

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра внутренних болезней №5

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания Центрального
координационного учебно - методического совета

« 28 » 08 2020 г. Пр. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к рабочей программе учебной дисциплины «**Неотложные состояния в клинике
внутренних болезней**» - основной профессиональной образовательной программы- программы
ординатуры по специальности **31.08.48 Скорая медицинская помощь**,
утвержденной 28.08.2020 г.

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от « 03 » 07 2020 г., протокол № 21

Заведующий кафедрой
профессор Н.М. Бурдули



г. Владикавказ 2020 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к зачету;
 - тестовые задания.

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

«Неотложные состояния в клинике внутренних болезней»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1/	Неотложные состояния в клинике внутренних болезней в практике врача СМП	УК-1, ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6, ПК-7	Тестовый контроль, билеты для зачета

Вопросы к зачету

1. Атеросклероз: понятие, факторы риска, классификация, лечение.
2. Классификация антиаритмических препаратов.
3. ИБС. Понятие, факторы риска. Патогенез. Классификация.
4. Критерии диагностики хронического гломерулонефрита (клинические, лабораторные, инструментальные).
5. Инфаркт миокарда. Клиника. Диагностика, лечение, этапы реабилитации.
6. Этапы обследования при заболевании почек.
7. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Принципы диагностики.
8. Потенциальные возбудители внутри- и внебольничных пневмоний.
9. Симптоматические гипертонии. Классификация. Диагностика.
10. Клинические, лабораторные, инструментальные методы выявления язвенной болезни.
11. Диагностика и лечение плевритов.
12. Принципы лечения хронического гастрита ассоциированного и неассоциированного с *Helicobacter pylori*.
13. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Диагностические критерии.
14. Лечение астматического статуса.
15. Пневмонии. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
16. Антикоагулянты, фибринолитики и антиагреганты. Механизм действия, характеристика основных препаратов, контроль за их применением.
17. Синдром вегетативной дисфункции. Этиология. Классификация. Критерии диагностики. Лечение.
18. Острый живот в практике терапевта. Диагностика. Тактика врача.
19. Дифференциальный диагноз болей в левой половине грудной клетки.
20. Принципы лечения анемий.
21. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Морфологические и клинические варианты.
22. Лечение ревматоидного артрита.
23. Дифференциальный диагноз ком при сахарном диабете.
24. Инфекционный эндокардит. Этиология. Критерии диагностики. Классификация.
25. Воспалительные кардиомиопатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.
26. Хронические лейкозы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
27. Идиопатические кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная). Диагностика. Лечение.
28. Диагностика хронического гепатита.
29. Лечение внебольничных пневмоний.
30. Принципы антигипертензивной терапии, теоретическое обоснование комбинированной антигипертензивной терапии.
31. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология. Патогенез. Клинические варианты. Классификация.
32. Дифференциально-диагностические критерии пороков с систолическим шумом.
33. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация.
34. Дифференциально-диагностические критерии пороков с диастолическим шумом.
35. Лечение бронхиальной астмы.
36. Острый лейкоз. Этиология, клиника, диагностика.
37. Кардиогенный шок. Неотложная диагностика и терапия.
38. Принципы лечения хронического пиелонефрита.
39. Клинико-электрокардиографическая динамика инфаркта миокарда.
40. Дифференциальный диагноз желтух.
41. Хроническая сердечная недостаточность. Классификация. Клиника. Диагностика.

42. Уросептики.
43. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация.
44. Применение бронхолитиков при заболеваниях легких.
45. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника.
46. Специфические кардиомиопатии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Хронический холецистит. Клиника. Диагностика.
48. Неотложная диагностика и лечение анафилактического шока.
49. Стенокардия напряжения. Дифференциальный диагноз различных форм стенокардии.
50. Лечение циррозов печени.
51. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
52. Перикардиты. Диагностика. Лечение.
53. Дифференциальный диагноз по отечному синдрому.
54. Лечение пароксизмальных нарушений ритма.
55. Острый коронарный синдром. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Диагностика диабетических ком.
57. Неотложная диагностика и помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
58. Нестероидные противовоспалительные препараты.
59. Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Диагностика. Классификация.
60. Принципы антибактериальной терапии в клинике внутренних болезней.
61. Ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.
62. Грипп. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
63. Основные группы анемических состояний. Дифференциальный диагноз анемий.
64. Острый коронарный синдром: клиника, диагностика.
65. Гипертонические кризы. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
66. Современные принципы лечения хронической сердечной недостаточности.
67. Анафилактический шок. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная терапия.
68. Гипертоническая болезнь. Классификация. Диагностика.
69. Методы диагностики экссудативного плеврита.
70. Острый коронарный синдром: тактика ведения больного с подъемом сегмента ST.
71. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.
72. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Классификация.
73. Диагностика и лечение железодефицитных анемий.
74. Антигипертензивные препараты. Принципы лечения гипертонической болезни.
75. Лечение хронического панкреатита.
76. Диагностика инфаркта миокарда.
77. Принципы лечения дисфункций желчного пузыря.
78. Хронические гепатиты. Этиология, клиника, диагностика.
79. Лечение хронических гломерулонефритов.

Тестовые задания (правильный вариант ответа выделен +)

- 1. Боль в нижней трети грудины, облегчающаяся при переходе из горизонтального положения в вертикальное, указывает на**
 - тромбоэмболию легочной артерии
 - базальный плеврит
 - + грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
 - пролапс митрального клапана
 - острый инфаркт миокарда
- 2. Острый перикардит с выраженным болевым синдромом у лиц моложе 40 лет, скорее всего,**

связан с

туберкулезом

микседемой

+острой вирусной инфекцией

системной красной волчанкой

периодической болезнью

3.Иррадиация боли в спину наиболее характерна для

острого перикардита

разрыва пищевода

+расслаивающей аневризмы аорты

тромбоэмболии легочной артерии

спонтанного пневмоторакса

4.Сочетание болей в грудной клетке с гипотензией наименее характерно для

тромбоэмболии легочной артерии

острого инфаркта миокарда

напряженного пневмоторакса

гемотампонады сердца

+ острого сухого перикардита

5.Сочетание болей в грудной клетке с набуханием шейных вен характерно для всего перечисленного, кроме

тромбоэмболии легочной артерии

разрыва межжелудочковой перегородки

гемотампонады сердца

инфаркта правого желудочка

+расслаивающей аневризмы аорты

6.Зависимость болей в грудной клетке от положения больного наиболее характерна для одного из следующих заболеваний

пролапс митрального клапана

тромбоэмболии легочной артерии

+острый перикардит

расслаивающая аневризма аорты

инфаркт миокарда.

7.Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на

+расслаивающую аневризму аорты

тромбоэмболию легочной артерии

инфаркт миокарда

кардиоспазм

синдром Титце

8.Возникновение болей за грудиной после еды при принятии горизонтального положения наиболее характерно для

кардиоспазма

+грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

язвенной болезни желудка

вариантной стенокардии

обострения хронического холецистита

9.Эффективность нитроглицерина в купировании приступа за грудиных болей помимо стенокардии отмечается также при

+кардиоспазме

нейроциркуляторной дистонии

пролапсе митрального клапана

остром перикардите

грыже пищеводного отверстия диафрагмы

10.Сочетание интенсивных разлитых болей в верхних отделах живота с иррадиацией в спину

и элевацией сегмента ST на ЭКГ кроме гастралгической формы инфаркта миокарда требует исключить, в первую очередь

обострение язвенной болезни желудка
расслаивающую аневризму аорты
+острый панкреатит
острый гастродуоденит
синдром Хилаидити

11.Из заболеваний, сопровождающихся болями в груди, пальпация грудной клетки наиболее информативна при

+синдроме Титце
пролапсе митрального клапана
остром перикардите
синдроме Хилаидити
спонтанном пневмотораксе

12.Появление колющих односторонних болей в грудной клетке во время кашля характерно для

рефлюкс-эзофагита
+спонтанного пневмоторакса
грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
синдрома Хилаидити
пролапса митрального клапана

13.Элевация сегмента ST на ЭКГ при интенсивных за грудиных болях помимо острой коронарной недостаточности типична также для

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
+ острого перикардита
спонтанного пневмоторакса
кардиоспазма
нейроциркуляторной дистонии

14.Подъем сегмента ST у больных без ИБС на ЭКГ может встречаться при гипотермии

нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях V_{1-2} с глубокими зубцами S
тромбозом легочной артерии
синдроме ранней реполяризации
+ во всех перечисленных случаях

15.Для синдрома ранней реполяризации желудочков характерна регистрация на ЭКГ

отрицательных зубцов T
депрессии сегмента ST
+подъема сегмента ST
высокоамплитудных зубцов R
глубоких остrokонечных зубцов S

16.Подъем сегмента ST в большинстве отведений характерен для

тромбозом легочной артерии
гипокалиемии
гиперкалиемии
+острого перикардита
всего перечисленного

17.Причиной появления отрицательных зубцов T на ЭКГ может быть все перечисленное, за исключением

гипервентиляции
+гиперкалиемии
дисгормональных нарушений
нарушения мозгового кровообращения
мелкоочагового инфаркта миокарда

18.Причиной появления очень высоких зубцов T может быть

гиперкалиемия
ваготония
сверхострая фаза инфаркта миокарда
нарушение мозгового кровообращения
+все перечисленное

19. Развитие очаговой неврологической симптоматики на фоне приступа интенсивных загрудинных болей с наибольшей вероятностью указывает на

тромбоэмболию легочной артерии
острый панкреатит
острый перикардит
вариантную стенокардию
+расслаивающую аневризму аорты

20. Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для

острого перикардита
расслаивающей аневризмы аорты
разрыва пищевода
+тромбоэмболии легочной артерии
грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

21. Остро возникшая у пациента в астматическом статусе односторонняя боль в грудной клетке, связанная с актом дыхания, требует исключить, в первую очередь

+ спонтанный пневмоторакс
острый плеврит
межреберную невралгию
тромбоэмболию легочной артерии
синдром Цириакса

22. Наиболее характерным изменением ЭКГ во время приступа стенокардии является инверсия зубца Т

+горизонтальная депрессия $ST \geq 1$ мм
подъем сегмента $ST \geq 1$ мм
снижение амплитуды зубца R
все перечисленное неверно

23. Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для

недостаточности клапанов аорты
митрального стеноза
недостаточности митрального клапана
+ стеноза устья аорты
вариантной стенокардии

24. Для прогрессирующей стенокардии верны следующие утверждения, кроме

характерно учащение приступов
характерны боли в покое
+характерно возникновение болей по мере нарастания нагрузки
характерно горизонтальное смещение сегмента ST
необходима срочная госпитализация

25. Для стенокардии напряжения характерно все, кроме

внезапного появления болей
болей до 10 минут
эффективного действия нитратов
+проявления чаще ночью
связи с нагрузкой

26. Для приступа вариантной стенокардии нехарактерно

развитие нередко в предутренние часы во время сна
+ появление болей преимущественно при физической нагрузке
провоцирующая роль холода, злоупотребления табаком

сравнительно большая продолжительность
меньший эффект нитратов в сравнении со стенокардией напряжения
27. К эффектам нитроглицерина относятся все, кроме
уменьшения конечно-диастолического давления в левом желудочке
уменьшения преднагрузки на сердце
устранения спазма венечных артерий
уменьшения потребления кислорода миокардом

+увеличения насыщения крови кислородом
28. Прием нитропрепаратов может сопровождаться
bronхоспазмом
брадикардией
диареей
+артериальной гипотонией
брадипноэ

29. При нестабильной стенокардии с недостаточным эффектом от приема нитратов целесообразно
срочно госпитализировать больного
увеличить дозу нитратов
ввести наркотические анальгетики
проведение оксигенотерапии
+все перечисленные мероприятия

30. У верапамила, в отличие от нифедипина, присутствует следующий эффект
эффективность в предотвращении приступов вариантной стенокардии
гипотензивное действие
урежение приступов при болезни Рейно
определённый бронхолитический эффект
+урежение ЧСС в терапевтических дозах

31. Бета-блокаторам присущи все эффекты, кроме
артериальной гипотензии
брадикардии
провоцирования бронхоспазма
депрессивных состояний у пожилых
+гипергликемии у больных сахарным диабетом

32. Больному сахарным диабетом со склонностью к гипогликемии из антиангинальных препаратов противопоказан
нитроглицерин
+пропранолол
нифедипин
нитросорбид
верапамил

33. Нежелательно сочетание β – блокаторов со всеми препаратами, кроме
верапамила (изоптина)
дильтиазема (кардила)
кордарона
дигоксина
+нитратов

34. Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии у больного бронхиальной астмой является
пропранолол (обзидан)
кордарон
верапамил (изоптин)
+ нифедипин
клофелин

35. Относительными противопоказаниями к введению нитроглицерина являются

повышение внутричерепного давления

гипотензия

гиповолемия

тяжелый аортальный стеноз

+все перечисленное

36. При стенокардии напряжения и ЧСС 58 в минуту нельзя назначать препараты, кроме пропранолола(обзидана)

верапамила (изоптина)

+ изокета

дильтиазема (кардила)

кордарона

37. Монофазная кривая при остром инфаркте миокарда обычно удерживается

до 24 часов

+до 1 недели

до 1 месяца

до 3 месяцев

возможны все варианты

38. Подъем сегмента ST, отрицательный зубец T в I, aVL, V3-V6, а также уменьшение амплитуды зубца R в этих отведениях характерны для

мелкоочагового переднего инфаркта

+интрамурального переднебокового инфаркта

крупноочагового бокового инфаркта

мелкоочагового бокового инфаркта

интрамурального заднебокового инфаркта

39. Появление комплексов QS в V1-V3 наиболее характерно для инфаркта миокарда

+передне-перегородочной локализации

нижней локализации

боковой локализации

задней стенки

правого желудочка

40. Регистрация подъема сегмента ST в отведении V1 у больных с острым инфарктом миокарда нижней локализации является признаком

+сопутствующего инфаркта миокарда задней стенки

сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка

сопутствующего передне-перегородочного инфаркта миокарда

всего перечисленного

ничего из перечисленного

41. У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса появление зубцов S в отведениях I, aVL, V5-6 является признаком инфаркта миокарда

передне-перегородочной локализации

нижней локализации

+боковой локализации

задней стенки

все перечисленное не верно

42. У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса признаком крупноочаговых изменений нижней локализации является

регистрация комплексов QS во II.отведении

регистрация зубцов Q. во II .отведении

зубец R во II отведении меньше, чем зубцы R в отведениях III и aVF

зубец R во II отведении $\leq 1,5$ мм

+ возможно все перечисленное

43. При изолированных изменениях ЭКГ в aVL, для уточнения зоны инфаркта надо регистрировать

V3-V4 справа

V₂ по II межреберью
отведение Dorsalis по Небу
отведение Anterior по Небу
+отведение Inferior по Небу

44.Для субэндокардиального инфаркта миокарда характерно

благоприятный прогноз
более редкие, чем при трансмуральном инфаркте миокарда, осложнения
+частые рецидивы
неосложненное течение
возникновение чаще у молодых больных

45.Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются

тромбоэмболическими осложнениями
+фибрилляцией желудочков
перикардитом
плевритом
аневризмой

46.Летальность от острого инфаркта миокарда наиболее высока

+в первые часы
на вторые сутки
одинакова на всех стадиях болезни
нарастает постепенно
возможны все перечисленные варианты

47.Наиболее частой причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является

кардиогенный шок
отек легких
+фибрилляция желудочков
гемотампонада сердца
полная атриовентрикулярная блокада

48.В первые три дня острого инфаркта миокарда возможны все осложнения, кроме

кардиогенного шока
нарушения ритма
+синдрома Дресслера
отека легких
разрывов миокарда

49.Внезапная потеря сознания и пульса при сохранении ЭКГ-сигналов характерна для

фибрилляции желудочков
+разрыва сердца
тромбоэмболии легочной артерии
полной поперечной блокады
синдрома Фредерика

50.Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно

+сегмент ST на изолинии
исчезновение патологического зубца Q.
положительный (всегда) зубец T
сужение зубца Q до 0,02 с
возможны все варианты