

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской
Федерации
(ФГБОУ ВО им. Свт. Луки Минздрава России)**

Кафедра внутренней медицины, пульмонологии и аллергологии

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по специальности **3.1.18 Внутренние болезни**

Луганск, 2023 г.

Раздел, тема	Наименование разделов, тем	Форма контроля	Оценочное задание
Раздел 1	Организация оказания терапевтической помощи в РФ.	Опрос	1. Численность взрослого населения терапевтического участка: а). 1200 человек б). 1500 человек в). 1700 человек г). 2000 человек 2. Разделы работы врача-терапевта: а). лечебно-диагностическая, профилактическая, противоэпидемическая, санитарно-просветительная, ведение оперативно-учетной документации; б). лечебно-диагностическая, профилактическая, санитарно-просветительная в). лечебно-диагностическая, профилактическая, ведение оперативно-учетной документации 3. Лечащий врач: а). организует своевременное и квалифицированное лечение и обследование пациента б). представляет информацию о состоянии здоровья пациента в). По требованию больного приглашает консультанта и организует консилиум г). все выше указанное верно 4. Все следующие учреждения относятся к лечебно-профилактическим, кроме: а). амбулаторно-поликлинические, диспансеры б). больничные, скорой и неотложной медицинской помощи в). Санаторно-курортные и охраны материнства и детства г). судебно-медицинской экспертизы и аптечные 5. Основные задачи врача при работе с семьей, где имеется больной: а). сформировать правильное представление о болезни и стимулировать реакции приспособления б). помочь членам семьи реорганизовать свою жизнь в изменившихся условиях и разобраться в своих чувствах и чувствах остальных
	Этапы оказания терапевтической помощи.		

		в). Помочь избежать неправильного поведения и включить пациента в жизнь семьи г). все выше указанное верно 6. Принципами организации медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях являются: а). индивидуальное отношение к пациентам б). участковость в). диспансерный метод г). профилактическое направление д). единство науки и практики е). все перечисленное верно 7. В задачи оказания амбулаторно-поликлинической помощи входит: а). повышение качества медицинской помощи б). повышение качества деятельности медицинских учреждений в). интеграция профилактической и лечебной работы г). осуществление мероприятий по первичной профилактике д). осуществление мероприятий по вторичной профилактике е). все перечисленное верно 8. Ведущим звеном в системе первичной медико-санитарной помощи является: а). здравпункт б). фельдшерско-акушерский пункт в). поликлиника г). сельская участковая больница 9. Врачи поликлиники выполняют следующие виды работ: а). диагностика и лечение заболеваний б). профилактическая работа в). санитарно-просветительная работа г). противоэпидемическая работа д). ведение оперативно-учетной документации 10. К задачам поликлиники относится: а). стационарное лечение б). первичная медико-санитарная помощь в). санаторно-курортное лечение
--	--	--

			г). установление группы инвалидности 11. Предметом изучения социальной гигиены (медицины) в обобщенном виде является: а). здоровье индивидуума б). общественное здоровье и факторы, влияющие на него в). эпидемиология заболеваний г). здоровье работающего населения д). экономика здравоохранения 12. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий: а). улучшении технологий оказания лечебно-профилактической помощи б). обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях в). участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества г). всех вышеперечисленных 13. Лечащий врач может единолично и одновременно выдавать листок нетрудоспособности на срок до (в днях): а). 15 б). 5 в). 20 г). 7 14. Исправления в учетной форме №025/у «медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» подтверждаются а). подписью заведующего отделением б). решением врачебной комиссии в). подписью врача, заполняющего карту г). подписью главного врача 15. Через сколько дней после выдачи листка нетрудоспособности больной направляется на врачебную комиссию а). 10 б). 15 в). 20 г). 30
Раздел 2	Вопросы физиологии и патологической физиологии различных органов и систем	Опрос	1. поджелудочная железа – это железа: а). внешней секреции б). внутренней секреции

	организма. Принципы регуляции функции внутренних органов - основные механизмы. Понятие о функциональных болезнях, соотношение морфологических и функциональных нарушений. Современные подходы к дифференцированному персонализированному лечению в клинике внутренних болезней.	в). смешанной секреции г). наружной секреции 2. В толстом кишечнике происходит всасывание: а). белков б). жиров в). углеводов г). Воды 3. Дыхательный центр расположен: а). в спинном мозге б). в продолговатом мозге в). в среднем мозге г). в заднем мозге 4. Жизненная емкость легких - это сумма: а). дыхательного объема и резервного объема вдоха б). дыхательного объема и резервного объема выдоха в). дыхательного объема, резервных объемов вдоха и выдоха г). дыхательного объема, резервных объема вдоха и выдох, остаточного объема 5. Основным регулятором дыхательного центра является: а). кислород б). углекислый газ в). азот г). продукты обмена веществ 6. Первичная моча образуется благодаря: а). фильтрации б). реабсорбции в). секреции г). абсорбции 7. Основание сердца направлено: а). вверх и вправо, назад б). вниз и влево в). вверх и влево г). вниз и вправо
--	--	---

		8. В левое предсердие впадает: а). 2 полые вены б). легочной ствол в). аорта г). 4 легочные вены 9. Из правого желудочка выходит: а). 2 полые вены б). легочный ствол в). аорта г). 4 легочные вены 10. Правое предсердие-желудочковое отверстие имеет клапан: а). трехстворчатый б). двухстворчатый в). митральный г). аортальный 11. У основания легочного ствола расположен клапан: а). трехстворчатый б). двухстворчатый в). митральный г). полулунный 12. Количество сегментов спинного мозга равно: а). 31 б). 32 в). 33 г). 34 13. Центр терморегуляции находится: а). в гипоталамусе б). гипофизе в). эпифизе г). в таламусе 14. Плазма крови состоит из: а). воды б). эритроцитов в). тромбоцитов г). лейкоцитов 15. Дистрофия – это: а). нарушение обмена в клетках и тканях,
--	--	--

			приводящее к изменению их функции; б). резкое снижение массы тела; в). гибель участков ткани; г). уменьшение размеров органа или всего организма. 16. Компенсаторные механизмы при сердечной недостаточности – а). расширение полостей сердца и тахикардия; б). усиление гемопоза и увеличение ОЦК; в). выброс гормонов коры надпочечников и сужение сосудов; г). застой крови в большом круге и появление отеков. 17. Клинические проявления воспаления – это: а). боль и припухлость; б). зуд и покраснение; в). жар, боль, припухлость, покраснение и нарушение функций; г). отек, гиперемия, снижение кожной чувствительности и физической активности.
Раздел 3	Современная классификация бронхиальной астмы, ее диагностика и лечение в соответствии с Международными рекомендациями (GINA).	Опрос	1. С какого препарата следует начинать лечение бронхиальной астмы среднетяжелого течения? 1) системные глюкокортикостероиды 2) ингаляционные глюкокортикостероиды 3) хромогликат натрия 4) беротек 5) атровент 2. Больная, страдающая бронхиальной астмой и гипертонической болезнью, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с приемом: 1) беклометазона 2) сальбутамола 3) капотена 4) с сочетанием беклометазона и сальбутамола 5) с недостаточной дозой беклометазона
	Понятие о хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Международные рекомендации по диагностике и лечению (GOLD).		

			3. Какие бронхорасширяющие препараты действуют преимущественно на бета-2-адренорецепторы легких? А) адреналин; б) эфедрин; в) изадрин (изопротеринол); г) сальбутамол; д) беротек. Выберите правильную комбинацию ответов: 1) а, в, г, д 2) б, г, д 3) а, г, д 4) б, г 5) г, д 4. Какая терапия используется для лечения больных с нетяжелой бронхиальной астмой? 1) ежедневное введение противовоспалительных препаратов 2) нерегулярные ингаляции бета-2-агонистов короткого действия 3) ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия 4) частое применение системных глюкокортикоидов 5. Хороший ответ на начальную терапию среднетяжелого приступа удушья ба включает следующие характеристики: 1)ПСВ менее 80%; 2)ПСВ более 70%; 3)ПСВ более 80%. 6. При неполном ответе в течение 1-2 часов на начальную терапию легкого приступа удушья при ба показано: 1)Добавить перорально кортикостероиды; 2)Введение 2,4% эуфиллина внутривенно; 3)Немедленная госпитализация в стационар. 7. Какой антиангинальный препарат следует назначить больному стенокардией напряжения, страдающего бронхиальной астмой и гипертонической болезнью? 1) нитросорбид 2) пропранолол 3) метопролол 4) нифедипин 5) тринитролонг 8. Мокрота у больных с ХОБЛ вне
--	--	--	---

		обострения: 1) всегда содержит свежую алую кровь; 2) имеет слизистый характер и белесоватый цвет; 2) имеет гнойный характер и при стоянии расслаивается; 3) очень скудная и трудно поддаётся оценке; 4) белая, пенная, обильная 9.Признак бронхообструкции: 1) сухие базовые хрипы; 2) влажные средне-или крупнопузырчатые хрипы; 3) стридорозное дыхание; 4) амфорическое дыхание; 5) резко ослабленное дыхание по всем полям 10. Признаки плеврального выпота при ХОБЛ: 1) усиление голосового дрожания; 2) ослабление голосового дрожания; 3) усиление бронхофонии; 4) сухие хрипы; 5) амфорическое дыхание 11.Признаки уплотнения лёгочной ткани: 1) коробочный перкуторный звук; 2) перкуторно линия Дамуазо; 3) усиление голосового дрожания; 4) осиплость голоса; 5) смещение средостения в здоровую сторону 12. Больному с ХОБЛ назначен ингаляционный препарат по 2 дозы 3 раза в день в течение 1 месяца. Из характеристики известно, что лекарство безопасно, невозможно передозировать, улучшение дыхания – через 30-40 минут после ингаляции, негормональный. Какой аэрозоль принимает больной: 1) флуказон; 2) сальметерол; 3) ипратропия бромид; 4) альбутерол; 5) пульмикорт (будесонид) 13. Для хобл не характерно:
--	--	--

		а) Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком б) Инспираторная одышка в) Удлинённый выдох г) Сухие свистящие хрипы 14. Показанием для лечения больного с обострением хобл в амбулаторных условиях не является: а) легкое обострение заболевания б) средний возраст больного в) значительное ухудшение ФВД на фоне адекватной терапии г) усиление кашля д) среднетяжелое обострение, требующее назначения антибиотиков 15. В программу обязательных исследований при хобл в амбулаторных условиях не входит: а) исследование ФВД б) цитология мокроты в) бронхоскопия г) ЭКГ д) клинический анализ крови Задача 1. В отделение интенсивной терапии доставлен больной Н., 28 лет, с жалобами на экспираторную одышку, кашель, удушье, длящееся в течение 2 час. В анамнезе такие приступы повторялись в последние 5 лет при эмоциональных и физических нагрузках, и всегда он купировал их самостоятельно домашними средствами. Периодически имелись симптомы сенной лихорадки. Такие же симптомы наблюдались у сестры и деда. Объективно: ортопноэ, число дыханий – 24 в мин. Дыхание с затынутым выдохом, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. ЧСС – 130 в мин, ритм правильный. АД 120/70 мм рт. ст. 1. Сформулировать диагноз. 2. Назначить лечение больного. Задача 2. Больная Ф., 23 года, страдает атопической формой бронхиальной астмы в течение 7 лет. Аллергологический анамнез отягощен:
--	--	--

			крапивница от приема цитрусовых и шоколада, с 12-летнего возраста – экзема и поливалентная аллергия. Обычно при удушье использует ингаляции сальбутамола по 2 вдоха 2–3 раза в день, в последние 5–7 дней потребность в ингаляции сальбутамола увеличилась до 6–8 раз в сут, при этом полного положительного эффекта не наблюдалось. 1. Определить тактику лечения больной. Задача 3. У пациентки 68 лет в течение 2 недель появилась и стала нарастать одышка. Других жалоб нет. В анамнезе многолетнее курение. Индекс курящего человека 15 пачек/лет. Несмотря на это, всегда чувствовала себя бодрой и здоровой. При аускультации дыхание слева ослаблено, хрипов нет. На обзорной рентгенограмме в области верхней доли левого легкого определяется снижение пневматизации. Просветы бронхов на фоне тени не определяются. Обоснуйте ответы на следующие вопросы: 1) Каким будет основное предположение относительно патологического процесса, развившегося у данной пациентки? 2) Почему затенение не интенсивное, а лишь снижена воздушность? 3) Какие рентгенологические признаки появляются в динамике при несвоевременном обращении пациентов? 4) Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 5) Сформулируйте предварительный диагноз.
Раздел 4	Понятие о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ее патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение.	Опрос	1. Изнутри пищевод выстилает: 1) цилиндрический эпителий 2) многослойный плоский эпителий 3) кубический эпителий 4) каемчатые клетки 2. ГЭРБ – это: 1) воспалительные изменения в дистальной части пищевода 2) стриктура пищевода

			3) язва пищевода 4) спазм пищевода 5) варикозное расширение вен пищевода 3. Назовите основные клинические формы ГЭРБ 1). Неэрозивна и эрозивная ГЭРБ 2). Пищеводная и позаэзофагическая ГЭРБ 3). Стриктуры пищевода 4). Пищевод Баррета 5). Все выше перечисленные 4. Характерной особенностью боли при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является: 1). Усиление после еды 2). Усиление во время еды 3). Длительное и жгучий характер боли 4). иррадиацией боли по ходу пищевода 5). боли натощак 5. Наиболее эффективная комбинация препаратов при лечении ГЭРБ? 1). Ингибитор протонной помпы + прокинетики 2). H₂-блокатор рецепторов + антациды 3). Спазмолитики + прокинетики 4). М-холинолитики + H₂-блокатор рецепторов 5). Спазмолитики + анальгетики 6. Хроническими заболеваниями пищевода, на фоне которых может развиваться рак пищевода, являются: 1) хронический эзофагит 2) пептическая язва пищевода 3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 4) ахалазия кардии 5) все перечисленные 7. Радиоизотопное исследование пищевода проводится: 1) при отрицательных результатах рентгеноскопии 2) при отрицательных результатах эзофагоскопии 3) при отрицательных результатах биопсии 4) при всем перечисленном 8. Функциональные расстройства деятельности пищевода
--	--	--	--

			характеризуются: 1) ощущением комка в горле без дисфагии 2) дисфагией при употреблении плотной пищи 3) постоянной дисфагией 4) ощущением комка в горле и дисфагией при употреблении жидкой пищи 9. При ГЭРБ боль купирует: 1) нитроглицерин 2) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное) 3) транквилизаторы 4) кислотоснижающие препараты 5) спазмолитики 10. Типичным пищеводным симптомом ГЭРБ является: 1) рвота 2) отрыжка 3) изжога 4) давящие боли за грудиной 5) сухость во рту 11. ГЭРБ играет роль в патогенезе: 1) бронхообструктивного синдрома 2) синдрома портальной гипертензии 3) синдрома печеночно-клеточной недостаточности 4) желтухи 12. Для кардиалгической формы ГЭРБ характерно: 1) боли за грудиной 2) страх смерти 3) связь болей с положением тела 4) боли за грудиной, связь болей с положением тела 5) снятие болей приемом селективных миотропных спазмолитиков 13. Показаниями к госпитализации больных с ГЭРБ являются: 1) выраженный эзофагит 2) неэрозивная ГЭРБ 3) эрозивная ГЭРБ 4) антирефлюксное лечение при осложненном течении заболевания, а также при неэффективности адекватной медикаментозной терапии 5) импедансометрии 14. Эндоскопические признаки
--	--	--	--

		эозинофильного эзофагита: 1) изолированные стриктуры 2) белесоватый экссудат 3) фиксированные концентрические кольца 4) подвижные концентрические кольца 5) все перечисленное 15. Какова длительность поддерживающей медикаментозной терапии ГЭРБ: 1) 1 мес.; 2) 2 нед.; 3) 3 мес.; 4) 6–12 мес. Задача 1. Больная К., 43 лет, направлена на эндоскопическое исследование желудка в связи с жалобами на упорные изжоги, возникающие многократно в течение дня вскоре после приема пищи, а также в вечернее время перед сном. Изжога может длиться по несколько часов, “спасается” приемом пищевой соды. В последние дни при глотании горячей пищи стали возникать жгучие боли за грудиной. Ранее изжоги носили эпизодический характер, возникали после употребления кислых соков, жареных изделий из теста и при длительной работе в наклон. Упорные изжоги отмечала также в последние месяцы беременности. Предположите характер и выраженность эндоскопических “находок” в слизистых оболочках верхних отделов пищеварительного тракта? Задача 2. Пациентка З. 27 лет, курит, с повышенной массой тела, предъявляет жалобы на «ком» за грудиной, постоянную отрыжку, ощущение кислоты во рту, изжогу. Изжога увеличивается при наклоне вперед. Улучшение самочувствия после приема фосфалюгеля.
--	--	---

			Какое заболевание следует заподозрить? Какие методы исследования вы назначите? Задача 3. Мужчина 53 лет, курит, обратился к гастроэнтерологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на изжогу, дискомфорт при глотании. Ранее обследовался, диагностировали ГЭРБ, рекомендации не выполнял. Утверждает, что постоянно посещает стоматолога, лечит кариес. Иногда отмечает покашливание. Какие рекомендации вы дадите по терапии обострения ГЭРБ? Как долго продолжать лечение?
Раздел 5	Классификация, этиология и патогенез острой почечной недостаточности, клиническая картина, методы лечения.	Опрос	1. Причинами ренальной острой почечной Недостаточности являются: 1) ожоги 2) кровопотеря 3) тромбоз почечных артерий 4) гипертрофия предстательной железы 5) острый тубуло-интерстициальный нефрит 2. Причинами постренальной острой почечной Недостаточности являются: 1) ретроперитонеальный фиброз 2) сепсис 3) острый гломерулонефрит 4) сердечная недостаточность 5) мочекаменная болезнь 3. Морфологической основой острой почечной недостаточности является: 1) гломерулосклероз 2) тубулярный некроз 3) ишемия канальцевого эпителия 4) фиброз канальцевого эпителия 5) нефротоксический острый канальцевый некроз 4. Наиболее выраженным нефротоксическим действием Обладают: 1) аминогликозиды 2) полусинтетические пенициллины 3) ингибиторы АПФ 4) антагонисты кальция

			5) суррогаты алкоголя 5. В течение острой почечной недостаточности выделяют: 1) олигурическую стадию 2) полиурическую стадию 3) стадию полного восстановления диуреза 4) начальную стадию 5) азотемическую стадию 6. Наибольшую угрозу для жизни больных с острой Почечной недостаточностью создает: 1) гиперфосфоремиа 2) гиперкалемия 3) гиперкальциемия 4) гипермагниемия 7. Причины развития острой почечной недостаточности Подразделяют на: 1) ренальные 2) преренальные 3) центральные 4) постренальные 5) кортикальные 8. Осложнениями острой почечной недостаточности в период олигурии могут стать: 1) желудочно-кишечное кровотечение 2) анемия 3) инфекция 4) гиперкалиемия 5) гипертиреоз 9. При острой почечной недостаточности функция почек должна полностью восстановиться не позже, чем через: 1) 1 месяц 2) 3 месяца 3) 6 месяцев 4) 1 год 10. При лечении острой почечной недостаточности, Развившейся вследствие шока, используют: 1) переливания плазмы 2) реополиглюкин
--	--	--	---

			3) белковые растворы 4) пульс-терапию циклофосфаном 11. Неотложными мерами при гиперкалиемии являются: 1) внутривенное введение сульфата магния 2) внутривенное введение хлорида или глюконата кальция 3) внутривенное введение 10% раствора глюкозы с инсулином 4) внутривенное введение аскорбиновой кислоты 12. Наиболее опасными последствиями гиперкалиемии при острой почечной недостаточности являются: 1) гипотония 2) нарастание мочевины и креатинина 3) возникновение фибрилляции желудочков 4) отек мозга 5) кишечное кровотечение 13. В олиго-анурической стадии острой почечной недостаточности объем вводимой за сутки жидкости: 1) не должен превышать 2 л 2) должен быть равен суточному объему мочи 3) должен составлять 350–450 мл 4) должен на 500 мл превышать суточный объем Задача 1. Женщине 63 лет выставлен диагноз: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, тяжелой степени. ОПН, средней степени тяжести, период олигурии. Гиперкалиемия. Артериальная гипертензия 2 степени. Назначена консервативная терапия: эналаприл 5 мг × 2 раза в день, ампициллин 0,5 × 4 раза в день в/м, лазикс 200 мг в/в 1 раз в сутки, глюконат кальция 10% – 40 мл внутривенно. На фоне лечения сохраняется олигурия, гиперкалиемия. Оцените назначенное лечение и при необходимости откорректируйте его.
--	--	--	---

			Задача 2. Мужчине 25 лет выставлен диагноз: Острый постстрептококковый гломерулонефрит, триадная форма. ОПН легкой степени тяжести. Назначьте лечение данному пациенту. Задача 3. Мужчине 60 лет выставлен диагноз: Острый панкреатит. ОПН, тяжелой степени тяжести, период полиурии. Начато лечение гемодиализом. Оцените назначенное лечение и при необходимости откорректируйте его.
Раздел 6	Понятие об аллергических и псевдоаллергических реакциях, типы иммунологических реакций.	Опрос	1. Молекулярными факторами регуляции иммунного ответа являются: а) антигены б) цитокины в) антитела 2. Укажите морфологический элемент, характерный для крапивницы: а) папула; б) экскориации; в) волдырь; г) пятно; д) лихенификация. 3. Различают триггерные факторы возникновения острой крапивницы: а) вирусная и бактериальная инфекция; б) эндокринопатии; в) паразитарные инвазии; г) все перечисленное. 4. Основными лекарственными средствами при лечении крапивницы являются: а) цитостатики; б) антигистаминные препараты; в) антибиотики. 5. Для анафилактического шока после приема препаратов пролонгированного действия характерно: а) острое злокачественное течение б) молниеносное течение в) abortивное течение г) острое доброкачественное течение д) рецидивирующее течение 6. Осложнения анафилактического шока включают все перечисленное, кроме:

		а) миокардита б) эпилепсии в) гломерулонефрита г) энцефалита д) бронхиальной астмы 7. Наиболее частыми ошибками при интенсивной терапии анафилактического шока являются: а) начало терапии с введения антигистаминных средств б) быстрое обеспечение проходимости дыхательных путей в) начало терапии с введения адреналина г) начало терапии с введения гидрокортизона д) начало реанимационных мероприятий при неэффективности кровообращения 8. Наиболее частой причиной анафилактического шока являются: а) латекс б) укусы пчел и ос в) моющие средства г) лекарственные средства д) пыльца растений 9. При анафилактическом шоке после введения адреналина необходимо: а) оценить проходимость дыхательных путей б) оценить дыхание в) оценить сердечный ритм г) оценить анамнез д) оценить гемодинамику 10. При развитии анафилактического шока больному необходимо придать: а) строго горизонтальное положение б) горизонтальное положение с приподнятым ножным концом на 30 градусов в) положение сидя г) горизонтальное положение с приподнятым головным концом на 30 градусов д) восстановительное положение на боку 11. Для анафилактического шока характерно все перечисленное, кроме: а) коллапса б) нарушения сосудистой проницаемости
--	--	---

		в) гиперсекреции слизи г) расслабления гладкой мускулатуры бронхов д) сокращения гладкой мускулатуры кишечника 12. Факторы риска анафилактического шока включают всё перечисленное, кроме: а) сенсibilизации организма б) увеличения количества аллергенов в окружающей среде в) многократных кратковременных курсов терапии при хронических заболеваниях г) полипрагмазии д) конституционально-генетической предрасположенности 13. Чаще других лекарственных средств анафилактический шок вызывают: а) антибиотики б) местные анестетики (неверно) в) средства общей анестезии (неверно) г) сульфаниламиды д) гипотензивные препараты 14. Непосредственную угрозу жизни при анафилактическом шоке представляют: а) боли в животе б) кожные высыпания в) артериальная гипертензия г) нарушения глотания д) нарушения проходимости верхних дыхательных путей Задача 1. Пациентка А., 32 года, обратилась в поликлинику с жалобами на периодическое появление волдырей, сопровождающихся сильным зудом. 14. Считает себя больной в течение 6 недель. При объективном осмотре: волдыри бледно-розового цвета без определенной локализации с тенденцией к слиянию в поясничной области. Около 1 года назад лечилась по поводу гастрита. Поставьте диагноз. Какие дополнительные методы исследования должен назначить врач для подтверждения диагноза? Какое необходимо назначить лечение?
--	--	---

			Задача 2. В кабинете стоматолога пациентка 32 лет после выполнения анестезии раствором новокаина потеряла сознание. При объективном обследовании: состояние тяжелое, сознание отсутствует, дыхание шумное, редкое, глубокое. Мышечный тонус и тонус глазных яблок снижен, сухость кожных покровов, слизистых оболочек и языка, характерный запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Артериальное давление — 0/60 мм рт. ст., у пациента обнаружена карточка больного сахарным диабетом. Задания: 1. Определить неотложное состояние, развивающееся у пациента. 2. Составить алгоритм оказания неотложной помощи и обосновать каждый этап. 3. Продемонстрировать технику исследования пульса и измерения АД. Задача 3. У пациента в ответ на введение лекарственного средства развился анафилактический шок, о чем свидетельствуют жалобы больного (головокружение, тошнота, чувство стеснения в груди, судороги, снижение артериального давления, учащение пульса). Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
Раздел 7	Ревматоидный артрит - особенности патогенеза, клинической картины, дифференциальной диагностики и лечения.	Опрос	1. Наиболее часто заболевают ревматоидным артритом в возрасте: а) 10-20 лет б) 20-50 лет в) 50-60 лет г) 60-65 лет 2. Для развития ревматоидного артрита является ведущим: а) генетическая предрасположенность б) нейроэндокринные нарушения в) энзимопатии г) аутоиммунные нарушения 3. Возникновению ревматоидного артрита способствует повышение уровня: а) эстрогенов б) андрогенов в) адреналина

		г) паратгормона 4. В дебюте ревматоидного артрита наиболее часто поражаются следующие суставы: а) пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые б) локтевые в) коленные г) шейный отдел позвоночника 5. В патогенезе системной красной волчанки имеет значение: а) избыточная активность Т-лимфоцитов б) нарушение взаимодействия Т- и В-систем иммунитета в) повреждающее действие антител г) гиперпродукция циркулирующих иммунных комплексов д) все перечисленное 6. При системной красной волчанке абсолютно специфические антитела: а) вырабатываются б) не вырабатываются 7. При системной красной волчанке выявляют все перечисленные иммунологические феномены, за исключением: а) снижения в крови уровня комплемента СН5О б) наличия в крови ревматоидного фактора в низком титре в) снижения содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов г) гипергаммаглобулинемии 8. Для системной красной волчанки характерны: а) полигенный тип наследования б) конкордантность монозиготных близнецов в) семейная агрегация г) обнаружение антинуклеарных антител у ближайших родственников д) все перечисленное 9. Для артрита при системной красной волчанке характерно: а) сходства с ревматоидным артритом, с симметричным поражением проксимальных межфаланговых суставов
--	--	--

			б) развития деструктивных изменений в суставах в) отсутствие эффекта отнестероидных противовоспалительных препаратов г) ульнарная девиация 10. Азатиоприн применяется при всех перечисленных ревматических заболеваниях, за исключением: а) ревматоидного артрита б) системной красной волчанки в) ревматической лихорадки г) болезни Шегрена 11. Эффект метотрексата связан со всеми перечисленными механизмами, кроме: а) ингибирования активности интерлейкина-1 б) уменьшения синтеза иммуноглобулина М в) уменьшения синтеза ДНК г) нарушения метаболизма фолиевой кислоты д) торможения активности коллагеназы 12. При ревматических заболеваниях в случае необходимости длительного приема поддерживающей дозы глюкокортикостероидов целесообразно использовать: а) дексаметазон б) триамцинолон в) преднизолон г) бетаметазон 13. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются: а) гепатотоксические б) нефротоксические в) гематологические г) желудочно-кишечные 14. Атипичными проявлениями суставного синдрома при ревматизме являются следующие, кроме: а) моноартрита б) артрита мелких суставов кистей и стоп в) олигоартрита г) анкилозирования проксимальных межфаланговых суставов
--	--	--	--

			15. Гиперурикемия наблюдается: а) при подагре б) ревматоидный артрит в) болезни Лайма г) болезни Стилла Задача 1. Больная 34 года, инвалид II группы. Беспокоят боли в мелких суставах кистей, стоп, утренняя скованность в течение всего дня. Больна 4 года. Появились боли и припухлость в мелких суставах, температура 37,8-38 С. Через 6 месяцев от начала заболевания изменилась форма мелких суставов, нарастала тугоподвижность в них. Объективно: увеличены подчелюстные и подмышечные лимфоузлы, деформация всех проксимальных межфаланговых суставов. В легких - дыхание жесткое. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 110 уд. в мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Общий анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, Hb 100 г/л, лейкоциты $5,4 \times 10^9/л$, СОЭ 40 мм/час. Кровь на СРБ 15 мг/л. Общий анализ мочи: уд.вес – 1015, белок – 0,86 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты – единичные в поле зрения. R-гр. кистей: резко выраженный остеопороз, сужение суставных щелей в обоих лучезапястных суставах, видны множественные костные эрозии. Вопросы: Какой механизм развития анемии у больной? Поставьте развернутый диагноз. Назначьте план обследования в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией. Ваш план лечения в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией. Задача 2. У 64-летней больной, длительно атрофическим гастритом в течение 5 месяцев, отмечается эритема лица, туловища, мышечная слабость, артралгии. С версией об СКВ был
--	--	--	--

			назначен преднизолон в дозе 30 мг/сут., без существенного улучшения: похудела на 7 кг; Hb – 86 г/л, СОЭ – 58 мм/ч. Вопросы: 1. О каком синдроме следует предположить? 2. Предполагаемый диагноз? 3. Какое инструментальное исследование необходимо провести? 4. Тактика ведения больной? Задача 3. Больная 44 лет, поступила с жалобами на зябкость пальцев кистей, затруднение при жевании и открывании рта, уменьшение количества слюны. Больна около 6 месяцев. Объективно: Вес сохранен. Лимфатические узлы не увеличены. Лицо амимично. Складки лба отсутствуют, кожа лба и щек в складку не собирается. Язык сухой. Со стороны внутренних органов – без патологии. Кожа кистей цианотична, пальцы отечны. ОАК: Hb 136 г/л, лейкоциты 6,4.10⁹, Э – 1 %, тромбоциты 210.10⁹, СОЭ 42 мм/ч. ОАМ: без патологии. Криоглобулины – положительные. Волчаночные клетки – отрицательные. Вопросы: 1. Синдромы болезни? 2. Предварительный диагноз? 3. Необходимые обследования для уточнения диагноза? 4. План терапии?
Раздел 8	Классификация гипогликемических состояний, причины их, методы дифференциальной диагностики. Лечение гипогликемической комы.	Опрос	1. Нарушение жирового обмена при сахарном диабете характеризуется всем перечисленным, кроме: а) гиперлипидемии б) жировой инфильтрации печени в) гиперкетонемии и кетонурии г) гиперхолестеринемии д) снижения уровня билирубина 2. Патогенез сильной жажды, сухости во рту при диабете обусловлен всем перечисленным, кроме: а) обезвоживания организма б) повышения гликемии в) повышения уровня мочевины в крови г) избыточного выделения жидкости через почки д) снижения уровня натрия в крови

			3. Патоморфологические изменения островкового аппарата поджелудочной железы при диабете I типа характеризуются всем перечисленным, кроме: а) уменьшения числа b-клеток б) дегрануляции b-клеток в) признаков дегенерации островков г) уменьшение числа b-клеток д) гиалиноза и фиброза островков 4. Инсулинонезависимый диабет (II тип) характеризуется всем перечисленным, кроме: а) возраста к началу болезни старше 40 лет б) избыточной массы тела в) отсутствия склонности к кетоацидозу г) постепенного развития заболевания д) необходимости лечения инсулином в первые 2-3 года 5. Кожные проявления при диабете I типа часто характеризуются наличием всего перечисленного, кроме: а) диабетического пузыря б) фурункулеза, карбункулеза в) диабетической эпидермофитии г) отсутствия витилиго д) контрактуры Дюпюитрена 6. Для сахарного диабета характерна вся перечисленная патология мочевыделительной системы, кроме: а) цистита б) пиелита в) пиелонефрита г) абсцесса, карбункула почки д) врожденных дефектов мочевыделительной системы 7. Основными профилактическими мероприятиями при сахарном диабете и его осложнениях являются все перечисленные, кроме: а) максимального устранения нарушений углеводного, липидного, белкового и водно-солевого обменов б) предупреждения возникновения или прогрессирования диабетической микроангиопатии, атеросклероза
--	--	--	--

		в) поддержания идеальной массы тела 8. Проблемы пациента при ожирении: а) избыточная масса тела, одышка б) зябкость, запоры в) жажда, кожный зуд г) сердцебиение, дрожание 9. Степень ожирения, при которой отмечается превышение массы тела на 40% от должной: а) 1 б) 2 в) 3 г) 4 9. При ожирении медсестра рекомендует пациенту диету: а) вариант с пониженным содержанием белка б) вариант с пониженной калорийностью в) основной вариант стандартной г) вариант с повышенным содержанием белка 10. Потенциальная проблема пациента при ожирении: а) изжога б) отрыжка в) обморок г) сердечная недостаточность 11. Клинические симптомы ожирения: а) гипертензия, одышка б) изжога, отрыжка в) желтуха, гепатомегалия г) отеки, макрогематурия 12. Подострый Тиреоидит (тиреоидит де Кервена) является следствием: 1) генетически детерминированного дефекта иммунного ответа 2) бактериальной инфекции 3) вирусной инфекции 4) травматического повреждения 5) лучевого поражения 13. Для клинической картины аутоиммунного тирео-
--	--	---

			Идита характерно: 1) острое развитие заболевания 2) медленное развитие в течение нескольких лет 3) увеличение регионарных лимфатических узлов 4) длительный субфебрилитет 5) болезненность щитовидной железы при пальпации 14. По данным пальпации щитовидная железа при фиброзном тиреоидите: 1) мягкая 2) плотная, неоднородная 3) гладкая, деревянисто-плотная 4) эластическая 5) узлоподобно изменена 15. Лечение фиброзного тиреоидита: 1) медикаментозное 2) физиотерапевтическое 3) рентгенотерапевтическое 4) хирургическое 5) лазеротерапия Задача 1. Больной 17 лет. Жалобы на жажду, полиурию (выпивает 6 - 7 литров воды, примерно столько же выделяет с мочой), слабость, снижение веса тела. Считает себя больным в течение месяца, когда появились вышеперечисленные жалобы. Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела снижена (рост 176 см, вес 58 кг). Кожа нормальной влажности, язык влажный. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. У больного имеется результат исследования мочи (общий анализ). Обращает внимание высокий удельный вес мочи (1038). 1. Предварительный диагноз. Обоснование. 2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Задача 2. После глюкозотолерантном тесте (75 гр. глюкозы) - уровень глюкозы в крови: натощак - 5,6 ммоль/л, через 2 часа - 6,2 ммоль/л. 1) Дайте трактовку представленным данным. 2) Показания,
--	--	--	---

			метод и условия проведения перорального теста толерантности к глюкозе. Задача 3. На прием к эндокринологу обратилась пациентка. Из анамнеза: родила 3,5 месяца назад. Во время беременности ТТГ был 5,3 мМе/л – принимала эутирокс 75 мкг и йодомарин 250 мкг. За неделю до родов перестала их принимать, спустя 2,5 месяца после родов сдала анализы, ТТГ 0,004 мМе/л, св. Т4 26,5 пмоль/л (норма 9,5–25,5 пмоль/л). При этом жалоб не отмечает, кормит грудью. Объективно: Состояние удовлетворительное. Больная активная. Индекс массы тела в норме. Щитовидная железа при пальпации увеличена до 1 степени по ВОЗ, безболезненная, неоднородная, подвижная при пальпации. По другим органам и системам без патологии. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С чем проводится дифференциальный диагноз? 3. Составьте план обследования. 4. Укажите основные методы лечения.
Раздел 9	Современная классификация хронических лейкозов и методы их диагностики.	Опрос	1. Выберите основные клинические синдромы при остром лейкозе: а) анемический, б) инфекционный, в) геморрагический, г) все вышеперечисленные. 2. Укажите изменения гемограммы при остром лейкозе: а) анемия и тромбоцитопения, б) панцитопения и увеличенная СОЭ, в) анемия, тромбоцитопения, бластемия. 3. Укажите, какие исследования можно провести по стерильному пунктату: а) количественное, цитохимическое, б) морфологическое, в) количественное, морфологическое, цитохимическое. 4. Выберите основные клинические проявления хронического миелолейкоза: а) гепатомегалия, б) спленомегалия,

		в) спленомегалия, лимфоаденопатия. 5. Укажите изменения гемограммы при хроническом миелолейкозе: а) анемия, лейкоцитоз, бластемия, б) анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево до юных форм, базофильноэозинофильная ассоциация, в) анемия, лейкопения, тромбоцитопения, высокая СОЭ. 6. Выберите средство, которое является золотым стандартом в лечении хронического миелолейкоза: а) цитостатики, б) гливек, в) интерфероны, г) трансплантация костного мозга. 7. Укажите, какие изменения в гемограмме возможны в развернутой стадии хронического лимфолейкоза: а) Hb – 100 г/л; Л. – $58,0 \times 10^9$ /л; лимфоциты – 75%; СОЭ – 70 мм/ч, б) Hb – 110 г/л; Л. – $20,0 \times 10^9$ /л; лимфоциты – 38%; СОЭ – 18 мм/ч, в) Hb – 120 г/л; Л. – $9,0 \times 10^9$ /л; лимфоциты – 20%; СОЭ – 8 мм/ч. 8. К клеткам какого ряда относятся плазмочиты? а) Т-лимфоцитам, б) В-лимфоцитам, в) сегментоядерным нейтрофилам, г) бластам. 9. Выберите достоверный критерий в диагностике множественной миеломы: а) бластоз в костном мозге более 5%, б) плазмочитоз в костном мозге более 10%, в) лимфоцитоз в костном мозге более 30%. Задача 1. Больная Т., 43 лет, поступила в стационар с жалобами на сильную слабость, кровоточивость десен и образование «синяков» на коже конечностей. Указанные признаки появились две недели назад, постепенно
--	--	---

		усиливались. При анализе крови, сделанном в поликлинике, обнаружены анемия и лейкопения. Накануне госпитализации у больной был обморок. При осмотре: кожные покровы бледные, на коже рук и ног многочисленные точечные и отдельные сливные геморрагии. Десны кровоточат и инфильтрированы. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД – 23 в минуту, одышка смешанного характера. Тоны сердца приглушенны, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: эр. – $2,5 \times 10^{12}/л$; Hb – 71 г/л; л. – $0,41 \times 10^9 /л$; тр. – $10 \times 10^9 /л$. Общий анализ мочи: светло-желтая; уд. вес – 1011; белок – отс.; эп. кл. плоские +; лейкоциты – 2-3 в п. зр.; эритроциты – 0-1 в п. зр. ЭКГ: эл. ось сердца не отклонена. Синусовая тахикардия, ЧСС – 100 в минуту. Повышена нагрузка на левый желудочек с диффузными изменениями в миокарде. Рентгеноскопия органов грудной полости: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Синусы свободны, корни структурны. Средостение не изменено. Исследование стерильного пунктата: костный мозг умеренно клеточный, 90,2% составляют бластные клетки, преимущественно мезо- и микроформы с неправильными очертаниями цитоплазмы, перекрученными лопастными ядрами. В цитоплазме определяется грубая азурофильная зернистость, палочки Ауэра расположены одиночно и пучками. Эритроцитарный и гранулоцитарный ростки резко угнетены, мегакарициты – единичные в препарате. Вопросы: 1. Назовите клинический диагноз. 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 3. Назовите причину геморрагического синдрома. 4. Какое дополнительное обследование можно еще выполнить для уточнения диагноза?
--	--	---

		5. Какую терапию необходимо проводить? 6. Какую заместительную терапию будете проводить для уменьшения геморрагического синдрома? Задача 2. Пациентка Н.А., 63 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в грудном, поясничном отделах позвоночника, в ребрах, груди, беспокоит сердцебиение, одышка при ходьбе, повышение температуры до 37°C. Из анамнеза: впервые боли в позвоночнике появились полгода назад, лечилась с диагнозом «остеохондроз». Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульс 76 в минуту, мерцательная аритмия. АД – 130/70 мм рт.ст. 35 Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: эр. – $2,75 \times 10^{12}/л$; Нб – 92 г/л; ЦП – 0,82; л. – $8,3 \times 10^9 /л$; п. – 4%; с. – 66%; лим. – 23%; м. – 6%; тр. – $275 \times 10^9 /л$; СОЭ – 59 мм/ч; анизоцитоз +; пойкилоцитоз +. Общий анализ мочи: светло-желтая; кислая; уд. вес – 1009; мутная; белок – 12,0 г/л; эп. кл. плоские +; лейкоциты – 10–15 в п. зр.; эритроциты – 1–3 в п. зр. Биохимическое исследование крови: креатинин – 219,3 мкмоль/л; мочевины – 9,66 ммоль/л; общий белок – 131,3 г/л; белковые фракции: А – 38%; α_1 – 4,8%; α_2 – 11,8%; β – 9,0%; γ – 35,0%; билирубин непрямо – 6,5 мкмоль/л; АСТ – 0,34; АЛТ – 0,38; сахар – 4,5 ммоль/л. Рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз, снижение высоты Th XII и L II на 1/2. Высота тела Th X снижена равномерно на 2-3 мм. Исследование стернального пунктата: костный мозг клеточный. Тотальная инфильтрация атипичными плазматическими клетками, плазматические клетки составляют 98,3%. Гранулоцитарный росток сохранен. Эритроцитарный и мегакариоцитарные ростки угнетены. Вопросы:
--	--	---

		1. Назовите ваш диагноз. 2. На основании каких данных поставили диагноз? 3. С какими заболеваниями можно проводить дифференциальный диагноз? 4. Какое лечение показано в данном случае пациентке? Задача 3. Больной К., 43 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, потливость, подъемы температуры до 37,5°C, тяжесть в левом подреберье, снижение массы тела на 5–7 кг в течении месяца. При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД – 18 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное. АД – 120/70 мм рт. ст. Пульс 88 в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под края реберной дуги на 1,5 см, край ровный, закруглен, безболезненный. Селезенка выступает на 6-7 см из под края реберной дуги, край ровный, чувствительный при пальпации. Стул и мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: эр. – $3,0 \times 10^9$ /л; Нб – 115 г/л; тр. – 280×10^9 /л; л. – $30,0 \times 10^9$ /л; э. – 4%; Б – 7%; метамиелоциты – 3%; п. – 3%; с. – 75%; лим. – 24%; м. – 2%; СОЭ – 25 мм/ч. Общий анализ мочи: светло-желтая; уд. вес – 1013; белок – отс.; эп. кл. плоские +; лейкоциты – 4-5 в п. зр.; эритроциты – отс. ФЭГДС: картина хронического гастрита. 36 Рентгеноскопия органов грудной полости: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Синусы свободны, корни структурны. Средостение не изменено. Вопросы: 1. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза? 2. Скажите, о каком заболевании можно думать в данном случае? 3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? 4. Какая терапия показана больному в
--	--	--

			данном случае?
Раздел 10	Клиническая оценка лабораторных методов исследования, оценка ЭКГ.	Опрос Анализ ЭКГ	1. Что из перечисленного является ЭКГ-признаками синоатриальной блокады II ст. I типа? 1). Постепенное удлинение интервала PP без выпадения комплекса PQRS 2). Постепенное укорочение интервала PP без выпадения комплекса PQRS 3). Постепенное укорочение интервала PP с выпадением предсердно-желудочкового комплекса. Пауза включает расстояние менее суммы двух PP 4). Постепенное удлинение интервала PP с выпадением предсердно-желудочкового комплекса 2. Что из перечисленного является ЭКГ признаками синоатриальной блокады II ст. II типа? 1). постепенное удлинение интервала PP с выпадением предсердно-желудочкового комплекса 2). постепенное укорочение интервала PP с выпадением желудочкового комплекса 3). постепенное удлинение интервала PP с выпадением желудочкового комплекса 4). отсутствие изменений интервала PP с выпадением предсердно-желудочкового комплекса. Пауза включает сумму двух интервалов PP 3. Какие ЭКГ признаки атриовентрикулярной блокады I ст.? 1). удлинение интервала PQ больше 0,20 с. Интервалы PQ равные 2). постепенное удлинение интервала PQ без выпадения предсердно-желудочкового комплекса 3). постепенное укорочение интервала PQ без выпадения комплекса PQRS 4). постепенное удлинение интервала PQ с выпадением желудочкового комплекса 4. Что из перечисленного является ЭКГ признаками атриовентрикулярной блокады II ст. I типа? 1). постепенное укорочение интервала PQ с выпадением предсердно-желудочкового комплекса 2). постепенное удлинение интервала PQ с выпадением предсердно-желудочкового

		комплекса 3). постепенное удлинение интервала PQ с выпадением желудочкового комплекса. Пауза включает сумму 2 RR 4). постепенное удлинение интервала PQ с выпадением желудочкового комплекса. Пауза включает расстояние менее суммы 2 RR 5. Что из перечисленного является ЭКГ признаками атриовентрикулярной блокады II ст. II типа? 1). постепенное укорочение интервала PQ с выпадением предсердно-желудочкового комплекса 2). постепенное удлинение интервала PQ с выпадением предсердно-желудочкового комплекса 3). наличие постоянного (нормального или удлинённого) интервала PQ без прогрессирующего его удлинения с выпадением желудочкового комплекса. Пауза включает сумму 2 RR 4). постепенное удлинение интервала PQ с выпадением желудочкового комплекса. Пауза включает расстояние менее суммы 2 RR 6. Какие ЭКГ признаки атриовентрикулярной блокады III степени? 1). удлинение интервала PQ 2). постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS 3). независимый ритм предсердий и желудочков, количество желудочковых комплексов больше предсердий 4). независимый ритм предсердий и желудочков, количество зубцов P больше, чем комплексов QRST 7. Какие ЭКГ признаки полной блокады правой ножки пучка Гиса? 1). резкое отклонение ЭОС влево, обычная форма и продолжительность комплексов QRS 2). М-образный желудочковый комплекс в отведениях V1,2 уширенный зубец S в отв. V5,6. продолжительность QRS более и равно 0,12 сек во всех отведениях 3). уширенные деформированные желудочковые комплексы: в отв. V1,2 QRS типа QS, в V5,6, с зазубриной на
--	--	--

			восходящей части зубца R, дискордантность сегмента ST и зубца T во всех отведениях 8. Что из перечисленного является ЭКГ признаками полной блокады левой ножки пучка Гиса? 1). резкое отклонение ЭОС влево, обычная форма и продолжительность комплексов QRS 2). М-образный желудочковый комплекс в отведениях V1,2 уширенный зубец S в отв. V5,6. продолжительность QRS более и равно 0,12 сек во всех отведениях 3). уширенные деформированные желудочковые комплексы: в отв. V1,2 QRS типа QS, в V5,6, с зазубриной на восходящей части зубца R, дискордантность сегмента ST и зубца T во всех отведениях 9. Какие ЭКГ признаки блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса? 1). -резкое отклонение ЭОС влево (угол альфа более 30 град), обычная форма и продолжительность желудочковых комплексов 2). резкое отклонение ЭОС влево, уширенные и деформированные комплексы QRS 3). резкое отклонение ЭОС вправо (угол альфа более +120 град.), нормальные желудочковые комплексы 10. Какие ЭКГ признаки блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса? 1). резкое отклонение ЭОС влево (угол альфа более 30 град), обычная форма и продолжительность желудочковых комплексов 2). резкое отклонение ЭОС влево, уширенные и деформированные комплексы QRS 3). резкое отклонение ЭОС вправо (угол альфа более +120 град.), нормальные желудочковые комплексы 4). Резкое 11. Укажите точное расположение синусового узла? 1). в верхней части левого предсердия 2). в верхней части правого предсердия 3). в межпредсердной перегородке 4). в верхней части правого предсердия между устьями полых вен 12. Нормальный автоматизм синусового
--	--	--	---

			узла составляет: 1). 40-50 импульсов в 1 минуту 2). 50-60 импульсов в 1 минуту 3). 60-80 импульсов в 1 минуту 4). 80-100 импульсов в минуту 13. Автоматическим центром первого порядка является: 1). узел Ашоффа-Тавара 2). пучок Гиса 3). волокна Пуркинье 4). синусовый узел 14. Возбуждение синусового узла отражается на обычной ЭКГ: 1). зубцом Р 2). комплексом QRS 3). зубцом Т 4). не отражается на обычный ЭКГ 15. Диагностическими критериями нормального синусового ритма являются: 1). зубец Р (+) в II отведении и (-) в AVR 2). постоянный и нормальный интервал PQ 3). постоянная форма зубца Р в каждом отведении 4). постоянное расстояние Р-Р или R-R 5). все вышеуказанные признаки являются диагностическими критериями синусового ритма
Раздел 11	Лабораторные и инструментальные методы диагностики ишемического повреждения миокарда.	Опрос	1. Из нижеперечисленных биохимических показателей выберите наиболее специфичный для острого инфаркта миокарда: 1). АСТ 2). ЛДГ 3). Тропонин-Т 4). АЛТ 2. Из нижеперечисленных биохимических показателей выберите специфичный для острого инфаркта миокарда: 1). АСТ 2). Щелочная фосфатаза 3). Тропонин-Т 4). ГГТП 3. Из нижеперечисленных показателей выберите наиболее специфичный для острого инфаркта миокарда:
	Осложнения острого инфаркта миокарда в различные его стадии, принципы диагностики и лечения.		

			1). ЛДГ 2). АСТ 3). КФК-МВ 4). Холестерин 4. Укажите, через какое время от начала ИМ регистрируется максимальная концентрация миоглобина: 1). через 6 ч 2). 12 часов 4 3). 24 часов 4). 48 часов 5. Укажите, через какое время от начала ИМ регистрируется пик активности КФК- МВ: 1). через 6 ч 2). 12 часов 3). 24 часов 4). 48 часов 6. Для того, чтобы заподозрить развитие инфаркта миокарда, длительность болевого синдрома должна быть не менее: 1). 60 минут 2). 10 минут 3). 30 минут 4). 45 минут 5). 75 минут 7. Выберите способ введения тромболитических препаратов: 1). п/к 2). в/в 3). в/м 4). per os 8. Атерогенной фракцией холестерина является: 1). ЛПНП 2). ЛПВП 3). жирные кислоты 4). $\omega 3$-оксимасляная кислота 9. Признаком подострой стадии инфаркта миокарда является: 1). монофазная кривая 2). ST выше изолинии 3). патологический зубец Q 4). ST на изолинии, патологический зубец Q 10. При инфаркте передней стенки изменения ЭКГ будут в отведениях:
--	--	--	--

			1). I, II, aVL 2). V1-V3 3). I, aVL 4). V3, V4 11. При инфаркте боковой стенки изменения ЭКГ будут в отведениях: 1). I, II, aVL 2). V1-V3 3). V3, V4 4). aVL, V5, V6 12. Поражение какого элемента проводящей системы сердца наиболее опасно при развитии инфаркта миокарда в области задней части межжелудочковой перегородки: 1). сино-атриального узла 2). атриовентрикулярного узла 3). предсердных пучков 4). пучка Гиса 13. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для инфаркта миокарда: 1). патологический зубец Q, конкордантный подъем сегмента ST 2). изоэлектричный сегмент ST 3). дискордантная депрессия сегмента ST 4). низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях 14. Что относится к реципрокным признакам инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка: 1). подъем сегмента ST в отведениях V1-V4 2). депрессия сегмента ST в отведениях V1-V3 3). увеличение амплитуды R в отведениях V1-V3 4). появление зубца Q в отведениях V1-V4 15. Укажите признаки задне-базального инфаркта миокарда: 1). подъем сегмента ST в отведениях V1-V4 2). депрессия сегмента ST в отведениях V1-V3 3). патологический Q во II, III, avF, увеличен
Раздел 12	Роль лабораторной диагностики ведущих	Опрос	1. «Макрофаги» – это 1) зернистые клетки крови с лапчатым

	синдромов при патологии внутренних органов.	ядром, неопределенной формы 2) зернистые клетки крови, способные захватывать бактерии 3) мононуклеарные фагоциты, способные захватывать и переваривать инородные частицы и микробы 4) клетки крови, способные захватывать лейкоциты 2. Мезенхимальные стволовые клетки – это: 1) полипотентные кроветворные предшественники 2) родоначальницы стромальных элементов красного костного мозга 3) олигопотентные кроветворные предшественники 3. Функциональная недостаточность в-клеточного звена иммунитета сопряжена с риском развития: 1) вирусных инфекций 2) атеросклероза 3) бактериальных инфекций 4) аллергии 4. Функциональная недостаточность т-клеточного звена иммунитета сопряжена с риском развития: 1) вирусных инфекций 2) атеросклероза 3) бактериальных инфекций 4) аллергии 5. Суточное количество выделяемой мочи варьирует в пределах: 1) 0–0,5 литра 2) 0–1 литр 3) 1,5–2 литра 4) 2–3 литра 5) 3–4 литра 6. Цвет мочи здорового человека: 1) соломенно-желтый 2) розовый 3) красный 4) черный 5) серый 7. Креатинин в крови и моче определяется для: 1) исследования суточного диуреза 2) оценки азотистого баланса 3) характеристики почечной фильтрации 4) расчета осмотической концентрации
--	--	--

			8. На увеличение мочевой кислоты в организме влияет: 1) употребление с пищей углеводов 2) повышение синтеза мочевой кислоты 3) избыточное потребление продуктов, богатых липидами 4) повышенное употребление поваренной соли 9. Альдостерон увеличивает: 1) синтез глюкозы 2) почечную реабсорбцию натрия 3) почечную реабсорбцию кальция 4) синтез липидов 10. При ранней протеинурии в моче появляется: 1) альбумин 2) бета-глобулин 3) трансферрин 4) гамма-глобулин 11. Коагулограмма – это 1) метод измерения времени свертывания 2) способ определения агрегации тромбоцитов 3) комплекс методов для характеристики разных звеньев гемостаза 4) система представлений о свертывании крови 5) учение кроветворения 12. Наибольшая активность алт обнаруживается в клетках: 1) миокарда 2) печени 3) скелетных мышц 4) почек 5) поджелудочной железы 13. Наибольшая удельная активность креатинкиназы характерна для: 1) миокарда 2) печени 3) мышц 4) почек 5) поджелудочной железы 14. Неконъюгированный билирубин в гепатоцитах подвергается: 1) соединению с серной кислотой
--	--	--	--

			2) декарбоксилированию 3) соединению с глюкуроновой кислотой 4) дезаминированию 15. Величина онкотического давления сыворотки определяется: 1) ионами 2) углеводами 3) липидами 4) белками 5) низкомолекулярными азотистыми соединениями 16. «Голодные» отеки связаны с: 1) задержкой натрия в организме 2) белковым истощением 3) увеличением альдостерона в сыворотке 4) гипергидратацией 17. Роль натрия заключается в: 1) поддержании осмотического давления 2) регуляции уровня углеводов 3) регуляции уровня липидов 4) регуляции уровня белков Задача 1. Больная Е., 34 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на ноющие боли в подложечной области, возникающие натощак и стихающие после приема пищи, изжогу, отрыжку, редко - тошноту. Из анамнеза: Перечисленные симптомы, более или менее выраженные отмечает в течение последнего года. За медицинской помощью не обращалась. Боли и изжогу, по совету знакомых, снимала альмагелем. К врачу обратилась впервые, участковым терапевтом направлена на стационарное обследование и лечение. Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Пульс 50 уд/мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные. Язык влажный, у корня обложен сероватым налетом. Живот мягкий, в эпигастрии слегка болезнен. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Анализ крови
--	--	--	---

			общий: эр. – 4,2 Т/л; Нв – 129 г/л; цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – 7,0 Г/л; формула – N, СОЭ – 13 мм/час. Анализ крови биохимический: креатинин – 70 мкмоль/л; о. белок – 72 г/л; белковые фракции: альб. – 55%, α_1 – 4,2%, α_2 – 6,7%, β – 15%, γ – 19,1%; о. холестерин – 3,2 ммоль/л; β-липопротеиды – 4,2 г/л; щелочная фосфатаза – 1,2 ЕД; билирубин общий – 15,3 мкмоль/л, прямой – нет, непрямой – 15,3 мкмоль/л; АСТ – 0,3 мкмоль/л; АЛТ – 0,25 мкмоль/л. Копрограмма: темно-коричневый, оформленный, реакция – слабощелочная, мышечные волокна (-), нейтральный жир (-), жирные кислоты (+), крахмал (+-), перевариваемая клетчатка (+), слизь (-). Выполнена ФЭГДС – патологии в пищеводе, желудке, 12-перстной кишке не обнаружено. Вопросы: 1. О каком заболевании может идти речь? 2. Какие еще дополнительные методы исследования можно применить и каковы ожидаемые результаты этих исследований? 3. Лечение.
Раздел 13	Основные проявления неврологических заболеваний.	Опрос	1. Типичным возрастом возникновения пикнолептических припадков является: а) 6-8 лет б) старше 14 лет в) 3-5 лет 2. Психические нарушения, наиболее часто отмечаемые у детей дошкольного и младшего школьного возраста, больных эпилепсией, характеризуются: а) повышенным педантизмом б) аффективной возбудимостью неустойчивого аффекта в) аффективной вязкостью 3. Типичные эпилептические черты личности наиболее часто выявляются в: а) подростковом возрасте б) юношеском возрасте в) школьном возрасте 4. К разновидностям пропульсивных
	Преходящие нарушения мозгового кровообращения.		

			припадков относятся все перечисленные, за исключением: а) клевков б) амиотонических припадков в) молниеносных припадков 5. К бессудорожным пароксизмам с глубоким помрачением сознания относятся все перечисленные, за исключением: а) абсансов б) бредового варианта сумеречного расстройства сознания в) галлюцинаторного варианта сумеречного расстройства сознания 6. К бессудорожным пароксизмам с неглубоким расстройством сознания относятся: а) состояния, клинические проявления которых соответствуют психопатологической картине аур б) особые сновидные состояния с фантастическим грезоподобным бредом в) оба варианта верны 7. К бессудорожным пароксизмам без расстройства сознания относятся все перечисленные, за исключением: а) ротаторных автоматизмов б) аффективных пароксизмов в) нарклептических пароксизмов 8. Перечислите этиологические факторы предрасположения к эпилепсии: 1) Наследственные 2) Врожденные 3) Приобретенные 9. Какие клинические Проявления и топика парциальных моторных джексоновских припадков? 1) Передняя центральная извилина 2) Задняя центральная извилина 3) Насильственный поворот головы и глаз 4) Сосательные, глотательные, жевательные движения 5) Клонические, тонические судороги в
--	--	--	---

			отдельных группах мышц в руке, ноге или лице 10. Какие клинические Проявления и топика Парциальных моторных адверсивных припадков? 1) Передняя центральная извилина 2) Средняя лобная извилина 3) Сосательные, глотательные, жевательные движения 4) Насильственный поворот головы и глаз 5) Клонические, тонические судороги в отдельных группах мышц в руке, ноге или лице 11. Какие клинические проявления и топика парциальных соматосенсорных (джексоновских) припадков? 1) Передняя центральная извилина 2) Задняя центральная извилина 3) Насильственный поворот головы и глаз 4) Парестезии, онемение в руке, ноге или лице 5) Клонические, тонические судороги в отдельных группах мышц в руке, ноге или лице 12. Укажите признаки эпилептического статуса: 1) Отсутствие сознания в межприступном периоде 2) Длительность припадков до 10 минут 3) Длительность припадков до 20 минут 4) Длительность припадков до 30 минут 5) Частые припадки (до 10) в течение суток 6) Частые припадки (до 30) в течение суток 7) Частые припадки (до 50) в течение суток 13. Укажите основные принципы лечения эпилепсии: 1) Комплексность 2) Индивидуальность 3) Непрерывность 4) Длительность эффективной терапии(1 год) 5) Длительность эффективной терапии
--	--	--	---

			(2-5 года) 6) Длительность эффективной терапии (постоянно) 7) Постепенная отмена препарата 8) Быстрая отмена препарата 14. Какие противоэpileптические препараты относятся к препаратам первого выбора? 1) Фенобарбитал 2) Бензонал 3) Карбамазепин (финлепсин, тегретол и др.) 4) Антелепсин (клоназепам) 5) Дифенин 6) Вальпроаты (конвульсофин, депакин, конвулекс и др.) 7) Суксилеп 15. Укажите диагностические признаки эпилепсии: 1) Внезапность 2) Нарушение сознания 3) Прогрессиентность 4) Нарушения в психоэмоциональной сфере 5) Отягощенная наследственность 6) Наличие очаговых неврологических нарушений 7) Наличие специфических изменений на ЭЭГ 8) Наличие специфических изменений на МРТ головного мозга 16. Укажите дифференциально-диагностические признаки обморока эпилепсии: 1) Наличие провоцирующего фактора 2) Спонтанное начало 3) Кратковременные, однообразные вегето-висцеральные нарушения 17. Разнообразные, Постепенно нарастающие вегето-висцеральные нарушения 1) Быстрое нарушение сознания 2) Постепенное нарушение сознания 3) Быстрое восстановление сознания 4) Постепенное восстановление сознания
--	--	--	---

			Задача 1. Больной 62 лет. Вызов на дом. Известно, что заболел остро около 12.00 развилась слабость в правых конечностях, нарушение речи. Головных болей не было. Этому предшествовал эпизод слабости и онемения который длился около 2-х часов. Полностью регрессировал. Страдает гипертонической болезнью и мерцательной аритмией. В момент начала заболевания – ощущение перебоев в работе сердца. При осмотре: сознание - оглушение, правильно ориентирован, речь – нарушена, преимущественно обращенная речь. Менингеальных симптомов нет. Центральный парез лицевого нерва справа, правосторонний гемипарез со снижением силы до 2 - 3 баллов. Правосторонняя гемигипестезия. Поставьте диагноз. Определите тактику ведения больного. Составить план реабилитации пациента Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей. Задача 2. Больной 48 лет. Экстренный вызов на дом. Внезапно нарушилась речь, ослабели левые конечности. В анамнезе – оперативное лечение кардиохирургическом отделении по причине недостаточности аортального клапана. Выполнено протезирование аортального клапана. Получает варфарин под контролем МНО. В течение месяца не контролировалась коагуляция. При осмотре: сознание - сонор, правосторонний умеренный гемипарез. Менингеальных знаков нет. Элементы смешанной афазии. Поставьте диагноз. Какой основной клинический синдром выявляется у больного? Наиболее вероятный патогенез развившегося состояния. Назначьте лечение. Составить план
--	--	--	---

			реабилитации пациента Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.
Раздел 14	Лечение бронхиальной астмы в период обострения. Астматический статус.	Опрос	1. Для купирования Приступа бронхиальной Астмы можно использовать: 1) ингаляционные антихолинэргические препараты холинолитики и бета 2 - агонисты 2) интал (кромогликат натрия) 3) ингаляционные глюкокортикоиды 4) внутривенное введение эуфиллина, глюкокортикоидов 2. Базисными препаратами для лечения бронхиальной астмы в условиях поликлиники являются: 1) фенотерол (беротек) 2) ингаляционные глюкокортикоидные препараты (бекламетазон, будесонид) 3) производные метилксантинов (теопек, теотард, теofilлин) 4) кромогликат натрия (интал) 3. Для бронхиальной астмы характерны: 1) ночные приступы удушья с поверхностным частым дыханием, могут сопровождаться пенистой мокротой 2) приступы удушья с затрудненным выдохом, после окончания приступа выделяется стекловидная вязкая мокрота 3) ослабленное везикулярное дыхание 4) вне приступа в нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые незвучные влажные хрипы 4. Какие клетки принимают основное участие в развитии воспаления при бронхиальной астме: 1) эозинофилы 2) тучные клетки 3) нейтрофилы

			4) Т-лимфоциты 5) тромбоциты 6) все вышеперечисленное 5. Назовите состояния, относящиеся к первичной гиперреактивности бронхов: 1) астма физического усилия 2) аспириновая астма 3) адренергический вариант 4) вагусзависимая астма 6. Назовите основные клинические проявления бронхиальной астмы: 1) приступ удушья 2) приступ кашля 3) приступ затруднения дыхания 4) приступ потери сознания 7. Для лечения больного в астматическом статусе используется все перечисленное, за исключением: 1) кислородотерапии 2) эуфиллина 3) кортикостероидов 4) интала 5) вибрационного массажа 8. Факторами, предрасполагающими к развитию астматического статуса, являются: 1) обострение хронического бронхита 2) проведение диагностических скарификационных проб 3) отмена гормональной терапии 4) острая респираторная вирусная инфекция 5) все вышеперечисленное 9. К ингаляционному препарату для купирования приступа бронхиальной астмы не относится: 1) беротек 2) сальбутамол 3) беродуал 4) теофедрин 10. При диспансерном наблюдении больного, страдающего бронхиальной астмой средней тяжести, необходимы осмотры:
--	--	--	---

			1) Аллерголога 2) Пульмонолога 3) Стоматолога 4) всех вышеперечисленных 11. Больные бронхиальной астмой, средне-тяжелое персистирующее течение при диспансерном наблюдении осматриваются: 1) 1 раз в год 2) 1 раз в 2 год 3) 2 раза в год 4) 3-4 раза в год 12. С какого препарата следует начинать лечение бронхиальной астмы среднетяжелого течения? 1) системные глюкокортикостероиды 2) ингаляционные глюкокортикостероиды 3) хромогликат натрия 4) беротек 5) атровент 13. Больная, страдающая бронхиальной астмой и гипертонической болезнью, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с приемом: 1) беклометазона 2) сальбутамола 3) капотена 4) с сочетанием беклометазона и сальбутамола 5) с недостаточной дозой беклометазона 14. Хороший ответ на начальную терапию среднетяжелого приступа удушья ба включает следующие характеристики: 1) псв менее 80%; 2) псв более 70%; 3) псв более 80%. 15. При неполном ответе в течение 1-2 часов на начальную терапию легкого приступа удушья при ба показано: 1) добавить перорально кортикостероиды; 2) введение 2,4%
--	--	--	---

		эуфиллина внутривенно; 3)немедленная госпитализация в стационар. Задача 1. Больной обратился в поликлинику с жалобами на приступы удушья 1 раз в месяц, усиливающиеся при физической нагрузке, сопровождающиеся выделением густой вязкой мокроты; сердцебиением. С 7 лет страдает приступами мигрени. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожа и слизистые обычной окраски. Грудная клетка обычной формы, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в мин., в сердце тоны ясные, ритмичные, ЧСС в' = 74в' АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. 1. ваш предварительный диагноз? 2. составьте план обследования больного. Задача 2. У женщины 42 лет с ранее установленным диагнозом бронхиальной астмы при очередном обострении заболевания было проведено обследование и выявлено: эозинофилия крови 26%, эозинофилия мокроты 38%. 1. Объясните возможные причины полученных резких отклонений 2. Определите план обследования для уточнения диагноза 3. С кем из врачей–специалистов целесообразно проконсультироваться для уточнения диагноза и коррекции плана обследования 4. Определите варианты лечения в зависимости от предполагаемого диагноза
--	--	--