

№ Пед-21

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

Кафедра внутренних болезней № 3

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания
Центрального
координационного
учебно-методического
совета
«02» апреля 2024 г., № 8

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Госпитальная терапия»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной
17.04.2024г.

для студентов педиатрического факультета 4,5 курс

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
От «29» марта 2024 г. (протокол №8)

Заведующий кафедрой,
д.м.н., доцент



Бестаев Д.В.

г. Владикавказ 2024 г.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура ОМ
3. Рецензия на ОМ
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - вопросы к модулю
 - банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
 - экзаменационные билеты /билеты к зачету

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-
ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

на оценочные материалы

по дисциплине «Госпитальная терапия»

для педиатрического факультета

4,5 курс

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Оценочные материалы составлены на кафедре внутренних болезней № 3 на основании рабочей программы дисциплины «Госпитальная терапия», утвержденная 17.04.2024г. и соответствуют требованиям ФГОС 3++ «Педиатрия»

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулю,
- банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- экзаменационные билеты

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе «Госпитальная терапия» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости, промежуточной аттестации. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине «Госпитальная терапия» способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине «Госпитальная терапия» могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на педиатрическом факультете у обучающихся

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

на оценочные материалы

по дисциплине

«Госпитальная терапия»

для педиатрического факультета

4,5 курс

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Оценочные материалы составлены на кафедре внутренних болезней № 3

на основании рабочей программы дисциплины «Госпитальная терапия», утвержденная
17.04.2024г. и соответствуют требованиям ФГОС 3++ «Педиатрия»

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулю,
- банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- экзаменационные билеты

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе «Госпитальная терапия» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости, промежуточной аттестации. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине «Госпитальная терапия» способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине «Госпитальная терапия» могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на педиатрическом факультете у обучающихся 4,5 курса.

Рецензент:

Главный врач ГБУЗ «Поликлиника №1»
РСО-Алания



З.В. Мецаева

Паспорт оценочных материалов по дисциплине
«Госпитальная терапия»
(название дисциплины)

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	<u>Текущий/Промежуточный</u>		
1.	Модуль пульмонология	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, билеты к экзамену
2.	Модуль кардиология	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, билеты к экзамену
3.	Модуль нефрология	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, билеты к экзамену
4.	Модуль гематология	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, билеты к экзамену
5.	Модуль ревматология	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	тестовый контроль, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, билеты к экзамену

*Наименование контролируемого раздела (темы) или тем (разделов) дисциплины/ модуля берется из рабочей программы.

Вопросы к модулю

Вопросы к модулю №1 (VIII семестр)

1. Дифференциальная диагностика и лечение бронхообструктивного синдрома (БОС)
2. Дифференциальная диагностика очаговых заболеваний легких (с разбором пневмоний, ТЭЛА, эозинофильной пневмонии)
3. Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности
4. Дифференциальная диагностика при артериальной гипертензии. Симптоматические артериальные гипертензии.
5. Диагностика и лечение некоронарогенных заболеваний миокарда (Миокардиты)
6. Диагностика и лечение некоронарогенных заболеваний миокарда (Перикардиты)
7. Диагностика и лечение некоронарогенных заболеваний миокарда (Кардиомиопатии)

Вопросы к модулю №2 (IX семестр)

1. Мочевой синдром.
2. Нефротический синдром.
3. Острое почечное повреждение.
4. Хроническая болезнь почек. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
5. Железодефицитная анемия. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
6. В₁₂дефицитная анемия. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
7. Гемолитическая анемия. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
8. Апластическая анемия. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
9. Дифференциальная диагностика геморрагического синдрома.
10. Ревматоидный артрит. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
11. Остеоартроз. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
12. Подагра. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
13. СКВ. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.
14. Системная склеродермия. Определение. Классификация. Этиологич, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.

**Перечень вопросов для подготовки студентов педиатрического факультета к
экзамену по дисциплине
«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

1. Бронхо-обструктивный синдром. (БОС). Механизмы бронхообструкции. Классификация. Клинические проявления.
2. Бронхо-обструктивный синдром. (БОС). Диагностический алгоритм
3. Бронхо-обструктивный синдром. (БОС). Дифференциальная диагностика ХОБЛ, БА, СН
4. Бронхо-обструктивный синдром. (БОС). Принципы лечения. Купирование приступа
5. Дифференциальная диагностика очаговых заболеваний легких: , ТЭЛА, эозинофильный инфильтрат, пневмонии различной этиологии.
6. Лечение пневмонии, неотложная терапия пневмонии тяжелого течения.
7. Диагностика острой сердечной недостаточности. Острая левожелудочковая недостаточность. Этиология. Патогенез, характер изменений гемодинамики. Клинические и дополнительные методы исследования. Дифференциальная диагностика с другими причинами пароксизмальной одышки.
8. Диагностика острой сердечной недостаточности. Острая правожелудочковая недостаточность. Этиология. Патогенез, характер изменений гемодинамики. Клинические и дополнительные методы исследования. Дифференциальная диагностика с другими причинами пароксизмальной одышки.
9. Диагностика хронической сердечной недостаточности. Этиология, патогенез, клиника, инструментальная диагностика.
10. Классификация сердечной недостаточности.
11. Острая сердечная недостаточность: современные принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения.
12. Экстренная помощь при сердечной астме и отеке легких.
13. Хроническая сердечная недостаточность: современная медикаментозная и немедикаментозная терапия.
14. Перикардиты. Этиология, патогенез, классификация. Сухой перикардит. Клиническая картина, лечение.
15. Перикардит. Острый выпотной перикардит. Клиническая картина. Диагноз. Значение рентгенологического исследования, эхокардиографии. Симптомы увеличения полости перикарда и сдавления сердца. Показания к пункции перикарда. Лечение с учетом этиологического фактора
16. Слипчивый (констриктивный) перикардит. Этиология. Механизм развития и особенности нарушения кровообращения, "псевдоцирроз" печени. Диагноз. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Прогноз.
17. Миокардиты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Варианты течения. Осложнения. Диагностика, значение инструментальных и иммунологических методов исследования. Прогноз. Лечение.
18. Кардиомиопатии. Рестриктивная кардиомиопатия. Патогенез нарушений внутрисердечной гемодинамики. Основные клинические проявления. Диагностика. Течение и осложнения. Возможности консервативного лечения. Показания к оперативному лечению.
19. Кардиомиопатии. Дилатационная кардиомиопатия. Патогенез нарушений внутрисердечной гемодинамики. Основные клинические проявления. Диагностика. Течение и осложнения. Возможности консервативного лечения. Показания к оперативному лечению.

20. Кардиомиопатии: Гипертрофическая кардиомиопатия. Патогенез нарушений внутрисердечной гемодинамики. Основные клинические проявления. Диагностика. Течение и осложнения. Возможности консервативного лечения. Показания к оперативному лечению.
21. Классификация артериальных гипертензий. Схема обследования при артериальной гипертензии.
22. Симптоматические артериальные гипертензии. Почечные артериальные гипертензии (рено-васкулярная, при нефритах и пиелонефритах). Патогенез, клиника. Диагностика, лечение
23. Симптоматические артериальные гипертензии. Эндокринные артериальные гипертензии (синдром и болезнь Кушинга, феохромоцитомы, альдостеромы). Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
24. Симптоматические артериальные гипертензии. Гемодинамические артериальные гипертензии. Патогенез, клиника. Диагностика, лечение
25. Нефротический синдром. Заболевания, приводящие к развитию нефротического синдрома. Патогенез основных клинических проявлений болезни. Клиническая картина. Лабораторная диагностика.
26. Нефротический синдром. Возможности современной терапии (диета, мочегонные, иммуносупрессоры, Цитостатические препараты, антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные средства, показания к гемосорбции и плазмаферезу)
27. Дифференциальная диагностика при мочевоом синдроме. Диагностические критерии заболеваний, проявляющихся преимущественно гематурией. Возможности лабораторно-инструментальных методов исследования.
28. Дифференциальная диагностика при мочевоом синдроме. Диагностические критерии заболеваний, проявляющихся преимущественно лейкоцитурией (пиурией). Возможности лабораторно-инструментальных методов исследования.
29. Дифференциальная диагностика при мочевоом синдроме. Диагностические критерии заболеваний, проявляющихся преимущественно протеинурией. Возможности лабораторно-инструментальных методов исследования.
30. Острая почечная недостаточность (ОПН). Этиология ОПН. Механизмы развития ОПН. Клиническая картина, стадии в развитии ОПН.
31. Острая почечная недостаточность (ОПН).. Лечение по стадиям. Показания к гемодиализу и гемосорбции. Исходы. Профилактика
32. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология Патогенез. Основные клинические синдромы. Стадийность течения. Диагностика.
33. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Лечение (режим, диета, водно-солевой режим, возможности симптоматического лечения). Показания к гемодиализу и его возможности. Трансплантация почек.
34. Анемии. Железодефицитная анемия. Основные этиологические факторы. Этапы развития дефицита железа в организме. Клиническая картина, основные синдромы, критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
35. Анемии. **Мегалобластные (гиперхромные) анемии**. В₁₂-(фолиево)-дефицитные анемии. Этиология. Патогенез.. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Критерии диагноза. Лечение. Профилактика.
36. **Гемолитические анемии**. Механизм гемолиза и основные причины развития гемолитических анемий. Классификация. Основные клиничко-лабораторные признаки гемолитических анемий.
37. **Гипо- и апластические анемии**. Этиология . Патогенез. Роль аутоиммунного механизма. Основные клинические признаки. Лабораторная диагностика. Критерии

- диагноза. Течение. Лечение. Возможности трансплантации костного мозга.
Прогноз
38. Геморрагический синдром. Определение понятия. Причины развития. Классификация. Общие признаки, типы кровоточивости. Методы исследования.
 39. Гемофилии. Значение наследственного фактора в развитии болезни. Патогенез кровоточивости. Клинические проявления и течение гемофилии. Диагноз. Прогноз. Лечение и профилактика.
 40. Тромбоцитопеническая пурпура. Определение понятия. Основные этиологические факторы. Патогенез кровоточивости. Клиническая картина. Диагноз. Симптоматические тромбоцитопении. Течение. Лечение.
 41. Геморрагический васкулит. Патогенез кровоточивости. Клиническая картина, варианты течения заболевания. Диагностические критерии. Течение и исход. Лечение.
 42. Геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю–Ослера). Патогенез кровоточивости. Роль наследственного фактора. Клиническая картина. Диагностические критерии. Лечение.
 43. Остеоартроз. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Основные клинические формы и стадии течения. Диагностические критерии. Принципы терапии. Показания к ортопедическому лечению. Прогноз. Профилактика.
 44. Подагра. Этиология и патогенез. Клиническая картина: острый приступ, хроническое течение. Поражение почек. Критерии диагноза. Прогноз. Лечение
 45. Ревматоидный артрит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Критерии диагноза. Течение. Лечение.
 46. СКВ. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Критерии диагноза. Течение. Лечение.
 47. ДМ/ПМ. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Критерии диагноза. Течение. Лечение.
 48. ССД. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лабораторные изменения. Критерии диагноза. Течение. Лечение.

Эталоны ситуационных задач.

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

**Кафедра внутренних болезней № 3
Факультет педиатрический
Дисциплина госпитальная терапия**

Курс 5

Ситуационная задача № 1

Больной К., 35 лет, поступил с жалобами на головную боль, легкую слабость и утомляемость. В анамнезе частые ангины в детстве и юношеском возрасте. Со слов больного, 8 лет назад в моче обнаружили гематурию. Так как в последующем количество эритроцитов в анализе мочи уменьшилось, больной далее не обследовался.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие, веки отечны. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД - 180/10 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

ОАК: НЬ - 94 г/л, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, гематокрит - 28 %, лейкоциты - $4,6 \times 10^9$, СОЭ - 16 мм/ч. ОАМ : относительная плотность - 1008, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения. Суточная протеинурия - 1,1 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 950 мл, ночной диурез - 1500 мл, колебания относительной плотности -1004-1010.Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 40 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %.

Биохимический анализ крови: креатинин - 305 мкмоль/л, мочевины - 19 ммоль/л, холестерин - 5,4 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое исследование позволит установить окончательный диагноз и определить тактику лечения больного?
3. Имеются ли у больного показания к гемодиализу?
4. Имеются ли показания к лечению анемии эритропоэтином?

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

Кафедра внутренних болезней № 3
Факультет педиатрический
Дисциплина госпитальная терапия

Курс 5

Ситуационная задача № 2

Больной Т., 59 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на пастозность лица и ног, одышку при небольшой физической нагрузке, нарушение зрения, носовое кровотечение. В анамнезе повторные госпитализации с подобными жалобами. При обследовании выявлено смещение левой границы сердца влево на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, глухость тонов, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. АД 160/100 мм рт.ст. Пульс 88 уд/мин. В общем анализе крови умеренная анемия, креатинин 300 мкмоль/л. В анализе мочи небольшая протеинурия, гематурия (10-20 выщелоченных эритроцитов в п/зр), цилиндрурия, относительная плотность 1010-1013. Глазное дно: границы сосочков завуалированы, мелкоточечные кровоизлияния и белые очаги дегенерации равномерно распределены по всему глазному дну.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо назначить больному? 3. Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

Кафедра внутренних болезней № 3
Факультет педиатрический
Дисциплина госпитальная терапия

Курс 5

Ситуационная задача № 3

Больной В., 65 лет, жалобы на общую слабость, ощущение «ватных» стоп, плохой аппетит, неприятное ощущение в ротовой полости (чувство — жжения в языке), одышку при физической нагрузке. Отмечается умеренное увеличение печени и селезенки, бледность кожных покровов. В анализе крови: Нв 58 г/л, эр. $1,9 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 1, 3, лейкоциты $2,8 \cdot 10^9/л$, п. 8 %, с. 46 %, лимфоциты 40 %, моноциты 5 %, э. 1%, ретикулоциты 2%, СОЭ

35 мм/ч. Определяются полисегментированные нейтрофилы, тельца Жолли, кольца Кебота.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

Кафедра внутренних болезней № 3
Факультет педиатрический
Дисциплина госпитальная терапия

Курс 5

Ситуационная задача № 4

Больная А., 16 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, недомогание, появившиеся в течение последних 6 месяцев. Отмечала также снижение аппетита, тяжесть в эпигастрии. За это время выросла на 6 см (рост 170 см). Менструации с 12 лет, обильные по 6 дней, безболезненные. При осмотре – астеничного телосложения, отмечена ломкость и деформация ногтей в виде поперечной исчерченности. Бледность кожи и слизистых. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке и по левому краю грудины. ЧСС 90 ударов в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги. ОАК : Нв – 76 г/л, эр $3,5 \cdot 10^{12}/л$, цв. показатель 0,6, ретикулоциты 0,5%, тромбоциты $325 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $3,5 \cdot 10^9/л$, п/я 1%, сегм 50%, э 2%, лимф 37%, мон 10%, СОЭ 18 мм/час. Сывороточное железо 4,5 ммоль/л. При ФГДС, колоноскопии патологии не выявлено.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы исследования и консультации специалистов для уточнения диагноза.
3. Назначьте лечение

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

Кафедра внутренних болезней № 3
Факультет педиатрический
Дисциплина госпитальная терапия

Курс 5

Ситуационная задача № 5

Больной 40 лет. Жалобы на головные боли, слабость, плохой аппетит, тошноту, похудание. 10 лет назад перенёс острый гломерулонефрит, в последующем отмечалась артериальная гипертензия. Отмечает ухудшение состояния 3 месяца. *Объективно*: масса тела - 60 кг, рост - 180 см. Кожа сухая, тургор снижен. Отёков нет. Пульс - 80 в минуту. АД - 185/100 мм. рт. ст. Печень на 3 см ниже края рёберной дуги. Диурез - 2,2 л. *На ЭКГ*: гипертрофия левого желудочка. Мочевина крови - 55 ммоль/л, креатинин - 600 мкмоль/л, натрий - 140 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л, НСО - 16 ммоль/л, белок - 74 г/л, кальций - 2

ммоль/л, фосфор - 2,3 ммоль/л.

- 1) Диагноз основного заболевания?
- 2) Какое гипотензивное лечение?
- 3) Какие другие мероприятия?
- 4) Что делать при развитии терминальной почечной недостаточности?

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

**Кафедра внутренних болезней № 3
Факультет педиатрический
Дисциплина госпитальная терапия**

Курс 5

Ситуационная задача № 6

Больная Л., 35 лет обратилась к терапевту по направлению женской консультации, где она наблюдалась по поводу беременности (20 недель) в связи со снижением уровня гемоглобина. В течение года упорные поносы, в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Во время беременности поносы стали реже, прибавила в весе, но в течение последнего месяца появилась слабость, головокружение. При осмотре бледна. Периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 92 удара в 1 мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык малинового цвета с единичными афтами. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, параумбиликальной области, печень не увеличена. ОАК : Нв 80 г/л, эр $2,0 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель 1,1, ретикулоциты 0,1%, тромбоциты $250 \cdot 10^9$ /л, макроцитоз, лейкоциты $3,2 \cdot 10^9$ /л, п/я 3%, сегм 65%, эоз 1%, лимф 25%, мон 6%, СОЭ 26 мм рт.ст.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

**Кафедра внутренних болезней № 3
Факультет педиатрический
Дисциплина госпитальная терапия**

Курс 5

Ситуационная задача № 7

Больная 40 лет. С 20 летнего возраста неоднократно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита. В анамнезе повышение АД до 180\110 мм./рт. ст. Цифры АД последние 2 года постоянно повышены. Диурез не был нарушен. Месяц тому назад перенесла ОРВИ, состояние ухудшилось, уменьшился диурез, появились отеки на лице и туловище.

Объективно: больная бледная, отеки на пояснице, передней брюшной стенке, ногах. Границы сердца увеличены влево, верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии. I тон на верхушке приглушен, акцент II тона над аортой. Пульс 92 в мин, ритмичный, напряженный. АД 190\120 мм. рт. ст. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ОАМ : уд. вес 1006, реакция — щелочная, белок – 3,5 г/л, эритроциты выщелоченные 10-12 в поле зрения, цилиндры зернистые (+)
ОАК : гемоглобин – 90 г/л, эритроциты $2,6 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 36 мм в час.
Биохимическое исследование крови: общий белок – 56 г/л, альбумины – 32 %, глобулины – 58% холестерин крови – 14,8 ммоль/л.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Укажите основные синдромы заболевания.
- 3) Имеются ли признаки ХПН?
- 4) Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

Кафедра внутренних болезней № 3
Факультет педиатрический
Дисциплина госпитальная терапия

Курс 5

Ситуационная задача № 8

Больная 65 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при малейшей физической нагрузке, отсутствие аппетита, неустойчивый стул. Больной считает себя три года, с момента, когда появилась слабость, повышенная утомляемость. К врачам не обращалась. В последние два месяца к прежним жалобам присоединились головная боль, шум в ушах, прогрессивно нарастающая одышка, жжение в кончике языка, тяжесть в эпигастрии, шаткость походки, чувство онемения в стопах. Объективно: несколько повышенного питания, кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, склеры субиктеричны. Язык отёчен, красный с трещинами и афтами. Периферические лимфоузлы не увеличены. Границы сердца расширены влево, систолический шум над всеми точками, ЧСС 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Печень увеличена (на 2 см выступает из-под края рёберной дуги), при пальпации мягкая, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Анализ крови: Нв 56 г/л, эр $1,2 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель 1,4, лейкоц $2,5 \cdot 10^9$ /л, эоз 0%, п/я 4%, сегм 56%, лимф 36%, мон 4%, СОЭ 32 мм/час. Макроцитоз, базофильная пунктация эритроцитов, полисегментация нейтрофилов.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие синдромы выявлены у больной?
3. Тактика лечения

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

Кафедра внутренних болезней № 3
Факультет педиатрический

Курс 5

Дисциплина госпитальная терапия

Ситуационная задача № 9

Больной 32 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение t до 39°C , одышку. Заболел остро, накануне, после охлаждения.

При поступлении состояние тяжелое, ЧДД 40 в мин., при перкуссии справа спереди ниже IV ребра и сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония. Пульс 96 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст., $t_{38,8^{\circ}\text{C}}$.

Какой процесс в легких?

Предварительный диагноз

Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Тактика лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

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

Кафедра внутренних болезней № 3

Факультет педиатрический

Дисциплина госпитальная терапия

Курс 5

Ситуационная задача № 10

Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, снижение работоспособности, сонливость, головокружение, шум в ушах, извращение вкуса, повышенную ломкость ногтей. Считает себя больной в течение последнего года, когда на фоне нарушения менструального цикла появились и стали нарастать перечисленные выше жалобы.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Ногти деформированы, с продольной исчерченностью. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, систолический шум над всеми точками, ЧСС 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, бледный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. При обследовании желудочно-кишечного тракта (ЭГДС, ирригоскопия, RRS) патологии не выявлено. Осмотрена гинекологом – патологии нет. В анализе крови: Hb 88 г/л, эр $3,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цв. показатель 0,72, лейкоц $4,0 \cdot 10^9/\text{л}$, формула не изменена, СОЭ 23 мм/час. Гипохромия эритроцитов. Сывороточное железо 5,4 ммоль/л.

1. Предполагаемый диагноз

2. Необходимое дообследование.

3. Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Бестаев Д.В.

Пед-21

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

Кафедра внутренних болезней № 3

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине «Госпитальная терапия»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной
17.04.2024г.

для студентов педиатрического факультета 4,5 курс

по специальности 35.01.02 Педиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
От «29» марта 2024 г. (протокол №8)

Заведующий кафедрой,
д.м.н., доцент



Бестаев Д.В.

г. Владикавказ 2024 год

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	3	4
	Вид контроля			
1.	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	20	36-39
2.	Модуль VIII семестр	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	50	39-47
3.	Модуль IX семестр гематология	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	25	47-50
4.	Модуль IX семестр нефрология	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	31	50-55
5.	Модуль IX семестр ревматология	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	34	55-62

*Наименование контролируемого раздела (темы) или тем (разделов) дисциплины/ модуля берется из рабочей программы.

Входной контроль уровня подготовки обучающихся (VIII семестр)

1. ПРИ СИНДРОМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЧАСТО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ:

- a. звучные влажные мелкопузырчатые хрипы
- b. крепитация
- c. шумтрения плевры
- d. высокие сухие хрипы
- e. сухие хрипы различной высоты и тембра

2. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ

ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. спирография
- b. Спирометрия
- c. Пневмотахометрия
- d. пикфлоуметрия

3. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВСТРЕЧАЕТСЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ

СИНДРОМ:

- a. пневмония
- b. экссудативный плеврит
- c. бронхиальная астма
- d. пневмоторакс
- e. обтурационный ателектаз

4. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА, УДУШЬЕ, ПОЛОЖЕНИЕ ОРТНОРНОЕ, НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН, ДИСТАНЦИОННЫЕ ХРИПЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ

ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. синдрома повышенной воздушности легких
- b. катарального бронхитического синдрома
- c. синдрома бронхиальной обструкции
- d. синдрома скопления жидкости в плевральной полости
- e. синдрома скопления воздуха в плевральной полости

5. ПРИ СИНДРОМЕ УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ С СОХРАНЕННЫМ

ПРОСВЕТОМ БРОНХОВ ПЕРКУТОРНО НАД ОЧАГОМ ПОРАЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. легочный звук с коробочным оттенком
- b. тимпанический звук
- c. ясный легочный звук
- d. тупой звук

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ:

- a. гематогенный
- b. после респираторной вирусной инфекции
- c. аспирация содержимого ротоглотки
- d. лимфогенный

7. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО

БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- a. частые респираторные заболевания
- b. загрязнение окружающей среды
- c. курение
- d. Наследственность
- e. гиперреактивность бронхов

8. ДЛЯ ХОБЛ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

- а) коробочный перкуторный звук б) удлиненный выдох
- в) рассеянные сухие хрипы на выдохе г) бронхиальное дыхание
- д) экспираторная одышка

9. СИМПТОМАМИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. отеки на ногах б. бледность кожи и слизистых с. одышка и сердцебиение при физической нагрузке
- д. набухание шейных вен е. Увеличение печени

10. ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОТЕКОВ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. повышение проницаемости стенки капилляров за счет гиалуронидазной активности сыворотки крови
- б. повышение гидростатического давления в капиллярах и замедление кровотока
- с. снижение онкотического давления крови за счет массивной протеинурии
- д. снижение выработки АДГ
- е. нарушение кровообращения в почках

11. СИМПТОМАМИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. отеки на ногах
- б. бледность кожи и слизистых
- с. одышка и сердцебиение при физической нагрузке
- д. набухание шейных вен
- е. увеличение печени

12. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНИ ПОЗВОЛЯЕТ

ВЫЯВИТЬ:

- а. усиление верхушечного толчка, акцент II тона на аорте
- б. уменьшение поперечника сердца
- с. акцент II тона на легочном стволе
- д. сглаженную талию сердца, диастолическое дрожание
- е. систолический шум на аорте

13. АД НА РУКАХ 140/95 мм.рт.ст. – ЭТО:

- а. нормальное АД
- б. изолированная систолическая артериальная гипертензия
- с. артериальная гипертензия
- д. оптимальное АД
- е. артериальная гипотензия

14. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) бактериальная инфекция б) простейшие в) грибки
- г) вирусная инфекция д) все перечисленное верно

15. Для острого инфекционного миокардита справедливы следующие утверждения, кроме одного:

- 1) предшествующие инфекции верхних дыхательных путей
2) лихорадка 3) кардиалгия 4) лечение всегда следует начинать с преднизолона

16. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ПАЦИЕНТОВ С АГ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- А) определение уровня ЛПНП
Б) определение уровня глюкозы крови
В) ЭКГ
Г) УЗИ почечных артерий

17. К ОРГАНАМ-МИШЕНЯМ ПРИ АГ ОТНОСЯТСЯ:

- А) почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце
Б) сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг
В) сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза
Г) сердце, печень, артерии, головной мозг, почки

18. 5 КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХСН I СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
Б) наличие признаков недостаточности кровообращения по малому кругу в покое
В) наличие признаков недостаточности кровообращения по большому кругу в покое
Г) наличие признаков застоя в малом и большом кругах кровообращения в покое

19. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИКАРДА ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ НА:

- a. велоэргометрию
b. ФКГ с эхокардиографию
d. коронарографию
e. холтеровское мониторирование

20. АКРОЦИАНОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- a. при анемии b. при двусторонней пневмонии c. при правожелудочковой недостаточности
d. при острой сосудистой недостаточности e. при стенокардии

- 1- А
2- С
3- Д
4- 4
5- Б
6- А
7- А
8- С
9- С

Эталоны тестовых заданий.

1. Обратимый компонент при бронхиальной обструкции обусловлен
 - А) Деструкцией коллагеновой основы бронхов, перибронхиальным фиброзом
 - Б) Изменением формы бронхиол, их облитерацией
 - В) Сокращением гладких мышц бронхов, гиперсекрецией бронхиальных желез и отеком слизистой оболочки бронхов

2. Хронический обструктивный бронхит необходимо выявить или исключить если больной в отсутствие других заболеваний, могущих вызвать продуктивный кашель
 - А) имеет данный симптом в течение 2 месяцев в течение 3 последовательных лет
 - Б) имеет данный симптом в течение 3 месяцев в течение 2 последовательных лет
 - В) имеет данный симптом в течение 3 месяцев в течение 3 последовательных лет
 - Г) имеет данный симптом в течение 2 месяцев в течение 2 последовательных лет

3. Длительный стаж курения, одышка преимущественно экспираторного характера, кашель со слизисто-гнойной мокротой, бочкообразная грудная клетка, усиление и деформация легочного рисунка, необратимая бронхиальная обструкция более характерны для:
 - А) бронхопневмонии
 - Б) хронического обструктивного бронхита
 - В) центрального рака легких

4. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является:
 - А) обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких
 - Б) обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты
 - В) обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма
 - Г) обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса

5. В момент распыления бронхоспазмолитического средства из баллончика-ингалятора больной должен
 - А) сделать резкий вдох
 - Б) сделать медленный вдох
 - В) задержать дыхание на 10 с

6. Среди бронхоспазмолитиков при ХОБЛ средством выбора является
 - А) атропин
 - Б) ипратропиума бромид
 - В) эуфиллин
 - Г) сальбутамол

7. При затяжном и рецидивирующем течении пневмонии у мужчин старше 40 лет необходимо в первую очередь исключить
 - А) Тромбоэмболию легочных артерий
 - Б) туберкулез легких
 - В) рак легких

8. Нозокомиальная пневмония - это
- А) пневмония у больного, лечащего в домашних условиях
 - Б) пневмония у стационарного больного, развившаяся ранее 48 часов после его госпитализации
 - В) пневмония у стационарного больного, развившаяся позднее 48 часов после его госпитализации

9. Выберите антибиотик для лечения внебольничной пневмонии тяжелого течения

- А) тетрациклины
- Б) аминопенициллины с ингибиторами В-лактамаз
- В) ципрофлоксацин
- Г) производные аминогликозидов

10. Приступообразный кашель со скудной, трудноотделяемой, стекловидной мокротой, дыхание с удлинённым выдохом, сухие свистящие хрипы, обратимая бронхиальная обструкция, эмфизема легких, наличие в мокроте спиралей Куршмана характерны для:

- А) острого обструктивного бронхита
- Б) хронического обструктивного бронхита
- В) хронического необструктивного бронхита
- Г) бронхиальной астмы

11. Больной В., 40 лет, жалуется на кашель со слизисто-гноющей мокротой, беспокоящий по 3-4 месяца в год на протяжении последних 5 лет, одышку при умеренной физической нагрузке, общую слабость, потливость. Курит с 17 лет. При аускультации установлены жесткое дыхание, сухие и непостоянные влажные хрипы. Индекс Тиффно 65 %. Укажите наиболее вероятный диагноз.

- А) Пневмония
- Б) Хронический обструктивный бронхит
- В) Рак легких
- Г) Бронхиальная астма

12. К сердечным причинам прогрессирования сердечной недостаточности не относят

- А) Фибрилляцию предсердий
- Б) Брадикардию
- В) Усиление недостаточности митрального и трехстворчатого клапана
- Г) Инфаркт миокарда
- Д) Анемию

13. Развитие легочного сердца наиболее часто отмечается у больных:

- А. хроническим бронхитом
- Б. эмфиземой легких
- В. бронхиальной астмой
- Г. бронхоэктатической болезнью

14. Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии, является:

- 1) стенокардия напряжения
- 2) развитие сердечной недостаточности
- 3) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 4) желудочковая аритмия

15. Решающее значение в дифференциальной диагностике между ИБС и ДКМП имеет:

- 1) возраст и пол больного
- 2) высокий уровень липидов в плазме
- 3) эхокардиография

4) коронарография

16. Назовите основную причину миокардитов

- 1) инфекция
- 2) паразитарные инвазии
- 3) неинфекционные агенты (лекарственные вещества, вакцины, сыворотки, термические и радиохимические воздействия)
- 4) коллагенозы
- 5) идиопатические факторы

17. Для миокардита наиболее характерны жалобы на:

- 1) боли в области сердца, сердцебиения, одышку
- 2) боли в области сердца, сердцебиения, обмороки
- 3) боли в области сердца, асцит, одышку
- 4) боли в области сердца, головокружения, одышку
- 5) боли в области сердца, температуру, сухой кашель

18. Назовите наиболее частую причину констриктивного перикардита:

- 1) травма
- 2) коллагеноз
- 3) операция на сердце
- 4) туберкулез
- 5) уремия

19. Какие признаки характерны для констриктивного перикардита:

- 1) снижение сердечного выброса
- 2) наличие парадоксального пульса
- 3) нормальные размеры сердца
- 4) кальциноз перикарда
- 5) все перечисленное

20. Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?

- 1) пункция перикарда
- 2) измерение ЦВД
- 3) рентгенография грудной клетки
- 4) ЭхоКГ
- 5) ЭКГ

21. Укажите заболевания, с которыми чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит?

- 1) диафрагмальная грыжа
- 2) острый панкреатит
- 3) пептическая язва пищевода
- 4) инфаркт миокарда
- 5) миокардит

22. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для сердечной недостаточности, обусловленной экссудативным перикардитом?

- 1) кардиомегалия
- 2) характерная поза с наклоном тела вперед или коленно-локтевое положение
- 3) отсутствие шумов в сердце
- 4) асцит, отеки

23. Для экссудативного перикардита характерно:

- 1) сглаженность дуг
- 2) снижение пульсации контуров
- 3) преобладание поперечника над длинником
- 4) укорочение сосудистого пучка
- 5) все перечисленное

24. Назовите показания к проведению пункции перикарда:

- 1) тампонада сердца
- 2) подозрение на гнойный процесс
- 3) замедленное рассасывание экссудата
- 4) диагностическая пункция
- 5) все перечисленное

25. Подъем сегмента ST – характерный признак:

- 1) сухого перикардита
- 2) экссудативного перикардита
- 3) констриктивного перикардита

26. При каких заболеваниях сердца развитие сердечной недостаточности является следствием нарушения диастолической функции миокарда?

- 1) инфаркт миокарда
- 2) гипертрофическая кардиомиопатия
- 3) дилатационная кардиомиопатия

27. В какой период инфекционного заболевания наиболее часто развивается миокардит?

- 1) в первые дни, на высоте лихорадочного периода
- 2) в фазе ранней реконвалесценции (конец первой недели или на второй неделе от начала заболевания)
- 3) в фазе поздней реконвалесценции (3 неделя и позже)

28. Парадоксальный пульс – это:

- 1) асимметрия пульса на руках
- 2) аритмичность пульса
- 3) выпадение отдельных пульсовых волн
- 4) снижение систолического давления АД более чем на 10мм.рт.ст. при глубоком вдохе

29. При гипертрофической кардиомиопатии препаратами выбора считают:

- 1) сердечные гликозиды
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) нитраты
- 4) симпатолитики

30. Клинические проявления гипертрофической кардиомиопатии зависят от:

- 1) наличия ишемии миокарда
- 2) степени обструкции выносящего тракта левого желудочка
- 3) наличия аритмии
- 4) выраженности диастолической дисфункции
- 5) всего перечисленного

31. К факторам риска внезапной сердечной смерти при гипертрофической кардиомиопатии не относят:

- 1) стойкую пароксизмальную желудочковую аритмию
- 2) семейный анамнез внезапной сердечной смерти
- 3) остановку сердца в анамнезе
- 4) выраженную одышку

32. К типичным признакам обструктивной гипертрофической кардиомиопатии по данным ЭХОкардиографии относят все, кроме:

- 1) систолического движения передней створки митрального клапана вперед
- 2) асимметричной гипертрофии миокарда левого желудочка
- 3) дилатации левого предсердия
- 4) дилатации левого желудочка

33. Наиболее информативный метод диагностики гипертрофической кардиомиопатии:

- 1) ЭКГ
- 2) эхокардиография
- 3) рентгенологическое исследование
- 4) катетеризация полостей сердца

34. Причинами рестриктивной кардиомиопатии могут быть:

- 1) эозинофильная эндомиокардиальная болезнь
- 2) саркоидоз
- 3) склеродермия
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

35. Основным признаком нефрогенной гипертензии является:

- 1) уменьшение размеров почек
- 2) дистопия почек
- 3) нарушение функции почек
- 4) сужение почечной артерии на 20%
- 5) наличие признаков конкрементов в анамнезе

36. Пациент 18 лет с девятилетнего возраста страдает артериальной гипертензией с привычными цифрами 160\100 мм.рт.ст. Аускультативных признаков стеноза почечной артерии нет. При ренорадиографии отмечено резкое удлинение секреторной фазы в правой почке. Наиболее вероятный механизм гипертензии:

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) эссенциальная гипертензия
- 3) атеросклеротический стеноз почечной артерии
- 4) тромбоз почечной артерии
- 5) фиброваскулярная дисплазия почечной артерии

37. Вазоренальная гипертензия развивается вследствие:

- 1) стеноза почечной артерии
- 2) фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии
- 3) фиброваскулярной дисплазии почечной артерии
- 4) тромбоза почечной артерии
- 5) правильно все

38 Абсолютным диагностическим критерием артериальной гипертонии при феохромоцитоме является:

- 1) наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов
- 2) увеличение концентрации в плазме крови альдостерона
- 3) высокий уровень в моче 5-оксидиндолуксусной кислоты
- 4) низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающий по почечным венам, и их концентрации в моче

39. Гормоном с высокой прессорной активностью является:

- 1) кальцитонин
- 2) адреналин
- 3) инсулин
- 4) альдостерон
- 5) пролактин

40. По поводу изолированной систолической гипертонии с максимумом АД 200\90 мм.рт.ст. пациент 22 лет был обследован в поликлинике. Пульсация артерий стоп снижена, АД на ногах не измерялось. При флюорографии грудной клетки выявлены изменения, напоминающие узурацию нижней поверхности ребер. Какова причина гипертекзии?

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) стеноз сонной артерии
- 3) гипертиреоз
- 4) эссенциальная гипертензия
- 5) коарктация аорты