

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр  
Сибирского отделения Российской академии наук»  
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**  
**ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕРАПИЯ»**  
**ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН БАЗОВОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1**  
**«ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ**  
**ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –**  
**ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ**  
**В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 ТЕРАПИЯ**

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол №.2 от « 27 »  
января 2020г.)

Составители:

д.м.н., профессор Цуканов В.В.

к.м.н. Тонких Ю.Л.

Красноярск  
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
<b>Терапия</b>	УК-1 УК-2	тестовые задания	150
	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10	ситуационные задачи	10
		контрольные вопросы	96

### **Перечень контрольных вопросов для собеседования**

1. Внезапная смерть. Причины. Клиника. Неотложная помощь.
2. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Критерии оценки тяжести. Течение. Лечение. Профилактика.
3. Гипертонические кризы. Клинические варианты. Дифференцированная терапия.
4. Гипертрофическая кардиомиопатия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. ЭХО-КС, ЭКГ-диагностика. Лечение.
5. Дифференциальная диагностика болей в грудной клетке.
6. Дифференциальная диагностика кардиомиопатий.
7. Дифференциальная диагностика пароксизмальных тахикардий.
8. Дифференциальная диагностика перикардитов.
9. Дифференцированная терапия при пароксизмальных тахикардиях.
10. ИБС. Инфаркт миокарда. Критерии диагностики инфаркта миокарда (клинические, лабораторные, ЭКГ-признаки). Лечение не осложненного инфаркта миокарда. Физическая реабилитация больных инфарктом миокарда.
11. ИБС. Инфаркт правого желудочка. Диагностика. Лечение.
12. ИБС. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические варианты впервые возникшей стенокардии. Диагностика. Лечение.
13. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Клиника. Первичный и вторичный инфекционный эндокардит. Лечение. Профилактика.
14. Кардиогенный шок. Клинические варианты. Дифференцированная терапия.
15. Кардиомиопатии. Классификация. Диагностика. Лечение.
16. Миокардит. Этиология. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
17. Неотложная помощь при приступах Морганьи-Эдемса-Стокса.
18. Неотложная помощь при расслаивающей аневризме аорты.
19. Неотложная помощь при ТЭЛА.
20. Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс). Причины. Клиника. Неотложная помощь.
21. Приобретенные пороки аортального клапана. Этиология. Патогенез. Нарушение гемодинамики при различной структуре порока. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
22. Приобретенные пороки митрального клапана. Этиология. Патогенез. Нарушение гемодинамики при различной структуре порока. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению.
23. Сердечная астма. Критерии диагностики. Неотложная терапия.

24. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация. Диагностика. Течение. Лечение.
25. ТЭЛА. Диагностика. Неотложная помощь.
26. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
- Пульмонология
27. Дифференциальная диагностика диффузных диссеминированных процессов в легких.
28. Дифференциальная диагностика острых пневмоний.
29. Дифференциальная диагностика плевритов.
30. Легочное сердце. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
31. Острая дыхательная недостаточность. Причины. Клиника. Неотложная помощь.
32. Отек легких. Этиология. Патогенез. Клиника. Неотложная терапия.
33. ХОБЛ. Этиология. Классификация. Диагностика. Лечение.
- Аллергология и иммунология
34. Аллергические реакции немедленного и замедленного типа. Патофизиология и клинические проявления аллергических реакций.
35. Анафилактический шок. Причины. Клиника. Неотложная помощь.
36. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
37. Лекарственная болезнь. Сывороточная болезнь. Методы неотложной терапии.
38. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
- Гастроэнтерология
39. АБП и НАЖБП: стеатоз, стеатогепатит, цирроз печени. Особенности клинического течения, диагностика и лечение.
40. Асцит. Дифференциальная диагностика.
41. Болезнь Крона. Клинические проявления, дифференциальная диагностика, критерии тяжести течения, медикаментозное лечение, показания к хирургической коррекции.
42. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Классификация. Клиника, осложнения, диагностика и лечение эзофагитов.
43. Дифференциальная диагностика диареи в клинике внутренних болезней.
44. Дифференциальная диагностика желтух.
45. Дифференциальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений.
46. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка. Постгастрорезекционные расстройства. Принципы диагностики и медикаментозного лечения. Показания к хирургической коррекции.
47. Пигментные гепатозы (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора), порфирии, гепато-лентикулярная дегенерация, болезнь Вильсона-Коновалова. Болезни накопления, гемохроматоз, гепатоцеребральная дистрофия. Особенности клинического течения, принципы диагностики и дифференцированная терапия.
48. Синдром раздраженного кишечника. Классификация. Синдром избыточного бактериального роста. Этиология, диагностические критерии, принципы медикаментозной коррекции.
49. Функциональные расстройства билиарного тракта. Классификация. Римские критерии III. Принципы диагностики и терапии.
50. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Клинико-лабораторные данные, принципы лечения.

51. Холецистит острый и хронический. Желчекаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Клинико-лабораторные данные, показания к хирургическому лечению, современные методы медикаментозной коррекции.
52. Хронические гастриты. Этиология. Классификация. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Диагностика. Значение ЭГДС и биопсии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Дифференцированная терапия.
53. Хронические гепатиты. Клинические варианты. Дифференциальная диагностика. Этиологические и патогенетические аспекты терапии.
54. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика.. Лечение.
55. Хронический энтерит. Энтеропатии. Синдром мальдигестии и малабсорбции.
56. Циррозы печени. Клинико-морфологические варианты. Дифференциальная диагностика.
57. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицирования *Helicobacter pylori* и эффективности эрадикационной терапии.
58. Язвенный колит. Особенности клиники. Диагностика. Критерии тяжести течения. Медикаментозное лечение, показания к хирургической коррекции.
- Нефрология
59. Дифференциальная диагностика полиурии.
60. Острая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Клиника. Терапия по стадиям болезни. Показания к гемодиализу.
61. Хроническая почечная недостаточность. Этиология. Стадии ХПН. Лечение. Показания к гемодиализу и трансплантации почки.
62. Хронические пиелонефриты. Дифференциальная диагностика.
- Ревматология (Коллагенозы, болезни суставов)
63. Диагностические критерии СКВ. Дифференциальная диагностика. Лечение.
64. Дифференциальная диагностика поражения суставов при ревматоидном артрите, болезни Бехтерева и хроническом деформирующем остеоартрозе.
65. Коллагенозы. Классификация. Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Дерматомиозит. Узелковый периартериит. Принципы дифференциальной диагностики.
66. Особенности суставного синдрома при ревматоидном артрите. Дифференциальная диагностика. Лечение.
67. Подагра. Этиология. Патогенез. Клиника. Первичная и вторичная подагра. Поражение почек при подагре. Дифференциальная диагностика острого и хронического артрита при подагре.
68. Принципы и методы лечения коллагенозов и болезней суставов.
69. Системная красная волчанка. Определение и сущность болезни. Роль иммунных нарушений в патогенезе болезни. Клиника. Классификация. Изменения со стороны органов и систем при СКВ. Критерии течения и активности болезни.
- Болезни органов кроветворения
70. Анемии токсические, при лучевой болезни и карциноматозе. Агранулоцитоз.
71. Анемия. Классификации.
72. Болезнь Аддисона – Бирмера. Этиопатогенез, клинико-лабораторная диагностика и лечение.
73. В12 - (фолиево) - дефицитная анемия. Этиопатогенез, клинико-лабораторная диагностика и лечение.
74. Гемолитические анемии. Гемолитические кризы. Принципы дифференциальной диагностики и неотложной терапии
75. Гипо-апластическая анемия. Этиопатогенез, клинико-лабораторная диагностика и лечение.

76. Лимфогрануломатоз. Клинико-лабораторная диагностика.
77. Миеломная болезнь. Принципы диагностики и лечения.
78. Острые лейкозы. Классификации.
79. Саркоидоз . Дифференциальная диагностика и лечение.
80. Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции.
81. Симптоматические тромбоцитопении. Геморрагический васкулит. Дифференциальная диагностика и терапия.
82. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Этиология, патогенез и принципы лечения.
83. Хронические лейкозы. Классификация, диагностика.
84. Эритремия и эритроцитозы первичные и вторичные. Клиника, диагностика, лечение
- Болезни эндокринной системы
85. Аутоиммунный тиреоидит. Этиология, диагностика, показания к терапии, медикаментозная коррекция.
86. Болезнь и синдром Иценко – Кушинга. Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
87. Гиперпаратиреоз и гипопаратиреоз. Клинико-лабораторные признаки, принципы лечения.
88. Гипотиреоз. Этиопатогенез, клинико-лабораторные показатели, лечение.
89. Диффузный токсический зоб. Методы определения функции щитовидной железы и степени тяжести тиреотоксикоза. Медикаментозное, лучевое, хирургическое лечение.
90. Осложнения сахарного диабета. Кетоацидотическая, гиперосмолярная, гипогликемическая комы. Макро- и микроангиопатии. Лечение коматозных состояний и осложнений СД.
91. Острая и хроническая недостаточность коры надпочечников. Методы неотложной терапии.
92. Принципы лечения сахарного диабета I и II типа.
93. Сахарный диабет. Классификации. Лабораторные методы диагностики. Особенности сахарного диабета в юношеском и пожилом возрасте, при ожирении.
94. Синдром Конна. Первичный и вторичный гиперальдостеронизм. Феохромоцитома. Клинические проявления, функциональные пробы. Основные принципы лечения.
95. Тиреотоксическое сердце. Тиреотоксическая кома. Лечение осложнений ДТЗ.
96. Узловой/многоузловой зоб. Клинико-лабораторная диагностика, принципы терапии, показания к хирургическому лечению.

### **Перечень ситуационных задач с эталонами ответов**

#### **Задача 1**

Определить группу здоровья, суммарного риска ССЗ и тактики по результатам диспансеризации:

**МОДЕЛЬ 1.** Пациентка 42 года. В анамнезе повышения АД (диагноз не уточнен), остеохондроз поясничного отдела позвоночника, дискинезия желчевыводящих путей.

**Анкетирование** – жалоб нет, курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

**Объективно** - АД 130/80 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, индекс массы тела 35,2 кг/м<sup>2</sup>. Лабораторные показатели в пределах нормы. Рентгенологические исследования без патологии.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск** - менее 1% (низкий)

### **Группа здоровья - 1**

**Диагноз:** Ожирение I степени, остеохондроз позвоночника, дискинезия желчевыводящих путей.

**Факторы риска** – курение, гиперхолестеринемия, ожирение I степени, нерациональное питание, низкая физическая активность

**Тактика** - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на - 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия);

- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики или центре здоровья по здоровому образу жизни (отказу от курения), рациональному питанию, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.

**Комментарий.** Установление 1 группы здоровья обосновано низким сердечно-сосудистым риском и отсутствием заболеваний, требующих диспансерного наблюдения. За рамками диспансеризации рекомендуется уточнение диагноза артериальной гипертензии (контроль, самоконтроль, обследование). При уточнении диагноза группа здоровья может быть изменена.

**МОДЕЛЬ 2.** Пациент 51 год. В анамнезе гипертоническая болезнь (документированная), гастрит (неуточненная форма).

**Анкетирование** – жалобы на боли в области сердца (подозрение на стенокардию), не курит, нерациональное питание, риск пагубного потребления алкоголя.

**Объективно** - АД 138/88 мм рт.ст. (принимает антигипертензивные препараты). ОХС 4,8 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 27,0 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений. Лабораторные показатели в пределах нормы

**Суммарный сердечно-сосудистый риск** - менее 2% (низкий)

### **Группа здоровья - 3**

**Диагноз:** артериальная гипертензия контролируемая, хронический гастрит (неуточненный), избыточная масса тела

**Факторы риска** – избыточная масса тела, нерациональное питание, риск пагубного потребления алкоголя.

**Тактика** - Краткое профилактическое консультированием участкового врача (законченный случай Д на 1 этапе).

Показаний на 2 этап нет.

**Рекомендуется за рамками Д** уточнение диагноза стенокардии (проведение нагрузочного теста), диспансерное наблюдение по поводу артериальной гипертензии (контроль, самоконтроль, обследование), уточнение диагноза гастрита. Проведение углубленного профилактического консультирования (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по рациональному питанию, контролю потребления алкоголя, снижение избыточной массы тела

**Комментарий.** Установление 3 группы здоровья обосновано наличием контролируемой артериальной гипертензии, требующей диспансерного наблюдения 2 раза в год. В случае изменения диагноза группа здоровья может быть изменена.

**МОДЕЛЬ 3.** Пациент 27 лет. В анамнезе хронические заболевания отсутствуют.

**Анкетирование** – жалоб нет. Курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

**Объективно** - АД 160/90 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 32,0 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ при первой диспансеризации (в 21 год) без изменений. Анализ мочи в норме.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск** (определяется относительный суммарный риск для лиц моложе 40 лет) - в 2 раза выше по сравнению с отсутствием факторов риска. Риск обусловлен повышенным артериальным давлением, курением, гиперхолестеринемией, ожирением.

**Группа здоровья - 3**

**Диагноз:** Артериальная гипертония 2 степени, ожирение 1 степени

**Подозрение на заболевания:** требуется исключить наличие вторичной артериальной гипертонии, степень поражения органов-мишеней.

**Факторы риска** – повышенное артериальное давление, курение, гиперхолестеринемия, ожирение, нерациональное питание, низкая физическая активность.

**Тактика** - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия);
- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, рациональному питанию, дислипидемии, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.

**Рекомендуется за рамками Д** снятие ЭКГ-покоя, уточнение диагноза артериальной гипертонии (контроль, самоконтроль, обследование)

**Комментарий.** Установление 3 группы здоровья обосновано наличием артериальной гипертонии 2 степени, требующей диспансерного наблюдения 2 раза в год. В случае изменения диагноза группа здоровья может быть изменена.

**МОДЕЛЬ 4.** Пациент 48 лет. В анамнезе хронические заболевания отсутствуют.

**Анкетирование** – жалоб нет. Курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

**Объективно** - АД 162/94 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 32,0 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск** – 2% (низкий)

**Группа здоровья - 3**

**Диагноз:** Артериальная гипертония 2 степени, ожирение

**Факторы риска** – повышенное артериальное давление, курение, гиперхолестеринемия, ожирение, нерациональное питание, низкая физическая активность.

**Тактика** - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия) и проведение дуплексного сканирования брахицефальных артерий
- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, рациональному питанию, дислипидемии, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.

**Рекомендуется за рамками Д** проведение полного обследования в связи с наличием артериальной гипертонии; дополнительные обследования по результатам оценки субклинических проявлений атеросклероза.

Диспансерное наблюдение в отделении (кабинете) медпрофилактики.

**Комментарий.** Установление 3 группы здоровья обосновано наличием артериальной гипертонии, требующей диспансерного наблюдения 2 раза в год. Показание для дуплексного сканирования – наличие сочетания трех факторов риска (повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия, ожирение).

**МОДЕЛЬ 5.** Пациентка 63 лет. В анамнезе артериальная гипертония, остеопороз первичный (документирован выпиской), холецистэктомия 15 лет назад.

**Анкетирование** – жалоб нет. Не курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

**Объективно** - АД 132/78 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты). ОХС 7,6 ммоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, индекс массы тела 38,0 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск** – 3% (умеренный)

**Группа здоровья - 3**

**Диагноз:** Остеопороз первичный, ожирение 2 степени

**Факторы риска** – гиперхолестеринемия, ожирение, нерациональное питание, низкая физическая активность.

**Тактика** - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия)
- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, рациональному питанию, дислипидемии, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.

Диспансерное наблюдение по поводу остеопороза и коррекция факторов риска (нерационального питания, ожирения) в отделении (кабинете) медпрофилактики.

**Рекомендуется за рамками Д** проведение контроля и уточнения диагноза артериальной гипертонии, причины высокой гиперхолестеринемии (дислипидемии) для исключения семейной дислипидемии..

**Комментарий.** Установление 3 группы здоровья обосновано наличием остеопороза первичного, документированного выпиской и требующего пожизненного диспансерного ежегодного наблюдения. Уровень общего холестерина повышен значительно, требуется коррекция гиперхолестеринемии (дислипидемии). При обнаружении семейной дислипидемии, уровень риска оценивается как высокий (или очень высокий), что требует диспансерного наблюдения, *в т.ч. и в отделении (кабинете) медицинской профилактики*

**МОДЕЛЬ 6.** Пациент 51 год. В анамнезе артериальная гипертония.

**Анкетирование** – жалобы на боли в области сердца, подозрительные на стенокардию напряжения, длительный кашель с отделением мокроты. Курит, низкая физическая активность.

**Объективно** - АД 118/70 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты). ОХС 7,4 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, индекс массы тела 22,0 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск – 5% (высокий)**

**Группа здоровья - 2**

**Диагноз:** высокий сердечно-сосудистый риск

**Подозрение на** наличие стенокардии напряжения, хронической обструктивной болезни легких

**Факторы риска:** Высокая гиперхолестеринемия, курение, низкая физическая активность

**Тактика** - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия)
- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, дислипидемии, низкой физической активности.

**Рекомендуется за рамками Д** – уточнение диагноза артериальной гипертонии (контроль, самоконтроль, обследование), хронической обструктивной болезни легких. Обследование для исключения семейной дислипидемии.

Диспансерное наблюдение по поводу высокого сердечно-сосудистого риска в отделении (кабинете) медпрофилактики.

**Комментарий.** Установление 2 группы здоровья обосновано наличием высокого сердечно-сосудистого риска при отсутствии заболеваний, требующих диспансерного наблюдения. В случае уточнения диагноза артериальной гипертонии возможно изменение группы здоровья на 3.

Уровень общего холестерина повышен значительно, требуется коррекция гиперхолестеринемии (дислипидемии)

**МОДЕЛЬ 7.** Пациент 42 года. В анамнезе язвенная болезнь желудка, последнее обострение 7 лет назад.



**Анкетирование** – жалобы на длительный кашель с отделением мокроты. Курит.

**Объективно** - АД 124/80 мм рт.ст. ОХС 6,0 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, индекс массы тела 18,0 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск** – 1% (низкий)

**Группа здоровья** - 1

**Диагноз:** язвенная болезнь желудка вне обострения с длительной ремиссией

**Подозрение на** наличие хронической обструктивной болезни легких

**Факторы риска:** Гиперхолестеринемия, курение

**Тактика** - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия)
- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, дислипидемии.

**Рекомендуется за рамками Д** – уточнение диагноза хронической обструктивной болезни легких

**Комментарий.** Установление 1 группы здоровья обосновано отсутствием заболеваний, требующих диспансерного наблюдения и низким сердечно - сосудистым риском. Язвенная болезнь протекает с длительной ремиссией, без осложнений (более 5 лет). В случае уточнения диагноза хронической обструктивной болезни легких (или хронического бронхита) возможно изменение группы здоровья.

### **Задача 2**

Пациент 50 лет, рост 172 см, масса тела 83 кг, поступил в кардиологическое отделение по поводу нестабильной стенокардии. Два месяца назад у него впервые был диагностирован сахарный диабет, уровень гликемии составлял 7,8-10,5 ммоль/л. Принимал Манинил 5 (глибенкламид) 4 таблетки в день (20 мг/сут.). Кроме того, пациент строго соблюдал диету, резко ограничил прием углеводов, в результате чего похудел на 5кг.

**Проведены обследования:** гликемический профиль: 07.00 - 3,0 ммоль/л, 11.00 - 3,2 ммоль/л, 17.00 - 2,8ммоль/л, 21.00 - 4,1 ммоль/л.

ЭКГ - признаки гипоксии переднебоковой стенки левого желудочка.

Сахар, ацетон мочи - отрицательны.

При осмотре глазного дна изменений не выявлено.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените данные гликемического профиля.
3. Что могло способствовать развитию нестабильной стенокардии?
4. Скорректируйте терапию.
5. Сформулируйте основные направления диетотерапии.

Эталон ответа на задачу:

1. Сахарный диабет тип 2. Целевой уровень HbA<sub>1c</sub> <7,5%.
2. Выявляется тенденция к снижению уровню гликемии в течение суток.
3. Тенденция к гипогликемии, которая способствует активации симпатoadреналовой системы и гипоксии миокарда.
4. Снизить дозу манинила вплоть до полной отмены и назначения, менее активных сахароснижающих препаратов, например, диабетона.
5. Ограничение калорийности для снижения массы тела, ограничение легкоусвояемых углеводов, резкое ограничение животных жиров и включение продуктов, богатых растительными волокнами.

### **Задача 3**

Катя С., 17 лет, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39С, кашель с отхождением желто-зеленой мокроты с неприятным запахом до 200 мл/сут, смешанную одышку при физической нагрузке легкой степени, общую слабость.

При R-логическом исследовании выявлено усиление легочного рисунка с картиной «сотового» легкого слева. Из анамнеза жизни: перенесла коклюш в возрасте пяти лет.

Объективно: Состояние тяжелое. Умеренно выраженный диффузный цианоз, кожные покровы теплые, повышенной влажности, ногти пальцев рук имеют вид «часовых стекол», ногтевые фаланги в виде «барабанных палочек». ЧД –30 в 1 мин. Левая половина грудной клетки несколько уменьшена в размерах, слегка отстаёт при дыхании. Дыхание жесткое, несколько ослаблено слева в подлопаточной области, хрипы жужжащие с обеих сторон, среднепузырчатые – слева в подлопаточной области.

АД 125/80 мм. рт. ст. Определяется и верхушечный и сердечный толчок. Правая граница относительной тупости сердца на 3 см. правее грудины, тоны сердца учащены до 124 в 1 минуту, ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка, там же систолический шум, проводящийся вправо.

Живот безболезнен. Печень на 2 см ниже реберной дуги, плотная, край закруглен.

Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ мокроты: гнойная, желтого цвета, запах зловонный, слегка кислая, лейкоциты 10-18 в п.зр., эпителий плоский 2-3 в п.зр.

2. ЭКГ: признаки перегрузки правых отделов сердца.

Задание:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Механизм образования интоксикационного синдрома.

4. Механизм образования синдрома дыхательной недостаточности.

5. Какие признаки ЭКГ характерны для перегрузки правых отделов сердца?

6. Оцените данные общего анализа мокроты.

7. Какие параклинические исследования необходимо провести?

8. Обоснуйте уточненный диагноз

**Ответ:**

1. Синдромы: интоксикационный (повышение температуры с ознобами, общая слабость, гнойная мокрота до 200 мл/с. со зловонным запахом, ЧСС –

124 в 1 мин.); раздражения бронхов (кашель с мокротой, жесткое дыхание, жужжащие и среднепузырчатые хрипы); дыхательной недостаточности (одышка при физической нагрузке, умеренно выраженный диффузный цианоз, ЧД –30 в 1 мин.); тахикардальный (пульс скорый, ЧСС –124 в 1 мин.); хронического легочного сердца (смещение правой границы относительной тупости сердца вправо. ЧСС –124 в 1 мин., ослабление I тона над основанием мечевидного отростка, систолический шум над основанием мечевидного отростка, проводящийся вправо, увеличения печени с закругленным краем).

2. Бронхоэктатическая болезнь, обострение, ДН III ст., хроническое легочное сердце в стадии декомпенсации.

3. Длительный воспалительный процесс в бронхах.

4. Увеличение «мертвого пространства» вследствие расширения бронхов.

5. Электрическая ось сердца отклонена вправо, R-pulmonale, признаки гипертрофии правого желудочка.

6. Воспалительные изменения мокроты, зловонный запах свидетельствует о наличии гнилостной флоры.

7. ОАК, рентгенографию ОГК, мультиспиральную КТ грудной клетки, бронхографию, ФВД, анализ мочи на амилоидные массы, УЗИ печени, селезенки и почек, исследование общего билирубина и его фракций, трансаминаз, креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы.

8. Бронхоэктатическая болезнь, обострение, хроническое легочное сердце в стадии декомпенсации. ДН III ст.

**Задача 4**

Больной Р., 48 лет, шофер, обратился к участковому врачу с жалобами на кашель с выделением гнойной мокроты, повышение температуры тела до 37,5°C, потливость, головная боль, общая слабость. Кашель беспокоит в течение 20 лет, сначала сухой, затем с небольшим количеством гнойной мокроты, объем которой постепенно увеличивался. Не лечился. Последние 5 лет, преимущественно весной и осенью (после охлаждения), кроме усиления кашля стала повышаться температура тела до 37,2°C. Настоящее ухудшение в течение 2 недель, когда после охлаждения усилился кашель с отхождением гнойной мокроты, повысилась температура до 37,5°C. Обратился к врачу в поликлинике. Вредные привычки - курит с 20 лет по 1-1,5 пачке сигарет в день. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько цианотичны, повышенной влажности. Грудная клетка расширена в переднезаднем направлении. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне ослабленного дыхания выслушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы, выдох удлинен. Со стороны других органов и систем без особенностей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Основная задача по лечению заболевания.

1. Диагноз. ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип, обострение, среднетяжелое течение. Хронический гнойный бронхит, фаза обострения. ДН II степень.

2. План обследования: 1) клинический анализ крови; 2) электрофорез белков сыворотки крови для выявления дефицита  $\alpha_1$ -антитрипсина; 3) общий анализ мокроты, посев мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам; 4) исследование мокроты на БК и атипичные клетки; 5) исследование функции внешнего дыхания: спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия.

3. Основная задача – предотвращение прогрессирования заболевания.

#### **Задача 5**

Больной О., 59 лет, пенсионер. Поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, переходе из теплого помещения в холодное, кашель со слизисто-гнойной мокротой до 0,5 стакана в сутки, общую слабость, потливость, беспокойный сон из-за кашля, повышение температуры тела до 37,4°C. Кашель беспокоит с 18 лет. До 40-летнего возраста кашель был неинтенсивным с небольшим количеством слизистой мокроты. Не лечился, связывал заболевание с курением. Однако за последние годы самочувствие ухудшилось: усилился кашель, увеличилось количество выделяемой мокроты, характер ее стал слизисто-гнойным. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Одышка (ЧДД - 24 в минуту) преимущественно экспираторного характера. Грудная клетка бочкообразная. Экскурсия нижнего края ограничена до 3-4 см и опущена на 3 см. Бронхофония и голосовое дрожание одинаковые с обеих сторон. По всем легочным полям выслушиваются везикулярное дыхание, сухие свистящие и жужжащие хрипы. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой срединно-ключичной линии, тоны сердца глухие, ритм сердца правильный. Пульс - 86 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Тактика ведения пациента.

1. Диагноз. ХОБЛ, фаза обострения, тяжелое течение. Хронический гнойный бронхит в фазе обострения, эмфизема легких. Осложнение: ДН III ст.

2. План обследования: 1) клинический анализ крови; 2) электрофорез белков сыворотки крови для выявления дефицита  $\alpha_1$ -антитрипсина; 3) общий анализ мокроты, посев мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам; 4)

исследование мокроты на БК и атипические клетки; 5) исследование функции внешнего дыхания: спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия.

3. Тактика ведения пациента: ступенчатое увеличение объема терапии, зависящая от тяжести заболевания (ингаляционные бронходилататоры «по требованию»; дополнительно к бронхолитической терапии ингаляция ГКС). Симбикорт значительно снижает потребность в короткодействующих  $\beta_2$ -агонистов, чем формотерол и предотвращает обострение ХОБЛ.

#### **Задача 6**

Больной Д., 20 лет, студент, вызвал врача на дом. Жалобы: на боли в грудной клетке при дыхании и кашле, кашель со слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры тела до  $39,5^{\circ}\text{C}$  с ознобом, резкую общую слабость, головную боль. Заболел остро. После принятия ванны лег спать у открытого окна. Проснулся от озноба. Утром повысилась температура до  $40^{\circ}\text{C}$ , появились сухой кашель, боль в грудной клетке справа, общая слабость. Объективно: при осмотре определяются гиперемия щек, более выраженная справа, акроцианоз, herpes labialis. Дыхание поверхностное - 32 в минуту. При осмотре грудная клетка справа отстает при дыхании. При перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука справа под углом лопатки, в подмышечной области и спереди от 4-го ребра и ниже, дыхание в этой области ослаблено. Аускультативно над местом притупления выслушиваются бронхиальное дыхание и влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония усилены. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца глуховатые, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией. АД - 95/65 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем патологии нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Тактика действия врача.

3. Как проводить антибактериальную терапию.

1. Диагноз. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония.

2. Тактика действия врача. Немедленная госпитализация в стационар.

3. Адекватное и своевременное начало антибактериальной терапии является необходимым условием эффективного лечения антибиотиками. Начать лечение немедленно без ожидания результатов бактериоскопии и посева мокроты. Предпочтительны цефалоспорины III поколения или респираторные фторхинолоны.

#### **Задача 7**

Больной 55 лет, жалобы на одышку с затрудненным выдохом, кашель с мокротой желто-зеленого цвета, потливость, познабливание, отеки голеней. Курит с 18 лет по 1 пачке в день. Около 25 лет в холодное время года беспокоит кашель с мокротой, около 20 лет - одышка с затрудненным выдохом. Самочувствие ухудшилось неделю назад после переохлаждения. Объективно: состояние средней тяжести, диффузный цианоз с сероватым оттенком. Голени отечны. В эпигастрии определяется пульсация. Правая граница сердца в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на легочном стволе. Пульс 110 в мин, ритмичный. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД - 25 в мин. При аускультации дыхание ослаблено, по всем полям сухие свистящие хрипы. Печень на 3 см выходит из-под края реберной дуги. Симптом Плеша положительный. ОАК: эр.  $5,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нб 165 г/л, Лц  $9,5 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 20 мм/ч. ЭКГ: гипертрофия правых отделов сердца.

1. Диагноз. ХОБЛ, фаза обострения, эмфизема легких, пневмосклероз. Осложнение: ДН III ст., декомпенсированное легочное сердце, НЦ Б ст.

2. Схема лечения: 1) антибиотикотерапия: внутрь сумамед (азитромицин) по 500 мг/сут в течение 3 дней; 2) ингаляционное применение беротека + ипратропиума бромид; 3) внутрь препарат теofilлина пролонгированного действия (теопек) по 1 таблетке 2 раза в день; 4) для уменьшения легочной гипертензии - нитросорбид внутрь по 10 мг 4 раза в

день; 5) внутрь верошпирон по 25 мг 4 раза в день, фуросемид по 40 мг утром 3 раза в неделю; 6) бромгексин по 8 мг внутрь 3 раза в день.

### **Задача 8**

Больной М., 42 лет, жалуется на кашель с выделением мокроты желто-коричневого цвета, боли в правой половине грудной клетки, возникающие при дыхании и кашле, на одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,3 °С, общую слабость, головную боль, «ломоту» в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита.

Начало заболевания – острое. Заболел накануне днем, когда появились вышеуказанные жалобы. Развитие заболевания связывает с переохлаждением. Принимал жаропонижающие препараты - эффект кратковременный и неполный: сохранялись лихорадка, выраженная слабость и боли в грудной клетке, что послужило причиной обращения к терапевту.

Из перенесенных заболеваний: детские инфекции (ветряная оспа).

Больной курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет 2-3 раза в месяц. Семейный анамнез: у матери - ИБС; у отца – желчно-каменная болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: Температура тела 38,7 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, акроцианоз. Грудная клетка конической формы. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. ЧД - до 28 в минуту. При пальпации грудная клетка эластичная, правая половина грудной клетки болезненна, в нижних ее отделах - умеренное усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии: слева - звук ясный, легочный, справа - ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечным линиям выявлено притупление перкуторного звука. При аускультации легких: над участком укорочения перкуторного звука - бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы, над остальными участками легких - дыхание везикулярное. Бронхофония усилена справа в зоне укорочения перкуторного звука.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. При аускультации сердца: акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный. Пульс ритмичный, ЧСС - до 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм рт.ст.

Живот обычной формы, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Селезенка не увеличена.

Анализ крови: гемоглобин - 155 г/л, лейкоциты -  $20,0 \times 10^9$ /л: палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 12 %, моноциты - 9 %. СОЭ - 37 мм/ч.

Микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Грамму: - слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты 30-45 в поле зрения, эритроциты 10-15 в поле зрения, альвеолярные макрофаги и эпителиальные клетки - единичные в поле зрения, выявляется большое количество грамположительных кокков в виде виноградных гроздей.

Рентгенография органов грудной полости: справа, в области проекции нижней доли, участки затемнения разного размера, умеренной интенсивности. Правый корень расширен, синусы свободны. Слева - без патологии. Сердечно-сосудистая тень без патологии.

1. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания.

2. Дайте заключение по данным физикального осмотра и лабораторно-инструментального обследования.

3. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

4. Ваша тактика лечения данного больного.

**Ответы к задаче:**

### 1. Основные клинические синдромы.

– 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 лейкоцитоз со сдвигом влево, 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 (болевой синдром).

2. Бронхиальное дыхание, укорочение легочного звука при перкуссии, усиление голосового дрожания и бронхофонии, характерные рентгенологические изменения указывают на воспалительную инфильтрацию легочной ткани. Изменены показатели крови: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, увеличение СОЭ.

3. Стафилококковая очагово-сливная пневмония в нижней доле правого легкого. Осложнение: дыхательная недостаточность II степени. Интоксикационный синдром.

4. Применение полусинтетических пенициллинов в больших дозах, предпочтение отдается полусинтетическим пенициллинам с клавулановой кислотой (амоксиклав\* и др.), при наличии метициллинустойчивых штаммов стафилококка - назначение ванкомицина, имипенемов.

### Задача 9

Больной П., 37 лет, доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». Больной жалуется на боль при дыхании в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством «ржавой» мокроты, выраженную слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,5 °С.

Заболел остро 2 дня назад, когда после переохлаждения почувствовал озноб, температура тела повысилась до 39,5 °С. Принимал парацетамол. На следующий день присоединились боли в грудной клетке при дыхании и кашле, а также «ржавая» мокрота. Вызвал бригаду «скорой помощи», которой был госпитализирован в клинику.

Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ. Работает инженером, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,0 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ, на верхней губе - *herpes labialis*. Форма грудной клетки нормостеническая, правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, больной щадит ее. ЧД в покое до 24 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка при пальпации эластичная, 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 над участком перкуторной тупости - ослаблено, крепитация на вдохе, бронхофония усилена.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормальных значений. При аускультации акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС - 90 уд/мин, АД 115/70 мм рт.ст.

Живот обычной формы. Верхняя половина живота активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край

печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х 9х 8 см. Селезенка не увеличена.

В анализе крови: гемоглобин - 140 г/л, лейкоциты -  $14,8 \times 10^9$ /л: палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 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 преднедиафрагмального синуса.

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.

#### **Ответы к задаче:**

1. Клинические синдромы.

Инттоксикационный 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, уровня фибриногена,  $\alpha_2$ -глобулинов, появление СРБ).

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 вовлечения других органов и систем (изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек, нервной системы).

Болевой синдром.

2. Крупозная пневмония нижней доли правого легкого. Осложнение: дыхательная недостаточность I-II степени. Инттоксикационный синдром.

3. Уплотнение легочной ткани вследствие пневмонии, пневмосклероза, ателектаза, опухоли; 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, адекватная дезинтоксикационная терапия. Антибиотики выбора для данного пациента - аминопенициллины. Необходимо проведение патогенетической и симптоматической терапии (отхаркивающие средства, бронхолитики, противовоспалительная терапия).

#### **Задача 10**

Больная С., 30 лет, бухгалтер, поступила в стационар с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты желтоватого цвета, слабость, одышку при физической нагрузке, неприятные ощущения в правой половине грудной клетки при кашле, повышение температуры тела до 38 °С.

Заболела остро 3 дня назад, когда после переохлаждения появились указанные жалобы. Принимала жаропонижающие, травяные отвары. Состояние не улучшалось, обратилась к участковому терапевту - была рекомендована госпитализация.

Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ. Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,0 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Форма грудной клетки нормостеническая. Частота дыхательных движений в покое 21 в минуту. Грудная клетка при пальпации эластичная, безболезненная, голосовое дрожание справа в нижних отделах грудной клетки усилено, слева - нормальное. При сравнительной перкуссии: справа ниже угла лопатки притупление, в остальных участках легкого звук ясный легочный. При аускультации легких: слева дыхание везикулярное, справа над участком притупления перкуторного звука - бронхиальное, звонкие мелкопузырчатые хрипы.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 1 см медиальнее от левой среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца: тоны ясные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 85 уд/мин, АД 120/70 мм рт.ст.

Живот обычной формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Селезенка не увеличена.

В анализе крови: гемоглобин - 140 г/л, лейкоциты -  $12,8 \times 10^9/\text{л}$ : палочкоядерные - 6 %, сегментоядерные - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 20 мм/ч.

Анализ мокроты: мокрота слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты - 20-35 в поле зрения, альвеолярные макрофаги - единичные в поле зрения, выявляются цепочки грамположительных кокков.

Рентгенография органов грудной полости: в проекции нижней доли правого легкого - неомогенные очагово-пятнистые тени. Сердечно-сосудистая тень - без патологии.

1. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания.

2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

3. Проведите анализ данных физического и лабораторно-инструментального обследования больной.

4. Предложите тактику терапии.

**Ответы к задаче:**

1. Клинические синдромы.

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, уровня фибриногена,  $\alpha_2$ -глобулинов, появление СРБ).

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 вовлечения других органов и систем (изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек, нервной системы).



2. Очаговая стрептококковая пневмония в нижней доле правого легкого течения.
3. Бронхиальное дыхание, укорочение легочного звука при перкуссии, усиление голосового дрожания и бронхофонии, характерные рентгенологические изменения указывают на воспалительную инфильтрацию легочной ткани. Изменены показатели крови: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, увеличение СОЭ.
4. Организация правильного лечебного режима и ухода за больным, назначение рационального питания, обильное питье, полноценная легкоусвояемая диета, адекватная дезинтоксикационная терапия. Антибиотики выбора для данного пациента - аминопенициллины. Необходимо проведение патогенетической и симптоматической терапии (отхаркивающие средства, бронхолитики, противовоспалительная терапия).

### **Перечень тестовых заданий с эталонами ответов**

- 1. Ослабление голосового дрожания возникает при:**
- А - пневмонии
  - Б - гидротораксе
  - В - ателектазе легкого
  - Г - инфаркте легкого
  - Д - опухоли легкого.
- 2. Госпитальными (нозокомиальными) называются пневмонии, развивающиеся:**
- А - во время пребывания в стационаре независимо от срока с момента поступления
  - Б - после выписки из стационара
  - В - в связи с инфекцией полирезистентными штаммами определенных условно-патогенных возбудителей, часто относимых к числу "госпитальных" независимо от срока пребывания в стационаре
  - Г - через 48 часов и более с момента поступления в стационар
  - Д - вне стационара, но протекающие тяжело и требующие госпитализации
- 3. Основным возбудителем внебольничных пневмоний являются:**
- А - пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*)
  - Б - стафилококк (*S. aureus*)
  - В - гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*)
  - Г - синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*)
  - Д - легионелла (*L/pneumoniae*)
- 4. Укажите, какой из нижеперечисленных аускультативных признаков соответствует поражению крупных и средних бронхов при хроническом бронхите:**
- А - свистящие хрипы на выдохе
  - Б - сухие хрипы на вдохе
  - В - сухие жужжащие хрипы на вдохе и выдохе
  - Г - звонкие мелкопузырчатые хрипы по передней поверхности грудной клетки
  - Д - незвонкие мелкопузырчатые хрипы над проекцией базальных отделов
- 5. Бронхиальной астме сопутствует:**
- А - гиперчувствительность  $\beta$ -адренергической системы
  - Б - блокада  $\alpha$ -адренергической системы
  - В - снижение активности холинергической системы
  - Г - нарушение равновесия  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренергических систем
  - Д - повышение активности  $\beta_2$  адренергической системы
- 6. Для лечения бронхиальной астмы с успехом применяют следующие препараты, за исключением одного:**
- А - кромогликат натрия
  - Б - глюкокортикоидные гормоны

В -  $\beta$ 2-адреностимуляторы

Г - метилксантины

Д - протелитические ферменты

**7. О бронхиальной астме следует думать при наличии у пациентов:**

А - приступов экспираторного удушья

Б - приступообразной одышки

В - свистящего дыхания

Г - приступообразного кашля

Д - любого из указанных симптомов

**8. Для хронического легочного сердца справедливы следующие утверждения, кроме одного:**

А - недостаточность кровообращения развивается по правожелудочковому типу

Б - ствол и крупные ветви легочной артерии расширены

В - аорта не изменена

Г - гипертензия малого круга носит посткапиллярный характер

Д - зубцы Р в отведениях II, III и aVF увеличены

**9. Для какого из перечисленных состояний характерно наличие плеврального хилезного экссудата:**

А - лимфогранулематоз

Б - саркоидоз легких

В - хронический активный гепатит

Г - тромбоэмболия легочной артерии

Д - туберкулез легких

**10. Самым частым осложнением острого инфаркта миокарда является:**

А - разрыв миокарда

Б - эмболия головного мозга

В - нарушения ритма сердца

Г - синдром Дресслера

Д - кардиогенный шок

**11. Противопоказаниями для применения  $\beta$ -адреноблокаторов при инфаркте миокарда являются:**

А - мерцательная аритмия

Б - наджелудочковая экстрасистолия

В - желудочковая экстрасистолия

Г - атриовентрикулярная блокада

Д - глаукома

**12. По классификации болезней ВОЗ формами ишемической болезни сердца являются:**

А - внезапная смерть (первичная остановка кровообращения)

Б - нарушения сердечного ритма

В - сердечная недостаточность

Г - все перечисленные

Д - ни одна из перечисленных

**13. В основе вариантной стенокардии лежит:**

А - стенозирующий атеросклероз коронарных артерий

Б - спазм коронарных артерий

В - тромбоз коронарных артерий

Г - повышение потребности миокарда в кислороде

Д - повышение вязкости крови

**14. У больных нетрансмуральным инфарктом миокарда может (могут):**

А - отсутствовать изменения на ЭКГ

Б - отмечаться инверсия зубца Т

- В - отмечаться депрессия сегмента ST
- Г - отмечаться подъем сегмента ST
- Д - возможны все перечисленные варианты

**15. Причинами развития недостаточности аортального клапана могут быть все перечисленные, кроме:**

- А - ревматизма
- Б - синдрома Марфана
- В - инфекционного эндокардита
- Г - инфаркта миокарда
- Д - расслаивающей аневризмы аорты

**16. Деление артериальной гипертонии по стадиям, согласно классификации ВНОК (2007 г.), основано на:**

А - признаках поражения органов-мишеней и наличия ассоциированных клинических состояний

- Б - уровня АД
- В - резистентности к проводимой терапии

**17. Кровохарканье при тромбоэмболии легочной артерии:**

- А - является абсолютным противопоказанием для назначения гепарина
- Б - является относительным противопоказанием к назначению гепарина
- В - не является противопоказанием к назначению гепарина

**18. Для синдрома Кона характерно все перечисленное, кроме:**

- А - гипокалиемии
- Б - гиперренинемии
- В - гипокалиемического алкалоза
- Г - судорожного синдрома
- Д - высокого содержания альдостерона в крови

**19. У больных с феохромоцитомой могут выявляться все перечисленные симптомы, кроме:**

- А - злокачественной артериальной гипертензии
- Б - выраженных изменений глазного дна
- В - гипогликемии
- Г - гипертонических кризов

**20. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерно:**

- А - головная боль
- Б - боль в сердце, сердцебиение
- В - тошнота, рвота
- Г - гипергликемия
- Д - все перечисленное

**21. Клиническая картина синдрома Кона складывается из всех перечисленных симптомов, кроме:**

- А - мышечной слабости, судорог, парестезии
- Б - полиурии, полидипсии, альбуминурии
- В - сдвига pH крови в сторону ацидоза
- Г - повышения АД

**22. Причинами вазоренальной гипертензии могут быть**

- А - атеросклеротические поражения с тромбозом почечной артерии
- Б - эмболия почечной артерии
- В - неспецифический аортоартериит с вазоренальным синдромом
- Г - все перечисленные

**23. Наиболее достоверным для диагностики вазоренальных гипертензий является:**

- А - определение активности ренина в плазме крови

- Б - экскреторная урография
- В - ультразвуковое исследование почечных артерий
- Г - контрастная ангиография почечных артерий
- Д - радионуклидная сцинтиграфия почек

**24. При синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта: 1) ЭКГ может имитировать картину инфаркта миокарда; 2) периодически возникают пароксизмальные нарушения ритма; 3) затруднена диагностика по ЭКГ ишемии и инфаркта миокарда, гипертрофии желудочков:**

- А - верно 1,2
- Б - верно 2
- В - верно 3
- Г - верно все перечисленное
- Д - все перечисленное неверно

**25. Что называется скрытым синдромом WPW?**

А - состояние, при котором признаки предвозбуждения желудочков имеют преходящий характер

Б - состояние, при котором признаки предвозбуждения желудочков появляются только при физической или эмоциональной нагрузке

В - состояние, при котором волна дельта не видна из-за нарушений внутрижелудочковой проводимости

Г - состояние, при котором добавочный путь способен к проведению импульсов только в ретроградном направлении

Д - состояние, при котором признаки предвозбуждения не сопровождаются пароксизмальными тахикардиями

**26. У больного аллергическая реакция на йод. Ему абсолютно противопоказан:**

- А - обзидан
- Б - кордарон
- В - метопролол
- Г - коринфар
- Д - финоптин

**27. У больных с митральным стенозом наиболее часто встречается:**

- А - пароксизмальная предсердная тахикардия
- Б - трепетание предсердий
- В - фибрилляция (мерцание) предсердий
- Г - атриовентрикулярная диссоциация
- Д - желудочковая экстрасистолия

**28. Длительное обездвиживание больного с инфарктом миокарда может привести к:**

- А - брадикардии
- Б - артериальной гипертензии
- В - тромбоэмболическим осложнениям
- Г - сердечной недостаточности
- Д - снижению систолического объема сердца

**29. Активность КФК в сыворотке крови повышается при:**

- А - инфаркте миокарда
- Б - любом повреждении миокарда
- В - повреждении скелетной мускулатуры
- Г - повреждении мозга
- Д - во всех перечисленных случаях

**30. К понятию нестабильной стенокардии относится:**

- А - впервые возникшая стенокардия

Б - прогрессирующая стенокардия

В - вариантная стенокардия

Г - все перечисленное

**31. Гипертрофия левого желудочка характерна для стадии гипертонической болезни (ВНОК, 2007 г.):**

А - 1 стадии

Б - 2 стадии

В - 3 стадии

**32.Самой частой причиной развития хронического легочного сердца является:**

А - хроническая обструктивная болезнь легких

Б - туберкулез легких

В - интерстициальный легочный фиброз (синдром Хаммана – Рича)

Г - тромбоэмболия легочной артерии

Д - кифосколиоз

**33.Первыми симптомами митрального стеноза обычно являются:**

А - одышка

Б - приступы удушья

В - кровохарканье

Г - сердцебиение

Д - все перечисленные

**34. Для ревматизма справедливо следующее утверждение:**

А - это заболевание, вызванное аденовирусами.

Б - в патогенезе имеет значение замедленная гиперергическая реакция на антигены стрептококка.

В - аутоиммунные реакции при ревматизме наблюдаются крайне редко.

Г - предрасположенности к заболеванию не наблюдается.

Д - заболевание возникает в любом возрасте.

**35. Чем отличается систолический шум изгнания от систолического шума регургитации:**

А - сливается с I тоном

Б - возникает в последнюю треть систолы

В - сопровождается III тоном

Г - возникает через небольшой интервал после I тона

Д - ничем не отличается

**36. Рефлекс Китаева возникает вследствие:**

А - митральной регургитации

Б - растяжения легочных вен

В - снижение градиента давления “левого предсердие - левый желудочек”

Г - митральной регургитации

Д - растяжения левого предсердия

**37. Наиболее частым возбудителем инфекционного эндокардита являются:**

А - Энтерококк

Б - зеленящий стрептококк

В - вирусы

Г - β-Гемолитический стрептококк группы “А”

Д - пневмококк

**38. Наиболее частыми осложнениями миокардита является:**

А - полная атриовентрикулярная блокада

Б - острый инфаркт миокарда

В - сердечная недостаточность

Г - желудочковая пароксизмальная тахикардия

Д - коллапс

**39. Для острого перикардита наиболее характерны следующие нарушения ритма:**

- А - предсердные аритмии
- Б - фибрилляция желудочков
- В - блокада правой ножки пучка Гиса
- Г - блокада левой ножки пучка Гиса
- Д - желудочковые пароксизмальные тахикардии

**40. Для ревматического перикардита нехарактерны:**

- А - отсутствие выпота в полости перикарда
- Б - небольшое количество выпота
- В - большое количество выпота
- Г - низкая частота выпота
- Д - большое количество лимфоцитов в выпоте при микроскопии

**41. Наиболее вероятная причина смерти больных с гипертрофической КМП:**

- А - внезапная смерть вследствие нарушений ритма
- Б - инфаркт миокарда
- В - тромбоэмболия легочной артерии
- Г - прогрессирующая недостаточность кровообращения
- Д - острое нарушение мозгового кровообращения

**42. Для дилатационной КМП характерно все перечисленное, кроме одного:**

- А - тромбоэмболический синдром
- Б - ангинозный синдром
- В - нарушения ритма сердца и проводимости
- Г - наличие иммунных сдвигов.
- Д - повышение венозного давления.

**43. Гипертоническая болезнь II стадии характеризуется:**

- А - быстрым развитием почечной недостаточности
- Б - иногда протекает без развития гипертрофии левого желудочка
- В - показана монотерапия нифелипином короткого действия
- Г - у части больных развивается острый инфаркт миокарда
- Д - все вышеперечисленное неверно

**44. Для синдрома Кона характерны следующие признаки, за исключением одного:**

- А - мышечная слабость
- Б - высокое диастолическое давление
- В - судорожный синдром
- Г - снижение уровня ренина в плазме крови
- Д - ацидоз

**45. Для коарктации аорты характерно все перечисленное, кроме одного:**

- А - усиление пульсации межреберной артерий
- Б - грубый систолический шум у основания сердца
- В - узоры на рентгенограммах ребер
- Г - повышение АД на нижних конечностях
- Д - ослабление пульсации артерий нижних конечностей

**46. При недостаточности митрального клапана аускультативно:**

- А - Выслушивается грубый систолический шум с проведением на сосуды
- Б - Ослаблен I тон, систолический шум на верхушке сердца
- В - Хлопающий I тон, диастолический шум
- Г - Ослабление I тона на верхушке и II тона над аортой
- Д - Диастолический шум над всей поверхностью сердца

**47. На 20-й день инфаркта миокарда у пациента возникла боль в груди, повышение температуры тела, шум трения перикарда, в клиническом анализе крови — увеличение СОЭ. Наиболее вероятно — это:**

- А - Аневризма миокарда
- Б - Рецидив инфаркта миокарда
- В - Идиопатический перикардит
- Г - Разрыв миокарда
- Д - Постинфарктный синдром Дресслера

**48. Препаратами первого ряда для лечения гипертонической болезни являются все перечисленные кроме одного:**

- А - диуретики
- Б -  $\beta$ -адреноблокаторы
- В - антагонисты кальциевых каналов
- Г - ингибиторы АПФ
- Д - агонисты центральных  $\alpha_2$ -адренорецепторов

**49. Основными противопоказаниями для назначения каптоприла является:**

- А - односторонний стеноз почечной артерии
- Б - двусторонний стеноз почечных артерий
- В - повышение креатинина в крови до 2мг%
- Г - умеренное повышение АД
- Д - низкий уровень ренина в плазме

**50. Что из перечисленного характерно для болей в области сердца при НЦД?**

- А - возникают при физической нагрузке
- Б - длительные, носят ноющий характер
- В - хорошо купируются нитроглицерином
- Г - вовремя приступа болей отмечается дисперсия сегмента ST на ЭКГ
- Д - иррадиируют в нижнюю челюсть

**51. Какой из перечисленных синдромов не имеет отношения к НЦД:**

- А - потливость
- Б - постоянная полиурия
- В - эпизоды повышения АД
- Г - сердцебиения
- Д - головные боли

**52. Что из перечисленного не соответствует признакам стенокардии II функционального класса?**

- А - иррадиация болей в нижнюю челюсть
- Б - возникновение болей при подъеме на лестницу (выше 1 - го этажа)
- В - длительность болей - более 40 минут
- Г - выявление стеноза коронарной артерии при коронароангиографии
- Д - боли сопровождаются чувством нехватки воздуха

**53. Что из перечисленного не характерно для стенокардии I функционального класса?**

- А - депрессия сегмента ST при велоэргометрической пробе
- Б - возникновение болей при подъеме на лестницу (до 1 - го этажа)
- В - отсутствие изменений ЭКГ в покое
- Г - иррадиация болей в левое плечо
- Д - проходящая блокада правой ножки пучка Гиса

**54. На основании какого признака можно говорить о III функциональном классе стенокардии?**

- А - блокада левой ножки пучка Гиса
- Б - возникновение приступов болей преимущественно в покое
- В - депрессия сегмента ST при велоэргометрической пробе

Г - длительность болей более 30 минут

Д - возникновение болей при ходьбе по ровной местности на расстояние 100 - 150

М

**55. Какой тип болей не характерен для приступа стенокардии?**

А - сжимающие боли за грудиной

Б - жгучие боли в области сердца

В - давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку

Г - колющие боли в области сердца, связанные с дыханием

Д - чувство дискомфорта в области сердца, возникающие при физической или психоэмоциональной нагрузке

**56. Какой признак наиболее характерен для вариантной стенокардии типа Prinzmetal?**

А - появление приступа стенокардии в момент физической нагрузки

Б - быстрый и хороший эффект от приема нитроглицерина

В - быстроприходящий подъем сегмента ST на ЭКГ на высоте болей

Г - появление приступов болей в покое

Д - хороший эффект от применения  $\beta$ -адреноблокаторов

**57. Что представляет собой синдром Дресслера:**

А - разрыв межжелудочковой перегородки

Б - разрыв межпредсердной перегородки

В - отрыв сосочковой мышцы и развитие недостаточности митрального клапана

Г - аутоаллергическая реакция

Д - внезапное появление полной атриовентрикулярной блокады

**58. Нарушение ритма при инфаркте миокарда, наиболее часто приводящим к развитию фибрилляции желудочков, являются:**

А - суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия

Б - мерцательная тахикардия

В - желудочковая пароксизмальная тахикардия

Г - синусовая тахикардия

Д - полная атриовентрикулярная блокада

**59. Что из перечисленного не соответствует признакам правожелудочковой недостаточности.**

А - увеличение печени.

Б - снижение венозного давления.

В - замедление скорости кровотока.

Г - цианоз.

Д - отеки.

**60. Какой возбудитель наиболее часто высевается со слизистой оболочки желудка при обострении язвенной болезни любой локализации:**

А - Стафилококк

Б - стрептококк

В - грибы рода Candida

Г - Helicobacter pylori

Д - энтерококк

**61. Язвенной болезни с локализацией язвы в пилорическом отделе свойственны:**

А - наличие ранних болей

Б - редкие рецидивы заболевания.

В - изжога

Г - короткие и редкие ремиссии с частым осложнением кровотечением и стенозированием выходного отдела желудка

Д - все перечисленное верно



**62. Язва какой локализации наиболее часто дает малигнизацию?**

- А - язва луковицы
- Б - внедуodenальные язвы
- В - язвы кардиального отдела желудка
- Г - язвы большой кривизны
- Д - язвы малой кривизны

**63. Дайте определение понятию диарея:**

- А - количество актов дефекации более 20 раз в сутки
- Б - количество актов дефекации более 10 дней
- В - количество актов дефекации более 30 раз в сутки
- Г - количество актов дефекации более 5 раз в сутки
- Д - количество актов дефекации более 2 раз в сутки

**64. Наиболее информативный метод в диагностике калькулезного холецистита?**

- А - холецистография
- Б - УЗИ желчного пузыря
- В - дуоденальное зондирование
- Г - общий анализ крови
- Д - биохимический анализ крови: повышение билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы

**65. Дайте определение термину диспепсия:**

- А - боль и/или дискомфорт в эпигастриальной области систематически беспокоящая пациента
- Б - боль и/или дискомфорт в правом подреберье систематически беспокоящая пациента
- В - боль и /или дискомфорт в животе систематически беспокоящая пациента
- Г - боль и/или дискомфорт в верхней половине живота систематически беспокоящая пациента

**66. Какой лекарственный препарат назначают при гипомоторной, гипокинетической дискинезии желчевыводящих путей?**

- А - платифиллин
- Б - метацин
- В - мотилиум
- Г - нитроглицерин
- Д - бесалол

**67. У больного после приема алкоголя появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови. Ваш предположительный диагноз?**

- А - кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
- Б - синдром Меллори-Вейса
- В - острый панкреатит
- Г - ЯБЖ
- Д - болезнь Крона

**68. Со стороны каких органов и систем чаще всего бывают осложнения при лечении НПВ – препаратами?**

- А - сердечно-сосудистая
- Б - легочная
- В - желудочно-кишечная
- Г - нервная
- Д - все вышеперечисленное

**69. Какая теория патогенеза язвенной болезни является сейчас ведущей?**

- А - теория весов (агрессивные и защитные факторы)
- Б - инфекционная теория

- В - аллергическая теория  
 Г - нервно-рефлекторная теория
- 70. Что является наиболее достоверным симптомом язвенной болезни ДПК?**  
 А - синдром дискинетической диспепсии  
 Б - изжога  
 В - локализованные боли в эпигастрии, имеющие определенную связь с приемом пищи (поздние и голодные)  
 Г - отрыжка пищей  
 Д) запоры
- 71. Дайте определение понятию печеночная желтуха?**  
 А - желтуха связана с патологией желчевыводящих путей  
 Б - желтуха связана с патологией поджелудочной железы  
 В - желтуха связана с патологией печени  
 Г - желтуха связана с патологией СС системы  
 Д - желтуха связана с нарушением системы кроветворения
- 72. Какая группа лекарственных препаратов является ведущей в терапии язвенной болезни ДПК?**  
 А - блокаторы  $H_2$  – рецепторов  
 Б - ингибиторы протонной помпы  
 В - прокинетики  
 Г - антациды  
 Д - спазмолитики
- 73. Достоверным диагностическим тестом острого панкреатита является?**  
 А - боль в правом подреберье  
 Б - коллапс  
 В - высокий уровень амилазы (диастазы) в крови и моче  
 Г - гипогликемия  
 Д - диарея
- 74. У пожилой женщины впервые на фоне лихорадки выявлена язва желудка и небольшой очаг повышенной эхогенности в печени при УЗИ. Какая ситуация наиболее характерна?**  
 А - ЯБЖ  
 Б - язва-рак  
 В - язва желудка с сопутствующей кистой печени  
 Г - язва-рак желудка с метастазами в печень  
 Д - эхинококкоз
- 75. Дайте определение изжоги?**  
 А - боль в эпигастрии  
 Б - бол в эпигастрии с иррадиацией в левую руку  
 В - боль или жжение в нижней трети грудины нередко после еды  
 Г - боль в эпигастрии с иррадиацией в правое плечо  
 Д - кислый привкус во рту
- 76. Дайте определение понятию подпеченочная желтуха?**  
 А - желтуха связана с патологией внепеченочных желчных протоков  
 Б - желтуха связана с патологией печени  
 В - желтуха связана с патологией печени и внепеченочных желчных протоков  
 Г - желтуха связана с патологией поджелудочной железы  
 Д - желтуха связана с патологией печени и поджелудочной железы
- 77. При каком заболевании встречается симптом Мейо-Робсона?**  
 А - острый холецистит  
 Б - перфорация язвы 12-перстной кишки  
 В - острый аппендицит

- Г - острый панкреатит
- Д - кишечная непроходимость

**78. Какие ведущие базовые препараты рекомендовал консенсус Маастрихт–3 для эрадикации *Helicobacter Pylori*?**

- А - блокаторы  $H_2$  рецепторов
- Б - ингибиторы протоновой помпы
- В - висмут
- Г - ингибиторы протонной помпы, пилорид
- Д - кларитромицин

**79. Какие биохимические показатели позволяют судить о наличии холестаза?**

- А - гемоглобин
- Б - содержание лейкоцитов
- В - белок
- Г - трансаминазы
- Д - билирубин, щелочная фосфатаза

**80. Какие лекарственные препараты дают наилучшие результаты при лечении эзофагита?**

- А - блокаторы  $H_2$  – рецепторов
- Б - ингибиторы протонной помпы
- В - антациды
- Г - сочетание ингибиторов протонной помпы и прокинетиков
- Д - спазмолитики

**81. При синдроме раздраженной толстой кишки целесообразно назначать?**

- А - слабительные средства
- Б - антидепрессанты
- В - местноанестезирующие препараты
- Г - противовоспалительные препараты
- Д - очистительные и лечебные клизмы

**82. Портальная гипертензия может наблюдаться при?**

- А - циррозе печени
- Б - метастатическом раке печени
- В - хроническом гепатите
- Г - холелитиазе
- Д - хроническом панкреатите

**83. Иммунные механизмы играют роль в патогенезе?**

- А - первичного билиарного цирроза печени
- Б - неспецифического язвенного колита
- В - глютенной болезни
- Г - всех перечисленных заболеваний
- Д - верно а,б

**84. Физиотерапия в лечении гастритов противопоказана?**

- А - при ригидном антральном гастрите
- Б - при полипозе желудка
- В - при геморрагическом гастрите
- Г - при эозинофильном гастрите
- Д - при всем перечисленном

**85. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является?**

- А - рвота желчью
- Б - урчание в животе
- В - резонанс под пространством Траубе
- Г - шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
- Д - видимая перистальтика

**86. Серологический профиль человека, иммунизированного рекомбинантной вакциной против гепатита В, включает положительный результат теста на:**

- А - HBsAg
- Б - HBcorAg
- В - анти-HBe
- Г - анти-HBc
- Д - анти-HBc и анти-HBs

**87. Ранним (манифестирующим) признаком первичного билиарного цирроза обычно является:**

- А - Асцит
- Б - Кожный зуд
- В - Варикозно расширенные вены
- Г - Желтуха
- Д - Спленомегалия

**88. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:**

- А - H<sub>2</sub> – блокаторы гистамина
- Б - сукралфат и его аналоги
- В - спазмолитические средства
- Г - беззондовые тюбажи
- Д - папиллосфинктеротомия

**89. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:**

- А - холекинетики
- Б - спазмолитики
- В - антибиотики
- Г - антациды
- Д - ферменты

**90. При кандидамикозе (кандидозе) следует назначить?**

- А - невивграмон
- Б - левомецетин
- В - дифлюкан или флюконазол
- Г - верно все перечисленное
- Д - верно а,б

**91. Характерной чертой первичного билиарного цирроза печени является?**

- А - злокачественное клиническое течение
- Б - выраженная гепатомегалия
- В - желтуха немеханической природы
- Г - повышение сывороточных липидов
- Д - повышение активности аминотрансфераз

**92. Цирроз печени отличается от хронического гепатита?**

- А - наличием холестатического синдрома
- Б - наличием цитолитического синдрома
- В - наличием портокавальных и кава-кавальных анастомозов
- Г - наличием синдрома холемии
- Д - наличием паренхиматозной желтухи

**93. Какой из перечисленных препаратов относят к блокаторам «протонного насоса»?**

- А - фамотидин
- Б - маалокс
- В - рабепразол
- Г - пирензепин

Д - пипольфен

**94. При неспецифическом язвенном колите чаще поражаются?**

А - желудок и сигмовидная кишка

Б - печень и прямая кишка

В - двенадцатиперстная кишка, сигмовидная, прямая кишка

Г - нисходящий отдел ободочной кишки, сигмовидная, прямая кишка

Д - слепая кишка и прямая кишка

**95. К предраку желудка можно отнести:**

А -Желчекаменную болезнь.

Б - Геморрагический гастрит.

В - Болезнь Мэллори—Вейсса.

Г - Хроническую язву большой кривизны желудка.

Д - Хронический панкреатит.

**96. Понятием «иммунитета» является:**

А – невосприимчивость организма к инфекционным заболеваниям

Б – способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетической чужеродности

В – способность различать свои и чужеродные структуры

Г – обеспечение целостности внутренней структуры организма

**97. Количество известных классов иммуноглобулинов?**

А - 1

Б - 2

В – 3

Г - 4

Д – 5

**98. Для псевдоаллергических реакций свойственно перечисленное, кроме:**

А – отсутствие специфических иммуноглобулинов класса IgE

Б – проявление реакций непереносимости различных по химической структуре веществ

В – возникновение реакций после первого приема вещества

Г – наличие периода сенсibilизации

**99. Реагиновый механизм лежит в основе следующего заболевания:**

А – сывороточная болезнь

Б – атопическая бронхиальная астма

В – контактный дерматит

Г – экзогенный аллергический альвеолит

**100. К экзоаллергенам неинфекционного происхождения относятся все перечисленные, кроме:**

А – домашняя пыль

Б - грибы

В – эпидермис животных

Г - пыльца

**101. У больного аллергия к пенициллину. Ему противопоказан:**

А - тетрациклин

Б - гентамицин

В – нистатин

Г - сумамед

Д – аугментин

**102. Мероприятия, направленные на предотвращение дальнейшего всасывания аллергена, заключается в применении:**

А - адреналина

Б – препаратов атропина

В – ксантиновых производных

Г – всего перечисленного

**103. Тучные клетки могут дегранулировать неиммунологическим путем в результате воздействия всех перечисленных агентов, за исключением:**

А – рентгеноконтрастных веществ

Б – комплекса аллерген-IgE

В – гистаминолибераторов

Г – опиатов

**104. Чаще всего анафилактический шок вызывает:**

А - пенициллин

Б - глюкоза

В – физиологический раствор

Г – хлористый кальций

**105. При пыльцевой аллергии больные отмечают клинические проявления:**

А – круглый год

Б – при контакте с домашней пылью

В – при ужалении насекомых

Г – в период пыления аллергических растений

**106. Для острого гломерулонефрита (ОГН) справедливы утверждения:**

А - всегда назначают кортикостероиды

Б - протеинурия наблюдается лишь в 80% случаев

В - относительная плотность мочи не меняется.

Г - наиболее частой формой болезни является нефротическая

Д - все перечисленное верно

**107. При наличии какого из перечисленных признаков диагноз гломерулонефрита (ГН) наиболее вероятен?**

А - АГ

Б - боли в поясничной области

В - изменение мочи

Г - отеки

Д - дизурические расстройства

**108. Для гематурической формы ХГН справедливы утверждения:**

А - средством выбора являются кортикостероиды

Б - часто наблюдается АГ

В - как правило, относительная плотность мочи низкая

Г - все перечисленное верно

Д - все перечисленное неверно

**109. Проба Нечипоренко позволяет определить:**

А - величину суточной протенурии

Б - величину клубочной фильтрации

В - уровень креатинина мочи

Г - величину лейкоцитурии эритроцитурии

Д - степень канальцевой реабсорбции

**110. Определение какого показателя наиболее информативно для выявления нефротического синдрома?**

А - величина суточной протеинурии

Б - уровень креатинина сыворотки крови

В - уровень холестерина сыворотки

Г - величина канальцевой реабсорбции

Д - все верно

**111. Для амилоидоза почек справедливы следующие утверждения:**

А - болезнь чаще всего развивается в молодом возрасте и у детей

- Б - амилоид откладывается вначале в дистальных отделах почечных канальцев
- В - рано развивается почечная гипертензия
- Г - ХПН протекает более доброкачественно, нежели при ХГН
- Д - показано лечение кортикостероидами

**112. Для амилоидоза почек в отличии от поражения почек иного происхождения характерно:**

- А - нефротический синдром развивается постепенно.
- Б - тяжесть вторичного амилоидоза почек зависит от основного заболевания
- В - поражение почек в начальной стадии патологического процесса обратимо
- Г - отечный синдром плохо поддается лечению мочегонными препаратами
- Д - все перечисленное верно

**113. В этиологии ХГН имеет большое значение:**

- А - вирусная инфекция
- Б - воздействие солей тяжелых металлов
- В - несбалансированное питание
- Г - злоупотребление алкоголем
- Д - врожденные дефекты сосудистой системы почек

**114. Для ОГН характерны:**

- А - высокая лихорадка.
- Б - частое мочеиспускание
- В - резкие боли в пояснице
- Г - гематурия
- Д - сопутствующий суставной синдром

**115. Пульс-терапия глюкокортикоидами применяется при:**

- А - впервые выявленном ХГН
- Б - протеинурии, превышающей 3г/сут
- В - высокой активности ГН
- Г - начинающейся ГН
- Д - высоком уровне холестерина в крови

**116. Кожные изменения при ХПН включают в себя все перечисленное, кроме одного:**

- А - рожеподобная эритема
- Б - сухость
- В - геморагии
- Г - бледность
- Д - легкая желтушность

**117. Для железодефицитной анемии справедливо следующее утверждение:**

- А - имеется сидеробластоз костного мозга
- Б - осмотическая резистентность эритроцитов снижена
- В - лечебный эффект дает назначение сырой печени
- Г - снижен цветовой показатель, что сочетается с микроцитозом
- Д - все перечисленное верно

**118. В патогенезе гемолитических анемий участвуют следующие факторы:**

- А - генетические дефекты эритроцитов
- Б - воздействие аутоантител
- В - химические повреждения эритроцитов
- Г - воздействие паразитов
- Д - все перечисленное верно

**119. При гипопластической (апластической) анемии наблюдаются следующие синдромы:**

- А - гепатоспленомегалия
- Б - геморрагический

В - портальной гипертензии

Г - артриты

Д - все перечисленное верно

**120. К наследственным гемолитическим анемиям относятся все перечисленные заболевания, кроме одного:**

А - микросфероцитоз

Б - овалоцитоз

В - талассемия

Г - болезнь Маркьяфавы - Микеле

Д - серповидно - клеточная анемия

**121. Для гемофилии справедливо:**

А - болезнь проявляется в любом возрасте

Б - увеличена длительность кровотечения

В - протромбиновый индекс не изменен

Г - активное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) - увеличено

Д - симптом жгута положителен.

**122. Для тромбоцитопенической пурпуры справедливо:**

А - АЧТВ не изменено

Б - время кровотечения увеличено

В - протромбиновый индекс не изменен

Г - лечение следует начинать с назначения циклофосфана

Д - болезнь передается по наследству

**123. Для геморрагического васкулита справедливо:**

А - агрегация тромбоцитов нарушена

Б - положителен симптом жгута

В - наблюдается спленомегалия

Г - эффективны антибиотики

Д - снижен уровень  $\gamma$ -глобулинов

**124. Какой тип кровоточивости характерен для гемофилии?**

А - петехиально - пятнистый.

Б - васкулитно - пурпурный.

В - гематомный.

Г - ангиоматозный.

Д - смешанный.

**125. При хроническом миелолейкозе отмечается следующее:**

А - в терминальной стадии редки бластные кризы

Б - соотношение "лейкоциты/эритроциты" в костном мозге равно 4:1

В - всегда проводится монокимиотерапия

Г - все перечисленное верно

Д - все перечисленное неверно

**126. При хроническом лимфолейкозе:**

А - заболевание чаще всего начинается в молодом возрасте

Б - наследственно-конституциональная предрасположенность отсутствует

В - в развернутой стадии может отсутствовать лимфоаденопатия

Г - в крови обнаруживаются тени Боткина-Гумпрехта

Д - редки инфекционные осложнения

**127. Что представляют собой тени Боткина-Гумпрехта?**

А - разрушенные монобласты

Б - нейтрофилы, фагоцитировавшие ядерную субстанцию

В - миелокариоциты

Г - лимфобласты

Д - разрушенные ядра лимфоцитов



**128. Для лимфопролиферативного синдрома характерны:**

- А - увеличение селезенки
- Б - снижение массы тела
- В - лимфоаденопатия
- Г - геморрагический диатез

**129. Для СКВ справедливо утверждение:**

- А - это - типичное полиорганное поражение
- Б - заболевание развивается преимущественно у молодых женщин
- В - необходимо длительное применение кортикостероидов
- Г - все перечисленное верно
- Д - все перечисленное неверно

**130. Наиболее частым осложнением СКВ является:**

- А - ПН
- Б - амилоидоз печени
- В - желудочно-кишечные осложнения
- Г - хронический панкреатит
- Д - бронхообструктивный синдром

**131. Диагностическое значение при СКВ имеет:**

- А - положительный LE - клеточный тест
- Б - гемолитическая анемия
- В - повышение титра антинуклеарных антител
- Г - все перечисленное верно
- Д - все перечисленное неверно

**132. Диагностически значимы при СКВ следующие симптомы:**

- А - язвы полости рта
- Б - фотодерматит
- В - дискоидные высыпания
- Г - эритема в области скуловых дуг и носогубной складки
- Д - все перечисленное верно

**133. Наиболее ранние признаки дерматомиозита (ДМ):**

- А - базальный пневмофиброз
- Б - мышечная слабость
- В - миокардит
- Г - эритема кожи лица

**134. Для диагностики ДМ важно все перечисленное, за исключением одного:**

- А - определение уровня КФК сыворотки крови
- Б - рентгеновское исследование пищевода с бариевой известью
- В - электромиография
- Г - биопсия кожи лица
- Д - определение титра антител к ДНК в сыворотке крови

**135. Системная склеродермия (ССД) чаще развивается у:**

- А - пожилых женщин
- Б - стариков
- В - женщин среднего возраста
- Г - мужчин среднего возраста
- Д - все перечисленные возрасты

**136. Выберите наиболее достоверную для диагноза ревматоидного артрита комбинацию признаков:**

А - “летучие” артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно мелких суставов.

- Б - стойкие артралгии, “блок” сустава, остеофитоз
- В - острый моноартрит сустава большого пальца стопы

Г - симметричное поражение мелких суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов

Д - симметричное поражение крупных суставов в сочетании с лихорадкой, быстрый эффект НПВП с полным восстановлением функции сустава и отсутствием деформации

**137. Для ревматоидного артрита характерны:**

А - наличие костных разрастаний в области дистальных межфаланговых суставов кистей.

Б - экссудативные и пролиферативные изменения синовиальной оболочки пораженного сустава.

В - обязательное обнаружение РФ.

Г - все перечисленное.

Д - не характерен ни один из перечисленных признаков.

**138. Для болезни Такаясу нехарактерно:**

А - развитие заболевания преимущественно у молодых женщин

Б - поражение брахиоцефальных артерий

В - наличие синокаротидного синдрома

Г - частое развитие быстропрогрессирующей ПН

Д - длительное течение заболевания

**139. Для гранулематоза Вегенера наиболее характерно:**

А - поражение височной артерии

Б - наличие бронхоэктазов

В - язвенно-некротическое поражение носоглотки

Г - длительное течение

Д - все неверно

**140. В основе узелкового периартериита лежат:**

А - рецидивирующий тромбоз артерий среднего калибра

Б - иммунные поражения эндотелия сосудов среднего и мелкого калибра

В - аутоиммунный панартериит сосудов среднего и мелкого калибра

Г - все перечисленное верно

Д - все перечисленное неверно

**141. Для синдрома Гудпасчера наиболее характерно:**

А - кровохарканье

Б - лихорадка

В - ГН

Г - все перечисленное

Д - ни один из этих признаков

**142. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками:**

А - В осенне-зимний период

Б - Длительно

В - Не следует применять вообще

Г - При выделении гнойной мокроты

Д - При появлении кровохарканья

**143. Средствами выбора для лечения внебольничных пневмоний являются:**

А - Пенициллины

Б - Цефалоспорины первого и второго поколений

В - Фторхинолоны

Г - Макролиды

**144. Для синдрома очагового уплотнения легочной ткани какие перкуторные данные характерны:**

А - Тимпанический звук

Б - Коробочный звук

- В - Тупой звук
- Г - Притупление перкуторного звука
- Д - Ничего из перечисленного

**145.** Для синдрома наличия полости в легком какие перкуторные данные характерны:

- А - Тимпанический звук
- Б - Коробочный звук
- В - Тупой звук
- Г - Притупление перкуторного звука
- Д - Ничего из перечисленного

**146.** Для бронхообструктивного синдрома какие перкуторные данные характерны:

- А - Тимпанический звук
- Б - Коробочный звук
- В - Тупой звук
- Г - Притупление перкуторного звука
- Д - Ничего из перечисленного

**147.** Для синдрома скопления жидкости в плевральной полости какие перкуторные данные характерны:

- А - Тимпанический звук
- Б - Коробочный звук
- В - Тупой звук
- Г - Притупление перкуторного звука
- Д - Ничего из перечисленного

**148.** Для синдрома повышенной воздушности легочной ткани какие перкуторные данные характерны:

- А - Тимпанический звук
- Б - Коробочный звук
- В - Тупой звук
- Г - Притупление перкуторного звука
- Д - Ничего из перечисленного

**149.** Какой клинический синдром называется астматическим статусом:

А - Комплекс признаков, выявляемых при физикальном обследовании больного бронхиальной астмой в фазе обострения

Б - Тяжелый затяжной приступ бронхиальной астмы, не купирующийся бронхорасширяющими препаратами и сопровождающийся острой дыхательной недостаточностью, гипоксемией и гиперкапнией

В - Приступ бронхиальной астмы, не прекращающийся после ингаляции симпатомиметиков

Г - Серия следующих один за другим приступов бронхиальной астмы

Д - Затяжной приступ удушья, потребовавший применения кортикостероидов, но не сопровождающийся изменением газового состава крови.

**150.** Укажите ингаляционные препараты, содержащие М-холинолитик: 1) атровент, 2) бенакорт, 3) беротек, 4) беродуал, 5) спирива, 6) кропоз?

- А – 1,4,6
- Б – 2, 5, 6
- В – 1, 4, 5
- Г – 1, 3, 4
- Д – 1,3,4,5

	Б	1	А	1	Б	21	Г
	Г	2	Г	2	А	22	Б
	А	3	Д	3	Д	23	Б
	В	4	Д	4	Д	24	В
	Г	5	Г	5	Г	25	Д
	Д	6	Б	6	Г	26	Г
	Д	7	Д	7	Б	27	Д
	Г	8	Д	8	В	28	Б
	А	9	Б	9	А	29	Г
0	В	0	Б	0	В	30	А
1	Г	1	Б	1	А	31	Г
2	Г	2	В	2	В	32	Д
3	Б	3	Б	3	В	33	В
4	Д	4	Д	4	Г	34	Д
5	Г	5	Г	5	Г	35	В
6	А	6	В	6	В	36	Г
7	В	7	Г	7	Г	37	Б
8	Б	8	В	8	Г	38	Г
9	В	9	Б	9	Б	39	В
0	Д	0	Г	00	Б	40	В
1	В	1	Г	01	Д	41	Г
2	Г	2	Г	02	А	42	Г
3	Г	3	Д	03	Б	43	А
4	Г	4	Б	04	А	44	Г
5	Г	5	А	05	Г	45	А

<b>6</b>	Б	<b>6</b>	В	<b>06</b>	В	<b>46</b>	Д
<b>7</b>	В	<b>7</b>	Б	<b>07</b>	В	<b>47</b>	В
<b>8</b>	В	<b>8</b>	В	<b>08</b>	Д	<b>48</b>	Б
<b>9</b>	Д	<b>9</b>	Б	<b>09</b>	Г	<b>49</b>	Б
<b>0</b>	Г	<b>0</b>	В	<b>10</b>	А	<b>50</b>	В
<b>1</b>	Б	<b>1</b>	В	<b>11</b>	Г		
<b>2</b>	А	<b>2</b>	Б	<b>12</b>	Д		
<b>3</b>	Г	<b>3</b>	В	<b>13</b>	А		
<b>4</b>	Б	<b>4</b>	Г	<b>14</b>	Г		
<b>5</b>	Г	<b>5</b>	В	<b>15</b>	В		
<b>6</b>	Б	<b>6</b>	А	<b>16</b>	А		
<b>7</b>	Б	<b>7</b>	Г	<b>17</b>	Г		
<b>8</b>	В	<b>8</b>	Б	<b>18</b>	Д		
<b>9</b>	А	<b>9</b>	Д	<b>19</b>	Б		
<b>0</b>	В	<b>0</b>	Г	<b>20</b>	Г		