояс), одышка с затрудненным выдохом, частота дыхательных движений 28 в мин. Дыхание везикулярное, ослабленное, выдох

удлинен, над всей поверхностью легких обилие рассеянных разнокалиберных сухих хрипов. В анализе крови: лейкоциты – $4,7x10^9$/л, эозинофилы - 8%, СОЭ - 8 мм/час.

Задача 14. Больной П., 58 лет, обратился к врачу в поликлинике с жалобами на сильные боли в верхней половине живота на протяжении 2 недель, возникающие преимущественно в ночное время суток, уменьшающиеся после приемы пищи, тошноту. Из анамнеза: впервые вышеописанные боли появились 16 лет назад и в дальнейшем появлялись в весенний или осенний период. Восемь лет назад во время очередного приступа в поликлинике была выполнена ЭГДС, выявлена язва желудка, проводилась противоязвенная терапия с временным эффектом. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ 23,7 мг/$м^2$, при поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной и околопупочной областях. При ЭГДС: желудок деформирован, на его задней стенке в проксимальном отделе имеется больших размеров (1,5 -2 см) глубокий дефект в виде кратера с приподнятыми краями, на дне – некроз, фибрин.

Задача 15. Больной А., 64 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.
Объективно: температура 36,9С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, умеренно болезненная при пальпации, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная при пальпации.

Задача 16. 65-летний пациент с жалобами на общую слабость, ощущение «ватных» стоп, плохой аппетит, неприятное ощущение в ротовой полости (чувство жжения в языке), одышку при физической нагрузке.
Отмечается умеренное увеличение печени и селезенки, бледность кожных покровов.
В анализе крови: гемоглобин 58 г/л, эритроциты $1,3x10^{12}$/л, ЦП 1,3, MCV 103 фл, лейкоциты $2,8x10^9$/л, п/я 8 %, с/я 46 %, лимфоциты 40 %, моноциты 5 %, эозинофилы 1%, ретикулоциты 2%о, СОЭ 35 мм/ч. Определяются гиперсегментация ядер нейтрофилов, базофильная пунктация эритроцитов, тельца Жолли и кольца Кебота в эритроцитах.

Задача 17. Больной Г., 45 лет, артист. Систематическое злоупотребление алкоголем до 1-1,5 литров крепких напитков в неделю в течение 15 лет. На протяжении последних 10 лет отмечал эпизоды диареи после приема алкоголя, сердцебиения; при обследовании найдено увеличение печени. Попытки лечения алкогольной зависимости были безуспешными.
Госпитализирован в клинику. При осмотре – желтуха, симптом «долларовой купюры», гигантский паротит, «поля» сосудистых звездочек в воротниковой зоне, яркая пальмарная эритема, гинекомастия, контрактуры Дюпюитрена; выявляется заторможенность, инверсия сна, хлопающий тремор кистей, Печень значительно увеличена (размеры по Курлову 30/22-20-20 см), нижний край ее плотный. Пальпируется селезенка, перкуторно

длинник 15 см. Определяется умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости.
В общем анализе крови – макроцитоз эритроцитов, лейкоциты - 13,0х10^9/л, СОЭ - 25 мм/ч. В сыворотке крови: АСТ - 28N, АЛТ - 21N, γ-ГТ - 30N, IgA - 1021 мг/дл, альбумин – 30 г/л (норма свыше 32), холинэстераза – 4000 МЕ (норма свыше 5600), протромбиновый индекс – 72% (норма свыше 80), мочевая кислота - 9,3 мг/дл (норма до 7,0), α-фетопротеин - 0,3 МЕ/мл (норма до 10). Сывороточные маркеры вирусов гепатита В и С отрицательные. При ЭГДС - эрозивный гастрит и эзофагит нижней трети пищевода, выявлены варикозно расширенные вены пищевода II степени.

Задача 18. Больной Т., 64 лет, интенсивно курит более 40 лет, пенсионер, ранее менеджер. В течение последних пяти лет больной дважды болел пневмонией, после чего периодически появлялся кашель со скудно отделяемой мокротой, отмечалось затруднение выдоха. Приступы удушья продолжались от нескольких минут до получаса. Во время приступа садился на край кровати, фиксируя плечевой пояс. Поступил в состоянии средней тяжести. Кожные покровы бледновато-сероватого цвета, слизистые цианотичны. Грудная клетка бочкообразной формы, над всеми легкими выслушивается большое количество высоких свистящих сухих хрипов, которые заглушают основной дыхательный шум.
Спирометрия: ЖЕЛ 45%, ФЖЕЛ 47%, $ОФВ_1$ 46%.

Задача 19. Больная 39 лет в течение 19 лет ежедневно принимала нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики по поводу головных болей. Жалобы на увеличение количества мочи в дневное и ночное время, повышение АД, тошноту, сухость кожи и кожный зуд, выраженную слабость, нарушение сна.
При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, со следами расчесов. Отеков нет. АД 150/110 мм рт. ст.
В общем анализе крови гемоглобин 105 г/л, Эр 2,9х109/л, Нт 32%, СОЭ 25 мм/ч. В общем анализе мочи: pH 7,0, удельный вес 1010, белок 0,2 г/л, эритроциты 40-50 в зр, лейкоциты 3-5 в п/зр. В б/х анализе крови: креатинин 245 мкмоль/л (норма 60-97), $СКФ_{CKD-EPI}$ 23 мл/мин/1,73 $м^2$, мочевина 21 ммоль/л, холестерин 8,2 ммоль/л.

Задача 20. Больной С., 46 лет, Жалобы на резкую слабость, головную боль, головокружение, онемение конечностей, чувство жжения в языке, одышку и сердцебиение при малейшей физической нагрузке. Из анамнеза выяснилось, что у больного 6 лет назад удален желудок по поводу новообразования.
Объективно: температура: 36,6^{0}С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, желтушная, язык темно-малиновый, гладкий, блестящий. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, пульс слабого наполнения и напряжения, 96 в мин., АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Задача 21. Больной, 38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» с подозрением на пищевое отравление. При поступлении жалуется па постоянную тошноту, рвоту после каждого приема пищи, сухость во рту. Ухудшение самочувствия возникло в последние дни без видимой причины. В течение последнего года заметил повышенную утомляемость, слабость, головокружение. Последние 3 года часто отмечалось повышение АД. В прошлом частые ангины. 12 лет назад проведена тонзилэктомия, после чего ангины прекратились. 10 лет назад в моче случайно был обнаружен белок, но больше по этому поводу не обследовался.
При осмотре: кожные покровы бледные, пониженного питания, одутловатость лица. Левая граница сердца расширена влево на 2 см. 1 тон ослаблен над верхушкой, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 88 в мин., АД 170/110 мм рт.ст. В нижних отделах легких жесткое дыхание.

Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника. Никтурия до 2-3 раз за ночь (большие порции).
Анализ крови: эритроциты 2,1 х 10^9, Нв 92 г/л, лейкоциты 7,2х10^9/л, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. Креатинин крови: 356 мкмоль/л.

Задача 22. Больной С., 60 лет, три года назад перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года его беспокоят пароксизмы мерцательной аритмии, периодически появляющиеся отеки нижних конечностей, одышка при физической нагрузке. Поступил в клинику в связи с выраженным усилением одышки, участившимися приступами тахиаритмии и увеличением живота в объеме.

Состояние средней тяжести. Цианоз кожных покровов. Число дыхательных движений 24 в минуту. При перкуссии легких тупой перкуторного звука ниже уровня V ребра с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС 90 в минуту, дефицита пульса нет. Живот увеличен в объеме, пупок несколько выбухает. В положении стоя определяется горизонтальный уровень тупого перкуторного звука, изменяющийся при изменении положения тела, нижний край печени определяется на 5 см ниже реберной дуги. Нижние конечности отечны.

Задача 23. Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, сердцебиение, отеки ног.
В течение 23 лет курит по пачке сигарет в день, инженер в строительной организации (офисная работа). В течение длительного времени беспокоит утренний кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, эпизоды лихорадки весной и осенью, лечился антибиотиками, отхаркивающими средствами с эффектом. В течение 5 лет отмечает нарастание одышки при физической нагрузке, последние 2 года – отеки конечностей, увеличивающиеся к вечеру.
При поступлении: полулежит в постели, цианотичный румянец щек, акроцианоз, отеки голеней и стоп. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 24 в мин, нижние границы легких опущены, подвижность легочного края ограничена, перкуторно над легкими коробочный звук. Дыхание ослаблено, выдох удлинен, над всей поверхностью легких выслушиваются сухие дискантовые и басовые хрипы, при аускультации над трахеей продолжительность выдоха 6 сек. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 100 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Положительный гепатоюгулярный рефлюкс. В общем анализе крови: гемоглобин 177г/л, эритроциты 6,0х10^{12}/л, лейкоциты 10,8х10^9/л, п/я 6%, с/я 89%, эоз 1%, лимф 4%, мон 7%, СОЭ 2 мм/ч. Гематокрит 60%. ФВД: ЖЕЛ 80%, проба Тиффно 53%, ОФВ1 - 58%. Газовый состав крови: рСО2 51 мм рт.ст., рО2 56 мм рт.ст. Рентгенологическое исследование: легкие эмфизематозны, усилен интерстициальный и сосудистый рисунок прикорневых отделов. Сердце увеличено в размерах за счет правого желудочка, выбухает дуга легочной артерии.

Задача 24. Больной К., 62 лет, в течение 5 лет страдает стенокардией. Поступил в больницу в связи с внезапно возникшими сжимающими болями за грудиной, иррадиирующими в левые плечо и руку. Прием нитроглицерина облегчения не принес. Боли купированы врачом скорой помощи инъекцией промедола. При поступлении состояние средней тяжести. Вновь появились выраженные сжимающие боли той же локализации. Кожные покровы бледные, влажные. Отмечает чувство нехватки воздуха, слабость, адинамию. Температура в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 86 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Форма и размеры сердца не изменены. В нижних отделах легких с обеих сторон выслушивается крепитация. На ЭКГ в III

отведении и отведении aVF зубец Q равен зубцу R, ширина зубца Q - 0,05 сек., сегмент ST в тех же отведениях дугообразно приподнят над изолинией, плавно переходит в зубец Т.

Задача 25. Врач-хирург, 53 лет, во время сложной операции почувствовал резкую слабость, обильный пот, сильные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку. Прием нитроглицерина купировал боли, однако через 10-15 минут они возобновились. Учитывая, что в течение 5 лет его беспокоили приступы стенокардии, осмотревший его терапевт заподозрил инфаркт миокарда и сделал инъекцию промедола. Через 10 минут боли были купированы, слабость, адинамия, потливость прошли. При обследовании отмечена приглушенность тонов сердца, ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 78 в минуту, АД 140/80 мм рт.ст. Со стороны других органов существенных отклонений от нормы не выявлено. На ЭКГ обнаружена полная блокада левой ножки пучка Гиса.