

Приложение к рабочей программе

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фонд оценочных средств по дисциплине:

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ

Направление подготовки (специальность): 31.05.01 - ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Квалификация (степень) выпускника: ВРАЧ-ЛЕЧЕБНИК

Факультет: ЛЕЧЕБНЫЙ

Форма обучения: ОЧНАЯ

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Факультетская терапия, профессиональные болезни». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

Тестовые задания для студентов четвертого курса лечебного факультета по дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни» по специальности Лечебное дело 31.05.01

Раздел 1. Заболевания бронхо-легочной системы

Тема «Пневмонии»

1. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Chlamydia pneumoniae
- 2) Staphylococcus aureus
- 3) Haemophilus influenzae
- 4) Pseudomonas aeruginosa
- 5) Klebsiella pneumonia

2. ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕ НОРМА

- 1) 2 недель
- 2) 4-6 недель
- 3) 2 месяцев

3. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ПЛЕВРОПНЕВМОНИИ

- 1) усиливаются при кашле
- 2) усиливаются при наклоне в здоровую сторону
- 3) усиливаются при наклоне в больную сторону

4. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) аминогликозиды
- 2) защищенные пенициллины
- 3) респираторные фторхинолоны
- 4) тетрациклины

5. В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

- 1) бронхиальное дыхание
- 2) ослабленное дыхание
- 3) крепитация
- 4) влажные хрипы
- 5) сухие хрипы

6. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) *Chlamydia pneumoniae*;
- 2) *Staphylococcus aureus*;
- 3) *Streptococcus pneumoniae*;
- 4) *Haemophilus influenzae*.
- 5) *Mycoplasma pneumoniae*
- 6) *Klebsiella pneumoniae*

7. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ОГРАНИЧЕННОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО ПОЛЯ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) крупозной пневмонии
- 2) ателектазе легкого
- 3) инфильтративном туберкулезе
- 4) плеврите
- 5) интерстициальной пневмонии

8. К РАЗВИТИЮ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ

- 1) дисфагия
- 2) инородное тело бронха
- 3) острое нарушение мозгового кровообращения
- 4) алкогольное опьянение
- 5) диабетическая кома
- 6) ингаляция глюкокортикостероидов

9. КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОНИИ ПО КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ

- 1) первичные, вторичные
- 2) внебольничные, нозокомиальные, атипичные
- 3) внебольничные, госпитальные, пневмонии у лиц с иммунодефицитом, аспирационные
- 4) бактериальные, вирусные, грибковые

10. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ

- 1) усилено на стороне поражения
- 2) не изменено
- 3) ослаблено на стороне поражения

11. ВОЗБУДИТЕЛЕМ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *Chlamydia pneumoniae*
- 2) *Staphylococcus aureus*
- 3) *Streptococcus pneumoniae*
- 4) *Haemophilus influenzae*

12. ОСЛОЖНЕНИЯ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

- 1) эмпиема плевры;
- 2) пневмоторакс;
- 3) тромбоэмболия легочной артерии;
- 4) эмфизема легких.

13. ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОМ ВЫПОТЕ ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ

- 1) усилено на стороне поражения
- 2) не изменено
- 3) ослаблено на стороне поражения

14. АЛЬТЕРНАТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) аминогликозиды
- 2) незащищенные пенициллины
- 3) респираторные фторхинолоны
- 4) цефалоспорины II поколения

15. ПРИТУПЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) пневмонии
- 2) обтурационного ателектаза
- 3) эмфиземы легких
- 4) опухоль

Тема «ХОБЛ»

16. ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ НИЖНИХ КРАЕВ ЛЕГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) эмфиземе легких
- 2) пневмонии
- 3) плевральных спайках
- 4) ХОБЛ

17. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН БОЛЬНОМУ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1) кашель с мокротой не менее 3 месяцев в году в течение 2 последних лет
- 2) кашель с мокротой в течение 3 месяцев в году
- 3) возникновение острого бронхита трижды за последние 2 года
- 4) кашель с мокротой в течение 4 месяцев в году
- 5) кашель с мокротой в течение 3 месяцев после перенесенной пневмонии

18. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1) сетчатый пневмосклероз
- 2) эмфизема легких
- 3) увеличение левого желудочка
- 4) очаговое затемнение

19. К МУКОЛИТИКАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) амброксол
- 2) бромгексин
- 3) ацетилцистеин
- 4) рофлумиласт

20. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХОБЛ

- 1) увеличение подвижности нижнего края легких
- 2) расширение границ сердца влево
- 3) расширение границ сердца вправо
- 4) крепитация
- 5) Удлинение выдоха
- 6) сухие свистящие хрипы
- 7) акцент второго тона на легочной артерии

21. ТРОМБАКСАН А 2 ОКАЗЫВАЕТ

- 1) тромбоцитагрегирующее действие
- 2) вазоконстрикторное действие
- 3) бронхоконстрикторное действие
- 4) бронходилатирующее действие

22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХОБЛ

- 1) туберкулез легких
- 2) спонтанный пневмоторакс
- 3) карнификация легких
- 4) эмфизема легких
- 5) хроническое легочное сердце

23. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ:

- 1) *Hemophilus influenzae*
- 2) *Streptococcus pneumoniae*
- 3) *Klebsiella pneumoniae*
- 4) *Escherichia coli*
- 5) *Staphylococcus aureus*
- 6) *Enterobacter spp.*

24. ОСНОВНЫЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

- 1) курение
- 2) аллергия

- 3) загрязнение воздушного бассейна
- 4) застой крови в малом круге кровообращения
- 5) климат
- 6) инфекции
- 7) социально-экономический статус.

25. ИНДЕКС ТИФФНО - ЭТО

- 1) отношение ЖЕЛ к ФЖЕЛ
- 2) отношение ОФВ1 к ФЖЕЛ
- 3) отношение ОФВ1 к ЖЕЛ
- 4) отношение ОФВ1 к МОС25-75

26. ИЗМЕНЕНИЯ ФВД, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХОБЛ

- 1) уменьшение остаточного объема
- 2) уменьшение ОФВ1, ФЖЕЛ
- 3) увеличение индекса Тиффно

27. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1) антибиотики
- 2) муколитики
- 3) глюкокортикостероиды
- 4) релвар
- 5) ультибро
- 6) спирива
- 7) рофлумиласт
- 8) кислородотерапия

28. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

- 1) отеки на ногах
- 2) одышка
- 3) боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, глубоком дыхании
- 4) асцит
- 5) набухание шейных вен

Тема «Бронхиальная астма»

29. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- 1) малопродуктивный кашель
- 2) постоянный кашель разной интенсивности
- 3) эозинофилия крови
- 4) эозинофилия мокроты
- 5) постоянная одышка без резких колебаний выраженности

30. ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) ингаляционные β -2 -агонисты
- 2) небулайзерная терапия (β -2 -агонисты, ГКС)
- 3) эуфиллин
- 4) системные ГКС
- 5) кислород терапия
- 6) антибиотики

31. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА - ЭТО ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ХАРА

- 1) гиперреактивностью бронхов
- 2) стойкой бронхиальной обструкцией
- 3) обратимой бронхиальной обструкцией
- 4) приступами экспираторной одышки
- 5) воспалением слизистой бронхов
- 6) гиперсекрецией бронхиальной слизи

32. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГКС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тремор рук
- 2) судороги
- 3) кандидоз полости рта
- 4) беспокойство

5) головная боль

33. К КОМБИНИРОВАННЫМ БРОНХОЛИТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) спирива
- 2) спииолто
- 3) беродуал
- 4) симбикорт

34. МОКРОТА ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОДЕРЖИТ

- 1) скопление лимфоцитов
- 2) скопление эозинофилов
- 3) скопление нейтрофилов
- 4) скопление эпителиальных клеток

35. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА 1 СТУПЕНИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) ингаляцию бета-2-адреномиметиков
- 2) ингаляцию кортикостероидов
- 3) метилксантины
- 4) стабилизаторы мембран тучных клеток

36. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИСТУПА УДУШЬЯ

- 1) экспираторная одышка
- 2) сухие свистящие хрипы
- 3) незначительное количество вязкой мокроты
- 4) инспираторная одышка
- 5) дистанционные хрипы
- 6) гнойная мокрота
- 7) повышение температуры
- 8) потливость
- 9) ослабленное дыхание
- 10) коробочный звук при перкуссии
- 11) положение ортопноэ

37. К МЕДИАТОРАМ ВОСПАЛЕНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩИМ БРОНХОСПАЗМ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) гистамин
- 2) брадикинин
- 3) лейкотриены
- 4) фактор активации тромбоцитов
- 5) соматостатин

38. ПРЕПАРАТЫ, КОНТРОЛИРУЮЩИЕ БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ

- 1) ингаляционные глюкокортикостероиды
- 2) эуфиллин
- 3) адреналин
- 4) системные кортикостероиды
- 5) бета-2-адреномиметики длительного действия
- 6) недокромил натрия

39. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПРИ ПРОБЕ С ИНГАЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) прирост ОФВ1 более чем на 15%
- 2) уменьшение ОФВ1 более чем на 15%
- 3) увеличение индекса Тиффно
- 4) уменьшение индекса Тиффно

40. СЛИЗИСТЫЙ СЕКРЕТ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) реснитчатые клетки
- 2) бокаловидные клетки
- 3) серозные клетки
- 4) секреторные клетки Клара

41. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ТРИГГЕРЫ БРОНХОСПАЗМА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

- 1) домашняя пыль
- 2) пыльца растений

- 3) шерсть кошки
- 4) холод
- 5) физическая нагрузка
- 6) стресс

42. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) частота дыхательных движений
- 2) участие в дыхании вспомогательной мускулатуры
- 3) влажные хрипы в лёгких
- 4) pO_2 и pCO_2
- 5) зоны «немного лёгкого»

43. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) сухой плеврит
- 2) кровохарканье
- 3) пневмоторакс
- 4) гидроторакс
- 5) ателектаз
- 6) тромбоэмболия легочной артерии

Тема «Нагноительные заболевания легких»

44. ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АБСЦЕССА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) легочное кровотечение
- 2) пиопневмоторакс
- 3) флегмона груди
- 4) большое количество мокроты
- 5) длительность заболевания 1 мес.
- 6) неэффективность комплекса консервативных и малоинвазивных хирургических методов лечения

45. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖНО ВЫ

- 1) бледность кожных покровов
- 2) «барабанные» палочки
- 3) «часовые стекла»
- 4) бочкообразная грудная клетка
- 5) ослабление везикулярного дыхания
- 6) усиление голосового дрожания
- 7) крупнопузырчатые хрипы
- 8) жесткое дыхание
- 9) акцент II тона на легочной артерии

46. БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1) бронхиальной астмой
- 2) ХОБЛ
- 3) пневмонией
- 4) туберкулезом

47. К ИНФИЦИРОВАНИЮ БРОНХОЭКТАЗОВ ВЕДУТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ

- 1) снижение устойчивости стенок бронхов к действию бронхорасширяющих сил
- 2) нарушение откашливания
- 3) застой и инфицирование секрета в расширенных бронхах
- 4) нарушение функции местной бронхопульмональной иммунной защиты
- 5) развитие воспалительного процесса в бронхах, приводящее к структурным изменениям

48. К ОСЛОЖНЕНИЯМ АБСЦЕССА И ГАНГРЕНЫ ЛЕГКИХ ОТНОСЯТСЯ

- 1) миокардит
- 2) эмпиема плевры
- 3) серозный плеврит
- 4) эмфизема легких
- 5) ДВС-синдром
- 6) Сепсис
- 7) кровотечение

49. КАШЕЛЬ С ОТХОЖДЕНИЕМ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ЗЛОВОННОЙ МОКРОТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) крупозной пневмонии
- 2) абсцессе легкого
- 3) бронхопневмонии
- 4) гангрене легкого

50. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кашель с отделением мокроты
- 2) кашель, сопровождающийся одышкой
- 3) болевой синдром
- 4) повышение температуры тела и интоксикационный синдром
- 5) кашель с кровохарканьем

Раздел 2. Заболевания сердечно-сосудистой системы

Тема «Атеросклероз, дислипидэмии»

51. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ПРОДУКТЫ, БОГАТЫЕ

- 1) витамином С
- 2) железом
- 3) калием
- 4) холестерином

52. У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕНИЕМ ТРИГЛИЦЕРИДОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) фибраты
- 2) альфа-липоевую кислоту
- 3) холосас
- 4) омега-3-ПНЖК

53. АНТИАТЕРОГЕННЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ЛИПОПРОТЕИДЫ

- 1) высокой плотности
- 2) низкой плотности
- 3) очень низкой плотности

54. ОСЛОЖНЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

- 1) асцит
- 2) инфаркт миокарда
- 3) пиелонефрит
- 4) пневмония

55. ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

- 1) гиперхолестеринемия
- 2) занятия физической культурой
- 3) отягощенная наследственность
- 4) рациональное питание

56. АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ СТАТИНОВ

- 1) острые заболевания печени
- 2) артериальная гипертензия
- 3) беременность
- 4) индивидуальная непереносимость

Раздел 2. Заболевания сердечно-сосудистой системы

Тема «Гипертоническая болезнь»

57. ДЛЯ III СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствие поражения органов-мишеней
- 2) наличие поражения органов-мишеней
- 3) наличие клинических проявлений со стороны органов-мишеней

58. ДЛЯ II СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствие поражения органов-мишеней
- 2) наличие поражения органов-мишеней
- 3) наличие клинических проявлений со стороны органов-мишеней

59. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ АД

- 1) выше 140/90
- 2) выше 160/95
- 3) выше 130/85

60. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) микроальбуминурия
- 2) протеинурия
- 3) лейкоцитурия
- 4) повышение креатинина в моче
- 5) повышение креатинина в крови

61. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) β -адреноблокаторы
- 2) β -адреномиметики
- 3) антагонисты кальция
- 4) сердечные гликозиды
- 5) диуретики

62. ОРГАНАМИ МИШЕНЯМИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сердце
- 2) головной мозг
- 3) почки
- 4) печень
- 5) сосуды

Тема «ИБС: стенокардия»

63. К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ИБС ОТНОСЯТСЯ

- 1) стресс- Эхо
- 2) суточный монитор ЭКГ
- 3) вентрикулография
- 4) внутрикоронарное УЗИ
- 5) коронароангиография

64. ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

- 1) анальгетики
- 2) β -блокаторы
- 3) метаболиты
- 4) дезагреганты
- 5) ингибиторы АПФ

65. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПР

- 1) 2-10 мин
- 2) 1-1,5 часа
- 3) 20-30мин
- 4) 24 часа

66. К НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ИБС ОТНОСЯТСЯ

- 1) стресс- Эхо
- 2) суточный монитор ЭКГ
- 3) вентрикулография
- 4) тредмил-тест
- 5) коронароангиография

67. К ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) физическая активность
- 2) эмоциональный стресс
- 3) неудобное положение тела
- 4) холодная ветреная погода

68. НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ

- 1) появлении болей в грудной клетке
- 2) появлении болевого синдрома в нижних конечностях
- 3) элевации сегмента ST на ЭКГ

4) увеличении ЧСС до 135 в мин

69. СТЕНОКАРДИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

1) преходящей ишемией миокарда, в основе которой лежит несоответствие между потребностью миокарда в коронарным артериям

2) необратимой ишемией миокарда

3) тромбозом коронарных артерий

4) воспалительным коронаритом

Тема «Инфаркт миокарда»

70. ДИАГНОЗ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ДАН

1) клинических симптомов

2) ЭКГ-признаков

3) биомаркеров некроза

4) выявление нарушения сердечного ритма

71. АНЕВРИЗМА СЕРДЦА - ЭТО

1) гипертрофия левого желудочка

2) гипертрофия правого желудочка

3) уменьшение левого желудочка

4) взбухание участка сердца

72. ПОЗДНИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

1) разрыв миокарда

2) синдром Дресслера

3) хроническая сердечная недостаточность

4) отек легких

5) кардиогенный шок

73. АБСОЛЮТНЫМИ ЭКГ КРИТЕРИЯМИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) элевация сегмента ST

2) вновь появившаяся ПБЛНПГ

3) А-В блокада II степени II типа

4) пароксизмальная тахикардия

5) фибрилляция предсердий

74. В СЫВОРОТКЕ ДОЛЬШЕ ВСЕХ СОХРАНЯЕТСЯ МАРКЕР НЕКРОЗА МИОКАРДА

1) КФК-МВ

2) миоглобин

3) тропонин-Т

4) АСТ

Тема «Аритмии»

75. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕХОДЯЩЕЙ АТРИОВЕНТРИ

1) ЭКГ в 12 отведениях

2) суточное мониторирование ЭКГ

3) эхокардиография

4) рентгенография грудной клетки

5) аускультация сердца

76. БОЛЬНОЙ 65 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ ЗНИЖНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА». ВЫЯВЛЕНО, ЧТО PQ УВЕЛИЧЕН ДО 0,4 С С ВЫПАДЕНИЕМ КОМПЛЕКСА QRS 4:1. ЧСС=40 В МИН.

1) атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц II

2) синдром Фредерика

3) мерцательная аритмия, брадикардическая форма

4) атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I

5) синоаурикулярная блокада III степени

77. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЭКГ-ПРИЗНАКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ:

1) отсутствие зубца "P"

2) наличие волн "f"

3) регулярность желудочковых комплексов (одинаковые "RR")

4) нерегулярность желудочковых комплексов (разные "RR")

5) зубцы "P" перед каждым комплексом QRS

78. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ:

1) ощущение сердцебиений

2) дефицит пульса

3) приступ Морганьи-Адамса-Стокса

4) одышка при физической нагрузке

5) расширение границ сердца вправо

79. ЭКГ ПРИЗНАКИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ:

1) комплекс QRS расширен и деформирован

2) желудочковый комплекс обычно неизменен

3) отсутствует зубец P перед комплексом QRS

4) зубцы P перед преждевременными комплексами

5) компенсаторная пауза неполная

6) обычно полная компенсаторная пауза

Тема «Острая ревматическая лихорадка»

80. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) золотистый стафилококк

2) β -гемолитический стрептококк группы A

3) вирус Эпштейн-Барр

4) эпидермальный стафилококк

81. К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТИЗМА ОТНОСЯТСЯ

1) кольцевидная эритема

2) кардит

3) ревматические узелки

4) перикардит

82. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

1) поражение мелких суставов кистей

2) симметричное поражение крупных суставов

3) мигрирующий характер болей

4) стойкая деформация суставов

Тема «Инфекционный эндокардит»

83. БОЛЬШИМИ КРИТЕРИЯМИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА (ИЭ) ЯВЛЯЮТСЯ

1) заболевания сердца, предрасполагающие к развитию ИЭ

2) внутривенное употребление наркотиков;

3) лихорадка с температурой тела 38-39 °C и более

4) выделение типичного для ИЭ возбудителя при посевах крови

5) эхокардиографически признаки поражения эндокарда - подвижные вегетации на клапанах сердца, абсцессы

84. ИЭ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) поражением пристеночного эндокарда

2) бактериемией

3) формированием недостаточности клапанов сердца

4) формированием стенозов клапанов сердца

85. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИЭ ЯВЛЯЮТСЯ

1) стрептококки и стафилококки;

2) протей и клебсиелла;

3) стрептококки и гемофильная палочка;

4) стафилококки и синегнойная палочка;

5) стрептококки и бактерии семейства энтеробактерий

86. ДИАГНОЗ ИЭ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ПРИ НАЛИЧИИ

1) 1 большого и 1 малого критериев

2) 1 большого и 3 малых критериев

3) 3 малых критериев

4) 1 большого и 5 малых критериев

87. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИЭ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1) цефепим + амикацин
- 2) меронем + ванкомицин
- 3) оксациллин + гентамицин
- 4) амоксициллин/клавуланат + ципрофлоксацин + метрогил

Тема «Хроническая сердечная недостаточность»

88. ОПРЕДЕЛИТЕ СТАДИЮ ХСН ПО СТРАЖЕСКО-ВАСИЛЕНКО У БОЛЬНОГО С ПОЯВЛЕНИЕМ РЕЗНАРЯДУ С ЗАСТОЙНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ПО БОЛЬШОМУ И МАЛОМУ КРУГУ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ТЕРАПИЯ ЗНАЧИТЕЛЬНО УЛУЧШАЕТ СОСТОЯНИЕ

- 1) I
- 2) IIa
- 3) IIб
- 4) III

89. К ПОЗДНИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ХСН ОТНОСЯТ

- 1) появление цианоза губ при физической нагрузке
- 2) снижение толерантности к выраженной нагрузке
- 3) увеличение печени
- 4) появление одышки при физической нагрузке

90. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ХСН ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) диуретики
- 2) иАПФ
- 3) НПВП
- 4) β -адреноблокаторы
- 5) антагонисты кальция
- 6) антиаритмические средства 1 класса

91. ПРЕПАРАТЫ, УВЕЛИЧИВАЮЩИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕ

- 1) ингибиторы АПФ
- 2) антагонисты рецепторов A2
- 3) нитраты
- 4) спиролактоны

92. ОПРЕДЕЛИТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС ХСН У БОЛЬНОГО С ОДЫШКОЙ, УТОМЛЯЕМОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ОГРАНИЧЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

Тема «Аортальные пороки»

93. СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ НАД ОСНОВАНИЕМ СЕРДЦА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) стенозе устья аорты
- 2) стенозе легочного ствола
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4) недостаточности митрального клапана

94. ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) ослабление 2 т над аортой, систолический шум в точке Боткина, систолическое дрожание на аорте
- 2) ослабление 1 тона, систолический шум на верхушке
- 3) ослабление 1 и 2 тонов, диастолический шум в точке Боткина
- 4) акцент 2 тона на аорте, систолический шум в точке Боткина
- 5) систолическое дрожание на аорте

Тема «Митральные пороки»

95. КЛОКОЧУЩЕЕ ДЫХАНИЕ И РОЗОВАЯ ПЕНИСТАЯ МОКРОТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) бронхоспазма
- 2) коллапса
- 3) обморока
- 4) отека легких

96. НАЗНАЧЕНИЕ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ

- 1) МНО
- 2) АЧТВ
- 3) фибриноген
- 4) ПТИ

Тема «ИБС: ОКС»

97. ИЗОФЕРМЕНТ КФК, УВЕЛИЧИВАЮЩИЙСЯ ПРИ ОИМ

- 1) КФК-ММ
- 2) КФК-МВ
- 3) КФК-ВВ
- 4) КФК-ВР
- 5) КФК -МР

98. К ДЕЗАГРЕГАНТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) эноксапарин
- 2) аспирин
- 3) клопидогрель
- 4) варфарин
- 5) фенилин

99. К СЕЛЕКТИВНЫМ В-БЛОКАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) атенолол
- 2) анаприлин
- 3) метопролол
- 4) папаверин
- 5) рибоксин

100. К ГРУППЕ ФИБРИНОЛИТИКОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) гепарин
- 2) альтеплаза
- 3) аспирин
- 4) стрептокиназа

Раздел 3. Заболевания желудочно-кишечного тракта

Тема «Хронический гастрит, функциональная диспепсия»

101. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) омепразол
- 2) амоксициллин
- 3) кларитромицин
- 4) мотилиум
- 5) плантаглюцид

102. К ПРОКИНЕТИКАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) мотилиум
- 2) нексиум
- 3) метоклопромид

103. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

- 1) дуоденально-гастральный рефлюкс
- 2) *Helicobacter pylori*
- 3) наличие аутоантител к слизи желудка
- 4) нарушение диеты

104. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ

- 1) адrenoблокаторы
- 2) М-холиноблокаторы
- 3) блокаторы гистаминовых H₁-рецепторов
- 4) блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов
- 5) блокаторы протонного насоса

105. ИНФИЦИРОВАНИЕ *H. PYLORI* ПРОИСХОДИТ

- 1) половым путем

- 2) воздушно-капельным путем
- 3) парентеральным путем
- 4) фекально-оральным путем

106. ДЛЯ КЛИНИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) субфебрильная температура
- 2) умеренный лейкоцитоз
- 3) диспепсический синдром
- 4) диарея
- 5) спастический стул

107. НЕИНВАЗИВНЫЕ ТЕСТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ H. PYLORI

- 1) гистологический
- 2) иммунологический
- 3) дыхательный
- 4) серологический
- 5) бактериологический

108. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ОТНОСЯТСЯ

- 1) анализ желудочного сока
- 2) рентгенография желудка
- 3) гастроскопия
- 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка
- 5) дуоденальное зондирование

Тема «ГЭРБ, язвенная болезнь»

109. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ГЭРБ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ГПОД
- 2) ожирение
- 3) курение
- 4) инфицирование H. Pylori
- 5) беременность

110. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ГЭРБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дисфония
- 2) дисфагия
- 3) изжога
- 4) боль в эпигастрии

111. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1) кровотечение
- 2) ахлоргидрия
- 3) стеноз пилорического отдела
- 4) перфорация

112. ИЗЖОГОЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) язвенная болезнь 12-перстной кишки
- 2) рефлюкс-эзофагит
- 3) скользящая грыжа пищеводного отдела диафрагмы
- 4) гастрит
- 5) дискинезия желчного пузыря

113. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЭЗОФАГИТА ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- 1) рентгенологический
- 2) ультразвуковой
- 3) эндоскопический

114. В ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) антисекреторные препараты
- 2) прокинетики
- 3) антибиотики
- 4) ферментные препараты
- 5) альгинаты

115. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ВЫРАЖЕННОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нарушения сна
- 2) диарея
- 3) изжога
- 4) тяжесть в эпигастрии

116. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШ

- 1) болями в животе ноющего характера, не связанными с приемом пищи
- 2) положительными симптомами раздражения брюшины
- 3) исчезновением болей в эпигастрии после еды
- 4) сезонностью обострения
- 5) усиление болей в эпигастрии после еды

Тема «Панкреатиты»

117. НАИБОЛЬШИЙ УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЧЕРЕЗ

- 1) 2-4 часа
- 2) 10-12 часов
- 3) 48-72 часа
- 4) 96-120 часов

118. В СЛУЧАЕ ТИПИЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ БОЛИ В

- 1) 15-20 мин
- 2) 40-60 мин
- 3) 1,5-2 часа
- 4) 4-5 часов

119. В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) омепразол
- 2) маалокс
- 3) октреотид
- 4) креон

120. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПРОТОВОЙ СИСТЕМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) ФГДС
- 2) ЭРХПГ
- 3) УЗИ поджелудочной железы
- 4) КТ поджелудочной железы

121. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1) злоупотребление алкоголем
- 2) аллергены
- 3) желчекаменная болезнь
- 4) абдоминальная ишемия
- 5) избыточная масса тела, гиперлипидемия

122. В КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) диету
- 2) кортикостероиды
- 3) ферментные препараты
- 4) анальгетики

Тема «Заболевания кишечника»

123. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО

- 1) ирригоскопия
- 2) колоноскопия
- 3) колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием

124. ДЛЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЭНТЕРИТЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) боль возникает через 3-4 часа после еды
- 2) боли уменьшаются после громкого урчания
- 3) боли интенсивные
- 4) боль усиливается во второй половине дня
- 5) гидрокортизон

125. КАКИЕ ВИДЫ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА

- 1) железодефицитная
- 2) В₁₂-дефицитная
- 3) гемолитическая

126. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

- 1) боли в животе
- 2) наличие крови в кале
- 3) креаторея
- 4) анемия
- 5) дефицит массы тела

127. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

- 1) запор
- 2) понос
- 3) наличие крови и слизи в каловых массах

128. ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) хронического энтерита
- 2) хронического колита

129. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА

- 1) иригография
- 2) исследование ферментов
- 3) колоноскопия
- 4) дуоденография в условиях гипотонии

130. КАКИЕ ВИДЫ АНЕМИИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА

- 1) железодефицитная
- 2) В₁₂-дефицитная
- 3) гемолитическая

Тема «Хронический холецистит, дискинезии желчевыводящих путей»

131. ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гиподинамия
- 2) беременность
- 3) кахексия
- 4) ожирение

132. К ХОЛЕРЕТИКАМ ОТНОСЯТ

- 1) холосас
- 2) циквалон
- 3) ксилит
- 4) оксафенамид

133. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИ-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСКИНЕЗИИ В ЛЕЧЕНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) холекинетики
- 2) холеретики
- 3) седативная терапия
- 4) парафиновые аппликации

134. ДЛЯ КАРДИАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) изменения на ЭКГ в виде уплощения или инверсии зубца Т
- 2) падение АД
- 3) синусовая тахикардия
- 4) тупые боли в области сердца после еды

135. В ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) кишечная палочка
- 2) гемофильная палочка
- 3) энтерококки
- 4) протей

136. К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСЯТ

- 1) холецистокинин
- 2) сульфат магния

3) облепиховое масло

4) холензим

137. ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ

1) холангитом

2) водянкой желчного пузыря

3) дискинезией желчевыводящих путей

4) образованием камней

138. В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

1) голод первые 3 дня

2) диету № 5

3) антибиотикотерапию

4) строгий постельный режим

139. ДЛЯ ГИПОТОНИЧЕСКИ-ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ХА

1) длительные тупые боли в правом подреберье

2) умеренное увеличение печени, связанное с застоем желчи

3) приступообразные резкие боли в животе

4) иррадиация болей в спину

140. В ТЕРАПИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКИ-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ В

1) тонизирующие препараты

2) седативные препараты

3) минеральные воды высокой минерализации

4) холеретики

141. К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1) застой желчи

2) тряская езда

3) регулярные физические нагрузки

4) прием НПВС

142. СИМПТОМОМ МЕРФИ ЯВЛЯЕТСЯ

РЕЗКОЕ УСИЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ВДОХЕ

а. болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа

2) болезненность при пальпации околопозвоночных зон 9-11 грудных позвонков и на 3 см справа

3) болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы

143. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ТОЛЬКО ДЛЯ ФАЗЫ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

1) Мерфи

2) Мюсси-Георгиевского

3) Алиева

4) Керра

144. ХОЛЕРЕТИК, ОБЛАДАЮЩИЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

1) холагол

2) оксафенамид

3) мята перечная

4) никодин

145. ПОКАЗАТЕЛЬ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ИНДИКАТОРОМ ОБОСТРЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА

1) С-реактивный белок

2) глюкоза

3) трансаминазы

4) креатинин

Тема «Циррозы печени»

146. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ

1) кортикостероиды + интерферон

2) цитостатики + интерферон

3) кортикостероиды + цитостатики

4) урсодезоксихолевая кислота + кортикостероиды

5) урсодезоксихолевая кислота + метотрексат

147. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ НУЖНО ОГРАНИЧИТЬ

- 1) белки
- 2) жиры
- 3) углеводы
- 4) жидкость
- 5) минеральные соли

148. МЕТОД, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ («ЗОЛОТОЙ СТА

- 1) биохимическое исследование
- 2) УЗИ
- 3) биопсия
- 4) сканирование
- 5) компьютерная томография

149. ПРИЗНАКИ, ОТРАЖАЮЩИЕ ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

- 1) асцит
- 2) голова медузы
- 3) геморрой, варикозное расширение вен пищевода
- 4) желтуха
- 5) спленомегалия

150. КЛАССИФИКАЦИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕД

- 1) асцит, энцефалопатия
- 2) холестерин, мочевины
- 3) протромбиновое время, альбумин, билирубин
- 4) питание

Раздел 4. Болезни почек

Тема «Острые и хронические нефриты»

151. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ, КОТОРЫЙ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕ

- 1) иммунокомплексный
- 2) антительный (антитела к базальной мембране клубочков)
- 3) токсическое повреждение почек
- 4) дистрофические изменения
- 5) ишемический

152. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ХГН НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- 1) назначения патогенетической терапии
- 2) оценки прогноза заболевания
- 3) установления клинической формы заболевания
- 4) оценки функционального состояния почек
- 5) назначения антибактериальной терапии

153. У БОЛЬНОГО С ВЫРАЖЕННЫМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ БЕЗ ТОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ТОШНОТА, РВОТА, ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 39, КОЖЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И БЕДРАХ - ЭРИТЕМЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА

- 1) бактериальный перитонит
- 2) абдоминальный нефротический криз
- 3) почечная колика
- 4) апостематозный пиелонефрит
- 5)

кишечная колика

154. ОЦЕНИТЬ АКТИВНОСТЬ ХГН ПОЗВОЛЯЮТ

- 1) увеличение креатинина
- 2) диспротеинемия
- 3) гиперазотемия при нормальных размерах почек
- 4) гиперлипидемия

155. БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В СТАЦИОНАР В СЛУЧАЕ

- 1) декомпенсации нефрогенной артериальной гипертензии
- 2) нарастании протеинурии
- 3) увеличении эритроцитурии
- 4) ухудшении функционального состояния почек

156. У БОЛЬНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КАЛИЯ В ПЛАЗМЕ 6 МЭКВ/Л. ПРИ ВЫБОРЕ МОЧЕГОННОГО ПРЕПАРАТА ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ

- 1) фуросемиду
- 2) верошпирону
- 3) триамтерену
- 4) арифону
- 5) гипотиазиду

157. В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

- 1) полусинтетические пенициллины
- 2) тетрациклин
- 3) бисептол
- 4) фурагин
- 5) фторхинолоны

158. У ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ, ЗАБОЛЕВШЕГО АНГИНОЙ, НА 5-Й ДЕНЬ БОЛЕЗНИ ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, МАКРОГЕМАТУРИЯ, ПОВЫСИЛОСЬ АД. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) острый гломерулонефрит
- 2) острый пиелонефрит
- 3) обострение хронического гломерулонефрита
- 4) амилоидоз почек

159. СРЕДИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ СЧИТАЕТСЯ

- 1) минимальные изменения
- 2) мезангио-пролиферативный
- 3) окально-сегментарный гиалиноз склероз
- 4) мезангио-мембранозный

160. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

- 1) нефротический синдром
- 2) мочевого синдром
- 3) гипертензия
- 4) почечная недостаточность
- 5) профилактический курс терапии

Тема «Хроническая болезнь почек»

161. ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ПОДОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) через 3-5 месяцев от начала заболевания
- 2) через год
- 3) через 3 года
- 4) с первых недель заболевания
- 5) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии

162. БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В СТАЦИОНАР В СЛУЧАЕ

- 1) декомпенсации нефрогенной артериальной гипертензии
- 2) нарастании протеинурии
- 3) увеличении эритроцитурии
- 4) ухудшении функционального состояния почек

163. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СКВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1) амилоидоза
- 2) интерстициального нефрита
- 3) пиелонефрита
- 4) гломерулонефрита
- 5) папиллярного некроза

164. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) повышение содержания мочевины в крови
- 2) повышение содержания креатинина в крови

3) гиперфосфатемия

4) гиперкалиемия

5) гиперурикемия

165. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) эмбологенный инфаркт

2) гломерулонефрит

3) амилоидоз

4) пиелонефрит

166. К УРЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ

1) кожный зуд

2) эритроцитоз

3) полиурия, полидипсия

4) тошнота, рвота

5) мышечные судороги

167. ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ДИЕТЫ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМОТРЕТЬ

1) ограничение белка

2) остаточную калорийность пищи

3) включение калийсодержащих продуктов

4) назначение кетостерила

168. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЮПУС-НЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1) ритуксимаб

2) метотрексат

3) азатиоприн

4) сульфасалазин

5) циклофосфан

169. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

1) амилоидозе

2) системной красной волчанке

3) диабетической нефропатии

4) геморрагическом васкулите

170. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) гломерулярный некроз

2) папиллярный некроз

3) тубулярный некроз

4) поражения интерстиция

5) гидронефроз

Раздел 5. Диффузные заболевания соединительной ткани

Тема «Ревматоидный артрит»

171. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

1) симметричный артрит

2) эрозии суставных поверхностей

3) поражение дистальных межфаланговых суставов

4) поражение проксимальных межфаланговых суставов

172. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ СУЖЕНИЯ СУСТАВНЫХ ЩЕЛЕЙ, НАЛИЧИЯ КИСТОВИДНЫХ ПРОСВЕТЛЕНИЙ И ЕДИНИЧНЫХ ЭРОЗИЙ СООТВЕТСТВУЮТ

1) I стадии ревматоидного артрита

2) II стадии ревматоидного артрита

3) III стадии ревматоидного артрита

4) IV стадии ревматоидного артрита

173. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) через 2 недели

2) через 1 месяц

3) через 1,5-2 месяца

4) через 6 месяцев

174. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИВШЕЙСЯ ПРОТЕИНУРИИ (ДО 2 Г/СУТКИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амилоидоз почек
- 2) гломерулонефрит
- 3) пиелонефрит
- 4) интерстициальный нефрит
- 5) тромбоз почечных вен

175. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАНЕЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- 1) в локтевых суставах
- 2) в проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах
- 3) в голеностопных суставах
- 4) в первом плюснефаланговом суставе

176. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение СОЭ
- 2) наличие в сыворотке крови С-реактивного белка
- 3) повышение уровня α_2 -глобулина
- 4) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора
- 5) повышение в синовиальной жидкости количества лейкоцитов

177. ДЛЯ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) диклофенак натрия
- 2) кеналог
- 3) дипроспан
- 4) сульфасалазин
- 5) мовалис

178. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) артрит суставов кистей
- 2) утренняя скованность более 1 часа
- 3) повышение уровня СОЭ
- 4) повышение уровня ревматоидного фактора
- 5) субфебрилитет

179. ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) синдром Иценко-Кушинга
- 2) остеопороз
- 3) геморрагический цистит
- 4) миокардиодистрофия
- 5) амилоидоз

180. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ СУЖЕНИЯ СУСТАВНЫХ ЩЕЛЕЙ, НАЛИЧИЯ КИСТОВИДНЫХ ПРОСВЕТЛЕНИЙ, МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭРОЗИЙ И ПОДВЫВИХОВ СУСТАВОВ СООТВЕТСТВУЮТ

- 1) I стадии ревматоидного артрита
- 2) II стадии ревматоидного артрита
- 3) III стадии ревматоидного артрита
- 4) IV стадии ревматоидного артрита

181. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) дистальные межфаланговые суставы
- 2) проксимальные межфаланговые суставы
- 3) первый пястно-фаланговый сустав
- 4) суставы шейного отдела позвоночника

182. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) остеопороз
- 2) эрозии суставных поверхностей
- 3) остеосклероз

- 4) сужение суставной щели
- 5) остеофитоз

183. ИНГИБИТОРЫ ФНО-А , ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

- 1) ремикейд
- 2) лефлуномид
- 3) метотрексат
- 4) сульфасалазин
- 5) адалимумаб

184. ПРИЗНАКАМИ АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) припухлость
- 2) гиперемия
- 3) деформация
- 4) нарушение сгибания
- 5) повышение температуры над поверхностью сустава

185. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1) в течение года
- 2) в течение 3 лет
- 3) до устранения симптомов артрита
- 4) пожизненно

186. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ СУЖЕНИЯ СУСТАВНЫХ ЩЕЛЕЙ, НАЛИЧИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭРОЗИЙ, АНКИЛОЗА СУСТАВОВ СООТВЕТСТВУЮТ

- 1) I стадии ревматоидного артрита
- 2) II стадии ревматоидного артрита
- 3) III стадии ревматоидного артрита
- 4) IV стадии ревматоидного артрита

Тема «СКВ»

187. В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ СКВ К ПОРАЖЕНИЯМ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) дискоидные очаги
- 2) фотосенсибилизация
- 3) эритема в зоне скуловых дуг и спинки носа
- 4) пальпируемая пурпура

188. ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА У БОЛЬНОЙ СКВ II СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

- 1) 10 мг/сутки
- 2) 15-20 мг/сутки
- 3) 0,5 мг/кг/сутки
- 4) 1 мг/кг/сутки

189. ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СКВ ХАРАКТЕРНО

- 1) стойкие эрозивные артриты мелких суставов кисти
- 2) преимущественное поражение крупных суставов
- 3) частое развитие контрактур
- 4) мигрирующие артралгии или артриты

190. ДЛЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ СКВ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) преднизолон
- 2) дексаметазон
- 3) метилпреднизолон
- 4) триамцинолон

191. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СКВ

- 1) серопозитивность по ревматоидному фактору
- 2) повышение уровня комплемента
- 3) ложноположительная реакция Вассермана
- 4) повышение титра антител к нативной ДНК
- 5) высокое содержание в крови С-реактивного белка

192. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ПРИ СКВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цереброваскулит

- 2) высокая активность заболевания
- 3) прогрессирующий люпус-нефрит
- 4) гемолитический криз
- 5) злокачественная АГ

193. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СКВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) фотосенсибилизация
- 2) плеврит
- 3) пальпируемая пурпура
- 4) лейкоцитоз
- 5) повышенный титр АНФ

194. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В КРОВИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СКВ

- 1) анемия
- 2) антитела к нативной ДНК
- 3) гипокомплементемия
- 4) повышение уровня ЦИК

195. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ СКВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) активный волчаночный нефрит
- 2) высокая степень активности
- 3) выраженный синдром Рейно
- 4) резистентность к глюкокортикостероидам

196. ПРИЧИНАМИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА СУСТАВОВ ПРИ СКВ МОГУТ БЫТЬ

- 1) остеопороз
- 2) использование высоких доз ГКС
- 3) высокая активность заболевания
- 4) травма сустава
- 5) гиподинамия

197. ЗНАМЕНИТЫЙ СОВЕТСКИЙ И РОССИЙСКИЙ [РЕВМАТОЛОГ](#), ПОЧЁТНЫЙ ПРЕЗИДЕНТ АССОЦИАЦИИ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ, АКАДЕМИК РАМН, МНОГИЕ ТРУДЫ КОТОРОГО ПОСВЯЩЕНЫ ИЗУЧЕНИЮ СКВ

- 1) Насонов Е.Л.
- 2) Насонова В.А.
- 3) Клюквина Н.Г.
- 4) Бадюкин В.В.

198. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СКВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) фотосенсибилизация
- 2) судороги, психозы
- 3) полинейропатия
- 4) миокардит

199. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ СКВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) активный волчаночный нефрит
- 2) высокая степень активности
- 3) выраженный синдром Рейно
- 4) резистентность к глюкокортикостероидам

200. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ СКВ ПРОВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1) ВАШ
- 2) DAS 28
- 3) SELENA-SLEDAI
- 4) BASDAI

Раздел 6. Профессиональные болезни

Тема «Профессиональные болезни, обусловленные воздействием производственной пыли»

201. ПНЕВМОКОНИОЗ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПРОЦЕССАХ

- 1) бурение
- 2) электромонтажные работы
- 3) дробление
- 4) обрубка литья

202. НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИЛИКОЗА

1) хронический бронхит

2) туберкулез

3) болезнь Менъера

4) синдром Шенлейн – Геноха

203. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ

1) бронхолитики

2) биостимуляторы

3) отхаркивающие

4) щелочные ингаляции

204. КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ВЕЩЕСТВ ЯВЛЯЮТСЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИМИ РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

1) графит

2) канифоль

3) хлопковая пыль

4) битум

205. ПНЕВМОКОНИОЗЫ ОТ ВДЫХАНИЯ ПЫЛИ, СОДЕРЖАЩЕЙ АСБЕСТ, ТАЛЬК, ЦЕМЕНТ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

1) силикатозов

2) карбокониозов

3) металлокониозов

4) нитрокониозов

206. НАЗОВИТЕ ВЕДУЩИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОКОНИОЗОВ

1) рентгенография легких

2) фибробронхоскопия

3) изучение функции внешнего дыхания

4) биопсия легких

207. К ОСНОВНЫМ ПРОФЕССИЯМ, В КОТОРЫХ МОЖЕТ ВСТРЕТИТЬСЯ СИЛИКОЗ, ОТНОСЯТСЯ

1) бурильщики

4) проходчики

2) газосварщики

5) обрубщики

208. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ СИЛИКОЗА ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ

1) интерстициальная

2) медленно-прогрессирующая

3) узловая

4) быстро прогрессирующая

209. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА

1) астматическая форма

2) смешанная форма

3) эмфизематозная форма

4) быстро прогрессирующая форма

210. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ПНЕВМОКОНИОЗА ФОРМАМИ, МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ

1) интерстициальный тип фиброза

2) узелковый тип фиброза

3) инфильтраты

4) узловой тип фиброза

211. КАКИЕ ЖАЛОБЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫМ СИЛИКОЗОМ

1) кашель сухой

2) кашель с мокротой

3) кровохаркание

4) одышка

212. КАКИЕ ВРЕДНЫЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ НА УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ ШАХТАХ

1) ионизирующее и неионизирующее излучение

2) запыленность воздуха, шум, вибрация

3) производственные аллергены

4) вещества раздражающего и удушающего действия

213. К КАКОЙ ПО ТЕЧЕНИЮ ФОРМЕ ОТНОСИТСЯ СИЛИКОЗ, НАЧАВШИЙСЯ ЧЕРЕЗ 6 ЛЕТ ОТ НАЧАЛА РАБОТЫ С ПЫЛЬЮ И ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ РАЗВИВШИЙСЯ ДО УЗЛОВОЙ ФОРМЫ

1) медленно - прогрессирующий

2) быстро прогрессирующий

3) поздний

4) ранний

214. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СИЛИКОЗ

1) канцероматоз легких

2) пневмония

3) ревматоидное поражение легких

4) инфаркт легких

215. КАКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ НАБЛЮДАЮТСЯ У РАБОТНИКОВ ПТИЦЕФЕРМ

1) бронхиальная астма

2) обструктивный бронхит

3) гранулематоз легких

4) рак легкого

Раздел 6. Профессиональные болезни

Тема «Профессиональные болезни, обусловленные воздействием физических факторов производственной среды»

216. КРИТЕРИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ХОЛОДОВОЙ ПРОБЫ ЭТО

1) побеление пальцев рук

2) покраснение пальцев рук

3) возникновение приступа головных болей

4) появление боли в плечевых суставах

217. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРИВЕДЕННОГО НИЖЕ СПИСКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ВРЕДНЫЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ В СТАЛЕ-ПЛАВИЛЬНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

1) запыленность воздуха, шум, физические перегрузки

2) общая вибрация

3) неионизирующее излучение

4) ультрафиолетовое излучение

219. НАЗОВИТЕ СИНДРОМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

1) ангиодистонический

2) вегетомиофасциальный

3) ангиоспастический

4) цереброкардиальный

220. ВЫБЕРИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ (СОГЛАСНО ПРИКАЗУ № 90) МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

1) капилляроскопия

2) паллезиометрия

3) реовазография

4) в/к адреналиновая проба

221. ВЫБЕРИТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

1) сосудорасширяющие

2) комплексоны

3) холинолитики

4) ганглиоблокаторы

222. НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ВИБРАЦИОННУЮ БОЛЕЗНЬ

1) синдром Рейно

2) остеохондроз позвоночника

3) травматический плексит

4) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

Раздел 6. Профессиональные болезни

Тема «Профессиональные болезни, обусловленные воздействием химических факторов производственной среды»

223. ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ КАКИХ ИЗ УКАЗАННЫХ ВЕЩЕСТВ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ «ЛИТЕЙНАЯ ЛИХОРАДКА»

- 1) цинк
- 2) бром
- 3) сурьма
- 4) таллий

224. К КАКОЙ ГРУППЕ ЯДОВ ПО КЛИНИЧЕСКИМ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ДАННЫМ МОЖЕТ БЫТЬ ОТНЕСЕН СЕРОУГЛЕРОД

- 1) к сердечно - сосудистым
- 2) к желудочно-кишечным
- 3) к кровяным
- 4) к нейротропным

225. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СВИНЦОВОЙ КОЛИКИ

- 1) резкие схваткообразные боли в области подчревного сплетения
- 2) артралгии
- 3) повышение артериального давления
- 4) полиневропатия

Ключ к тестам:

1)	4,5
2)	2
3)	1,2
4)	2
5)	2,3,4
6)	1,5
7)	1,2,3,4
8)	1,2,3,4,5
9)	3
10)	1
11)	3
12)	1
13)	3
14)	3
15)	1,2,4
16)	1,3
17)	1
18)	1,2
19)	1,2,3
20)	3,5,6,7
21)	1,2,3
22)	2,5
23)	1,2,3

24)	1,3,5,6,7
25)	2
26)	2
27)	5,6
28)	1,2,4,5
29)	1,3,4
30)	1,2,4
31)	1,3,4,5,6
32)	3
33)	2,3
34)	2
35)	1
36)	1,2,3,8
37)	1,2,3,4
38)	1,5,6
39)	1
40)	2
41)	1,2,3
42)	1,2,4,5
43)	3,5
44)	1,2,3,6
45)	1,2,3,4,7,8,9
46)	2
47)	2,3,4
48)	2,3,5,6,7
49)	2,4
50)	1
51)	4
52)	1, 4
53)	1
54)	2
55)	1, 3
56)	1, 3, 4
57)	3
58)	2
59)	1
60)	1, 2, 5
61)	1, 3, 5, 6
62)	1, 2, 3, 5
63)	3, 4, 5
64)	2, 4
65)	1

66)	1, 2, 4
67)	1, 2, 4
68)	1, 3
69)	1
70)	1, 2, 3
71)	4
72)	2, 3
73)	1, 2
74)	3
75)	2
76)	1
77)	1, 2, 4
78)	1, 2, 4
79)	1, 3, 6
80)	2
81)	1,2,3
82)	2, 3
83)	4, 5
84)	1, 2, 3
85)	1
86)	1
87)	3
88)	3
89)	3
90)	1, 2, 4
91)	1, 2, 4
92)	3
93)	1
94)	1
95)	4
96)	1
97)	2
98)	2, 3
99)	1, 3
100)	2, 4
101)	1, 2, 3
102)	1, 3
103)	2
104)	5
105)	4
106)	3
107)	2, 3

108)	1, 2, 3, 4
09)	1, 2, 3, 5
110)	3
111)	1, 3, 4
112)	1, 2, 3, 4
113)	3
114)	1, 2, 5
115)	1, 3, 4
116)	3, 4
117)	3
118)	2
119)	1, 3, 4
120)	2
121)	1, 3, 5
122)	1, 3, 4
123)	3
124)	1,2,4
125)	1,2
126)	1, 2, 4
127)	3
128)	1
129)	3
130)	3
131)	1,2,4
132)	1,2,4
133)	2,3,4
134)	1,3,4
135)	1
136)	1,2,3
137)	1,2,4
138)	2,3
139)	1,2
140)	2,4
141)	1
142)	1
143)	3
144)	4
145)	1
146)	5
147)	1
148)	3
149)	1, 2, 3, 5

150)	1, 3, 4
151)	1
152)	1
153)	2
154)	1, 2, 3, 4
155)	1, 2, 3, 4
156)	1
157)	1
158)	2
159)	4
160)	1
161)	1
162)	1, 2, 3, 4
163)	4
164)	4
165)	1, 2, 3
166)	2
167)	1, 2, 3, 4
168)	1, 3, 4
169)	1, 2, 3, 4
170)	3
171)	1, 2, 4
172)	2
173)	4
174)	2, 4
75)	2
176)	2, 3
177)	4
178)	1, 2, 4
179)	1, 2, 4
180)	3
181)	2, 3
182)	1, 2, 4
183)	1, 5
184)	1, 2, 4, 5
185)	4
186)	4
187)	1, 2, 3
188)	2
189)	3, 4
190)	3
191)	5

192)	1, 3
193)	1, 2, 5
194)	2
195)	1, 2, 4
196)	2, 3
197)	2
198)	1, 2
199)	1, 2, 4
200)	3
201)	1, 3, 4
202)	1, 2
203)	1, 3
204)	2, 4
205)	3
206)	1
207)	4, 5
208)	2,4
209)	1, 2, 3
210)	1, 2, 4
211)	1, 4
212)	2
213)	2
214)	1, 2
215)	1
216)	1
217)	1
218)	2
219)	1, 3
220)	1, 2
221)	1, 3, 4
222)	1, 2
223)	1, 2, 3
224)	1, 3, 4
225)	1, 3.

Задачи для студентов четвертого курса лечебного факультета
по дисциплине «Факультетская терапия, профессиональные болезни»
по специальности Лечебное дело 31.05.01

Задача 1. Вызов реанимационной бригады «скорой помощи» на предприятие к женщине 24 лет, которая во время контрольного урока внезапно потеряла сознание, побледнела. Отмечались клонические судороги. Через 2-3 минуты сознание восстановилось. При осмотре кожные покровы бледные, ЧСС 40 ударов в мин., на снятой одноканальной ЭКГ-зубец Р определяется, интервал Р-Р постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, интервал Р-Р постоянный.

Вопросы и задания:

1. Диагноз
2. Экстренная помощь
3. Какова должна быть тактика лечащего врача при ведении больного?

Ответы:

1. Приступ Морганьи-Адамса-Стокса при нарушении проводимости сердца АВ блокаде 3 степени.
2. Может быть применен атропин 0,1% - 1 мл.
3. Данному пациенту необходима госпитализация в специализированный стационар для решения вопроса о имплантации кардиостимулятора.

Задача 2. Больная 55 лет поступила экстренно в стационар с жалобами на боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, аритмичные, тахикардия. АД=110/70 мм.рт.ст. Во время осмотра внезапно потеряла сознание, дыхание отсутствует, пульс не определяется. На ЭКГ – волнообразная кривая.

Вопросы и задания:

1. Диагноз
 2. Неотложные мероприятия.
1. Ответы:
2. ОКС, фибрилляция желудочков.
 3. Реанимационные мероприятия: ЭИТ, ИВЛ, лидокаин 80 мг в/в. Перевод в реанимационное отделение.

Задача 3. Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шел с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия

сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Ответы:

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KILLIP класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПС3аА1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени.
 2. Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли или других неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке) и инструментальных данных (стойкие подъемы сегмента ST или «новая», впервые возникшая, или предположительно впервые возникшая ПБЛНПГ на ЭКГ). Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии III тона и хрипов в легких. Стадия гипертонической болезни соответствует III, так как у пациента имеет место сердечно-сосудистые заболевания (ИБС). Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечно-сосудистых событий расценен как очень высокий (4). Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м², повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев. Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.
 3. Предпочтительная стратегия реперфузии – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В условиях, когда первичное ЧКВ не может быть вовремя проведено, следует рассмотреть реперфузию с помощью тромболизиса, который, в частности, может быть начат уже догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В этом случае после тромболизиса должна следовать немедленная транспортировка в ЧКВ-центр для рутинной коронарографии.
 4. Пероральная доза Ацетилсалициловой кислоты 150-300 мг с переходом на 75- 100 мг перорально ежедневно. Предпочтительные блокаторы P2Y₁₂ рецепторов - Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг с последующим 90 мг 2 раза в сутки). Используется двойная антиагрегантная терапия, так как она уменьшает частоту неблагоприятных коронарных событий за счет блокады альтернативных путей активации тромбоцитов.
 5. С учетом клинических данных вероятно развитие у пациента ранней постинфарктной стенокардии (нестабильная стенокардия IIIС класс по Браунвальду). Для исключения рецидива инфаркта миокарда требуется динамика маркеров некроза миокарда (тропонин, КФК-МВ) через 6 и 12 часов, а также контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов. При отрицательной динамике - провести повторную коронароангиографию (исключить тромбоз стента).
- Задача 4. Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40 °С, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке;

боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные. Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40 °С. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4 °С, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован. При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м². Температура тела - 38,9 °С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2 тона на а. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край печени гладкий. Отеки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - $15,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м², СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения. При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к Оксациллину, Цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответы:

1. Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН IIА, ФК 3 по NYHA.
2. Диагноз основного заболевания не вызывает сомнений: наблюдались 2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита, а также лабораторные признаки синдрома системного воспалительного ответа, анемия, свойственные трикуспидальной локализации инфекционного эндокардита.
3. Пациенту рекомендовано: проведение повторного общего анализа крови и посева крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, биохимических анализов крови (функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина), маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции; рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХОКГ в динамике; УЗИ-исследование почек; консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-психиатра-нарколога.
4. С момента постановки диагноза – немедленная госпитализация. Исключить прием наркотических средств. Применение антибактериальной терапии острого инфекционного эндокардита, вызванного оксациллинчувствительным штаммом золотистого стафилококка

(OSSA). Пациенту должна быть назначена антибактериальная терапия в соответствии с существующими рекомендациями при стафилококковом инфекционном эндокардите: Цефтриаксон в дозе 2 г/сутки в/в в сочетании с Амикацином – 1 г/сут в течение 10 дней. В последующем - лечение Цефтриаксоном в указанной дозировке продолжать до 6 недель.

5. Через 6 недель регулярной антибактериальной терапии температура должна стойко нормализоваться, гемокультура в посеве крови не выделяться. Продолжить динамическое наблюдение. С учетом патологии клапанов есть показания к оперативному лечению - выполнение операции протезирования трикуспидального клапана.

Задача 5. Пациент А. 45 лет, инженер, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приемный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9 /л$, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.
5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - $11 \times 10^9 /л$, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответы:

1. Внебольничная пневмония бактериальная (возбудитель не уточнен), полисегментарная с локализацией в средней и нижней долях правого легкого, тяжелое течение, осложненная ОДНІ.
2. Стадия начала болезни обычно выражена очень отчетливо. Заболевание возникло остро, среди полного здоровья внезапно появился озноб, отмечается повышение температуры тела 39°С, боли в грудной клетке при кашле, головная боль, сухой кашель, общая слабость. Отмечается одышка с ЧДД - 24 в 1 минуту, укорочение перкуторного звука, ослабление

везикулярного дыхания справа в нижней доли, лейкоцитоз - более $13,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерный сдвиг влево до юных форм, рентгенологические признаки - инфильтрация легочной ткани.

3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы: на 2-3 день и после окончания антибактериальной терапии; биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, креатинин, мочевины, глюкоза, электролиты, фибриноген, СРБ): при поступлении и через 1 неделю при наличии изменений или клиническом ухудшении; пульсоксиметрия при поступлении и в динамике; исследование газов артериальной крови: ежедневно до нормализации показателей; рентгенография органов грудной клетки: в динамике (при отсутствии эффективности стартовой антибактериальной пневмонии через 48-72 часа, через 3-4 недели - оценка динамики разрешения пневмонии); электрокардиография в стандартных отведениях; общий анализ мокроты и бактериологическое исследование мокроты для определения возбудителя пневмонии и определения чувствительности последнего к антибактериальным препаратам; мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы. Бактериологическое исследование крови. Уровень прокальцитонина (коррелирует с тяжестью состояния пациента, прогнозом и этиологией – выше при бактериальной инфекции). Экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

4. Пациента необходимо госпитализировать. Режим постельный. При ОДН: кислородотерапия. При тяжелой внебольничной пневмонии (ВП) назначение антибиотиков должно быть неотложным. Пациент без факторов риска инфицирования *P. aeruginosa* и аспирации. Препаратами выбора являются внутривенное введение препаратов (Цефтриаксон, Цефотаксим, Цефепим, Цефтаролин, Эртапенем или ингибиторзащищенные пенициллины (Амоксициллин/Клавуланат 1,2 г внутривенно капельно 3 раза в сутки)) в комбинации с внутривенными макролидами (Кларитромицин, Азитромицин), Азитромицин - 500 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки 3 дня, через 3 дня при нормализации температуры переход на пероральный прием препарата этого же класса: Амоксициллин/Клавуланат 1 г 2 раза в сутки. Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения. Критерии адекватности антибактериальной терапии: температура тела ниже $37,5^{\circ}\text{C}$; отсутствие интоксикации; отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД - менее 20 в минуту); отсутствие гнойной мокроты; количество лейкоцитов в крови - менее 10×10^9 /л, нейтрофилов - менее 80%, юных форм - менее 6%; отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме - Амброгексал 0,3 г 3 раза в день перорально.

5. Антибактериальная терапия неэффективна. Требуется смена антибактериальной терапии на респираторные фторхинолоны. Из фторхинолонов предпочтение Левофлоксацину 500 мг 2 раза в день в/в капельно, Моксифлоксацину 400 мг в/в капельно. Методический центр аккредитации специалистов_Лечебное дело_2018 5 В случае неэффективности антибактериальной терапии провести обследование пациента для уточнения диагноза, выявления осложнений внебольничной пневмонии, оценить результаты микробиологических исследований. Оценить необходимость проведения диагностической фибробронхоскопии с биопсией бронха и исследования промывных вод бронхов – бактериальный посев, исследования на кислотоустойчивые микроорганизмы, атипичные клетки СКТ органов грудной клетки при наличии неэффективности антибактериальной терапии

Задача 6. Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$. Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать

экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота желто-зеленого цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объем, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приемный покой городской больницы. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отеков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла. Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/л$, Нв -165 г/л, Нt - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зеленого цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Ответы:

1. Хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелого течения, 4 степени, с выраженными симптомами, высокий риск, в фазе инфекционного обострения. Индекс курения 45 пачка/лет. ДН 2 ст.
2. Длительное предшествующее курение табака - индекс курения 45 пачка/лет – фактор риска хронической обструктивной болезни легких. Симптомы медленно прогрессируют. Увеличение объема и гнойность мокроты, усиление одышки, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево свидетельствуют об обострении инфекционного характера. По оценке одышки опросником – 4 балла, ОФВ1 - менее 50%, обострения 2 раза за прошедший год – свидетельствуют о выраженности симптомов и высоком риске обострения, и пациент будет отнесен к группе Д. По ФВД отсутствует обратимая бронхиальная обструкция. Прирост в бронхолитической пробе - менее 12%, снижение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ1 - 29% - 4 степень.
3. Анализы крови: АСТ, АЛТ, билирубин, фибриноген, С-реактивный белок, калий, натрий, креатинин, мочевины, кислотно-щелочное равновесие, газы крови артериальной. Анализы мокроты: посев мокроты на микрофлору, чувствительность флоры к антибиотикам, мокрота на кислотоустойчивые микроорганизмы. Мониторинг пиковой скорости выдоха. Рентгенография грудной клетки (оценка пневмофиброза, эмфиземы, очагово-инфильтративных теней). ЭКГ, ЭХО-кардиография (оценка легочной гипертензии). Специальные методы исследования:

бодиплетизмография (оценка легочных объемов), спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (оценка объема эмфиземы).

4. Диета ОВД. Режим общий. Отказ от курения. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Терапия инфекционного обострения и лечение пациентов группы Д Беродуал 0,5 мл – 1 мл + Хлорид натрия 0,9% - 2 мл×3 раза в день через небулайзер (комбинация м-холиноблокатора и 2- адреномиметика). Ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие бета-адреномиметики (комбинированные препараты Сальметерол/Флутиказон - 25/125 мкг 2 вд 2 раза, Формотерол/Будесонид - 4,5/160 мкг 2 вд 2 раза и др.) + пролонгированный м холинолитик (Тиотропия бромид - 18 мкг 1 раз в сутки (блокатор м3-холинорецепторов в дыхательных путях) или Гликопиррония бромид - 50 мкг 1 раз в день ингаляционно или Аclidиния бромид 1 вд 2 раза в день и др.). Отхаркивающие препараты Амброксал - 30 мг 3 раза в день или ацетилцистеин - по 600 мг 1 раз в день растворить в 100 мл воды. Так как имеется инфекционное обострение, наиболее вероятными возбудителями в данном случае могут быть *Haemophilus influenzae* PRSP, Энтеробактерии, грам-, *P. aeruginosa*; необходимо назначить антибактериальный препарат Ципрофлоксацин (400 мг 2 раза в день в/в капельно) и др. препараты с антисинегнойной активностью. ЛФК. Дыхательная гимнастика. Аэрозольтерапия с 0,9% раствором Хлорида натрия или щелочной минеральной водой, сульфатом магния.

5. Продолжить лечение согласно наличию высокого риска категории пациентов Д с хронической обструктивной болезнью легких. Отказ от курения. Легочная реабилитация. Малопоточная кислородотерапия не менее 15 часов в сутки через кислородный концентратор. Вакцинация против гриппа, вакцинация против пневмококковой инфекции, ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие бета2-агонисты + длительно действующие м-холинолитики (например, Формотерол/Будесонид 4,5/160 мкг 2 вдоха 2 раза в день порошковый ингалятор + Тиотропия бромид 5 мкг 1 раз в день респимат или другие варианты). N-ацетилцистеин - 600 мг 1 раз в день. При наличии буллезной эмфиземы легких возможно их хирургическое удаление.

Задача 7. Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отеки стоп и нижней трети голеней. В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лежа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезенки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча темно-желтая. Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9 /л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты –

29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоledох не расширен. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезенки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

Ответы:

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печеночная энцефалопатия I ст.
2. У больного выявлены желтуха, цитоллиз, «печеночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звездочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печеночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печеночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.
3. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HBsAg, антитела к HCV, ВИЧ инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген легких.
4. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен прием невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворенных в воде × 3 раза в день после еды. Мочегонная терапия. Спиронолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.
5. Печеночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром. Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.)

Задача 8. Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после

гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отеки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9 /л$, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-EPI) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ответы:

1. Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).
2. Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома, данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении ($100 \times 10^9 /л$), лейкопении ($1,6 \times 10^9 /л$), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).
3. Пациенту рекомендовано: УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита.

Рентгенография грудной клетки (поражение легких). ЭхоКГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит). Анализ крови: иммунологический анализ крови с определением компонентов комплимента, гемостазиограмма.

4. Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон). Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ. При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолон внутривенно капельно в течение трех дней). Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мофетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите.

5. Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.

Задача 9. Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лег спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

Ответы:

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Неосложненный гипертонический криз. Ожирение 1 степени. Курение - 30 пачко-лет.
2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложненный гипертонический криз - быстрое повышение АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней. Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ. Курение по данным анамнеза.
3. Лечение больного с неосложненным ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложненном ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложненном гипертоническом кризе (ГК) возможно, как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики). Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Нифедипин, Каптоприл, Клонидин, Пропранолол, Празозин.
4. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса – для определения атеросклеротического поражения артерий. Лабораторные исследования: общий анализ крови – оценка общего статуса; общий анализ мочи – оценка поражения почек; креатинин крови для расчета скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак – исключить СД; липидограмма – определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ – оценка поражения почек. Инструментальное исследование: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отек соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения артерий и аорты. При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.
5. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. В настоящее время возможно использование 2 стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственного средства при необходимости. Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с низким или средним риском. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО. Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на комбинированную терапию целесообразен только в случае отсутствия эффекта последней.

Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать еще один препарат. Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе, и в конечном итоге ведет к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ 1 и 2 степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению. Недостатком комбинированной терапии является то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с АД $\geq 160/100$ мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полnodозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.

Задача 10. Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом-терапевтом участковым по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отеков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала темно-красного цвета и уменьшилось ее количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст. При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки. Проведено лабораторное исследование. Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 70 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 ммоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О – 1:1000. УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоев паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите план обследования пациента.
4. Назначьте необходимую терапию.
5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

Ответы:

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Нефритический синдром. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3.
2. Диагноз «острый постстрептококковый гломерулонефрит» (ОПСГН) устанавливают при выявлении клинико-лабораторных признаков острого гломерулонефрита, развившихся через 1-6 недель после перенесенной инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком группы А. У пациента характерные изменения в анализе мочи, есть указания на предшествующую стрептококковую инфекцию, характерна динамика антистрептококковых антител.
3. Титр антистрептококковых антител (АСЛ-О, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа, анти-ДНК-аза В, анти-НАД), СРБ, уровень комплемента сыворотки крови, антитела к ДНК. Анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому. Биопсию почки, как правило, проводят при нетипичном течении ОПСГН для исключения других возможных заболеваний, а также при позднем начале болезни без четкой связи с недавно перенесенной стрептококковой инфекцией. Поиск очагов инфекции.
4. Режим – постельный при выраженных отеках, макрогематурии, умеренной/тяжелой АГ, сердечной недостаточности (обычно в первые 3-4 недели). При улучшении состояния режим постепенно расширяют. Диета: с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отеков, олигурии и АГ. Объем жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учетом внепочечных потерь, прием жидкости не должен превышать диуреза более чем на 200 мл с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не дольше 2-4 недель). При выраженном отеочном синдроме - терапия диуретиками. При выраженной гиперкоагуляции - терапия антикоагулянтами. При быстро прогрессирующем течении ОПСГН и/или выявлении более 30% полулуний в биоптате почки предлагается проведение «пульс-терапии» Метилпреднизолоном. При сохраняющемся более 2 недель нефротическом синдроме, стабильно повышенном уровне креатинина (без тенденции к дальнейшему нарастанию и нормализации) и при невозможности проведения биопсии почки рекомендуется терапия Преднизолоном внутрь в дозе 1 мг/кг/сут в течение 1-2 месяцев.
5. Сроки нормализации анализов мочи различны. Гематурия, как правило, исчезает через 3-6 месяцев. Протеинурия снижается медленнее; у 15% следовая протеинурия может сохраняться более года. Более медленное по сравнению с темпами исчезновения гематурии и восстановлением функции почек снижение протеинурии объясняется более длительным сохранением иммунных депозитов в клубочке, особенно субэпителиальной локализации. Так как персистирующая протеинурия не достигает нефротического уровня показаний для назначения ГКС нет, необходимо продолжить динамическое наблюдение, через год на основании анализов повторно рассмотреть вопрос о назначении стероидов.

Задача 11. Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Укажите противопоказания к проведению тромболизиса.

Ответы:

1. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились; данных клинико-лабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T.
3. Клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; ЭХОКГ; КАГ.
4. Тромболизис; ЧКВ (БАП и стентирование); обезболивание; антиагреганты; антикоагулянты; β-адреноблокаторы; статины.
5. Геморрагические высыпания; аневризма; прием ПОАГ; беременность; новообразования.

Задача 12. Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжёлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов)

Ответы:

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое недостаточно контролируемое течение. ДН0.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб больной на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди; анамнеза жизни (приступы повторяются после физической нагрузки и во время простудных заболеваний; приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки)); данных объективного исследования (в лёгких перкуторно-коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе); данных лабораторных методов (в мокроте: эозинофилы - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 5-6 в поле

зрения); данных инструментальных методов исследования (повышена прозрачность лёгочных полей, усиленный лёгочный рисунок, увеличены корни лёгких).

3. Исследование функции внешнего дыхания: спирометрия (определение объёма форсированного выдоха за 1 секунду - ОФВ1 и форсированной жизненной ёмкости лёгких - ФЖЕЛ). Тест с бронхолитиком (тест на обратимость бронхообструкции). Аллергологическое обследование (кожные пробы, определение специфических IgE в сыворотке крови, ингаляционные провокационные тесты с аллергенами). Рентгенография грудной клетки (для исключения альтернативного диагноза).

4. Для хронической обструктивной болезни лёгких характерно длительное предшествующее курение или наличие других факторов риска, медленное нарастание респираторных симптомов, постоянное или интермиттирующее покашливание днём, прогрессирующая одышка, наличие необратимой бронхиальной обструкции, редко присутствует эозинофилия мокроты. Начинается в среднем возрасте.

5. Диета: стол №15. Ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с длительно действующими бета2-агонистами. Альтернатива: ингаляционные глюкокортикостероиды в средних или высоких дозах или ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах в сочетании с антилейкотриеновыми рецепторами. Ингаляционные β -2 –агонисты быстрого действия при потребности или комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах в сочетании с Формотеролом.

Задача 13. Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащённое мочеиспускание, озноб. Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание. При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°C. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отеков нет. Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $18,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество. УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.
5. Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии

Ответы:

1. Нефротический синдром.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения.
3. Проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, определение креатинина, мочевины, электролитов, тромбоцитов, коагулограмма, время свёртываемости крови, расчёт СКФ, определение суточной протеинурии, исследование глазного дна, пункционная биопсия почек.
4. Пациенту показана диета №7. Основное лечение состоит из четырёхкомпонентной схемы, включающей в себя глюкокортикостероиды (Преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут); цитостатики (Циклофосфан 100-200 мг/сут); антикоагулянты (Гепарин 10 тыс. ЕД/сут); антиагреганты (Курантил 300-400 мг/сут). Дополнительно: диуретики, ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра.
5. Временная нетрудоспособность – 60-75 дней. Диспансерный осмотр – не реже 1 раза в 3 месяца.

Задача 14. Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приёмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отёков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. Эхо-КГ: утолщение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае? Ответы:

1. ИБС: Стенокардия напряжения 3 ФК. ХСН I ст. 2ФК.
2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ФК» поставлен на основании: характера боли – сжимающая, локализации боли – за грудиной, иррадиации – в левое плечо, условий возникновения боли – связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе до 500 м, иногда в покое – это характерно для III ФК стенокардии), купирование болей Нитроглицерином – в течение 2-3 минут. Боли в сердце отмечает в течение 5 лет, последние полгода - снижение переносимости физической нагрузки, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН I ст. II ФК» поставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; в покое гемодинамика не нарушена.
3. Возраст: мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой; курение; артериальная гипертензия: АД >140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов; сахарный диабет II типа: глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л; абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см; семейная гиперлипидемия по данным анамнеза: IIa, IIb, или III тип; хроническое заболевание почек: ХПН со снижением СКФ < 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит.
4. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность. Фармакотерапия: Нитроглицерин – для купирования приступа стенокардии + 1) препараты, улучшающие качество жизни: антиангинальная терапия: а) препараты первой линии: β-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов; б) препараты второй линии: нитраты

продолжительного действия (Кардикет 20 мг 2 раза в день, Моночиннкетард 50 мг 1 раз в день), блокаторы I_f каналов (Кораксан 5 мг 2 раза в день), активаторы калиевых каналов (Никорандил 10-20 мг 3 раза в день), цитопротекторы (Триметазидин 7 мг 2 раза в день), блокаторы медленного натриевого тока (Ранолазин 5000 мг 2 раза в день); 2) препараты, улучшающие прогноз заболевания: антиагреганты (Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в сутки), гиполипидемические препараты (Розувастатин 10 мг 1 раз в день или Аторвастатин 20 мг 1 раз в день), и-АПФ (Периндоприл - 8 мг 1 раз в день).

5. Показания к хирургическому лечению у данного больного имеются. Об этом свидетельствуют данные коронарографии: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%. При одно- и двухсосудистом поражении с нормальной фракцией выброса левого желудочка показаны чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование.

Задача 15. Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор

Ответы:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени.
2. Диагноз «гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, данных анамнеза (изжога более 20 лет), степень эзофагита установлена на основании эндоскопической картины, степень ожирения - на основании данных ИМТ.
3. Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной pH-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).
4. Частое дробное питание 5-6 раз в день, ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты с исключением жирной пищи, шоколада, кофе, цитрусовых, лука, чеснока, приподнять головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес.
5. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию.

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Факультетская терапия, профессиональные болезни» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/course/index.php?categoryid=565>)