



УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Уральский медицинский институт»**

**Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и
промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

**Б1.О.06 Внутренние болезни, клиническая фармакология
Обязательная часть**

Специальность 31.05.03 Стоматология

квалификация: врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

Фонд оценочных средств по дисциплине утвержден приказом ректора № 09 от 01.06.2023 года.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации фонда оценочных средств по дисциплине:

1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984

- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Рабочая программа учебной дисциплины

1. Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине **Внутренние болезни, клиническая фармакология**

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Общепрофессиональные компетенции		
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	<p>ИОПК 5.1 Знает методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИОПК 5.2 Умеет: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявлять факторы риска и причин развития заболеваний; применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у детей и взрослых наиболее распространенную патологию; выявлять факторы риска онкологических заболеваний; формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом</p>

		<p>стандартов медицинской помощи; направлять детей и взрослых на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять детей и взрослых на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых; интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИДОПК 5.3 Имеет практический опыт: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; осмотра и физикального обследование детей и взрослых; диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний; формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); проведения дифференциальной диагностики заболеваний; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме -</p>
ОПК-7	Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при	ИОПК 7.1 Знает: методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию); принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам при

	<p>неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения</p>	<p>неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; клинические признаки основных неотложных состояний; принципы медицинской эвакуации в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения; принципы работы в очагах массового поражения</p> <p>ИОПК 7.2 Умеет: распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме; организовывать работу медицинского персонала при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения; оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях; выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; пользоваться средствами индивидуальной защиты;</p> <p>ИОПК-7.3 Имеет практический опыт: оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения; распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях и эпидемиях; использования средств индивидуальной защиты</p>
ОПК-10.	<p>Способен организовывать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными</p>	<p>ИОПК 10.1 Знает: основы ухода за больными различного профиля</p> <p>ИОПК 10.2 Умеет: осуществлять уход за больными различного профиля; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными</p> <p>ИОПК 10.3 Имеет практический опыт: ухода за больными различного профиля; организации работы младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными</p>

2. Перечень вопросов для подготовки к промежуточной аттестации

Пропедевтика внутренних болезней: Физические методы исследования больного:

1. Методика расспроса больного. Жалобы, история развития заболевания (anamnesis morbi), история жизни пациента (anamnesis vitae), их диагностическое значение.

2. Методика общего осмотра. Оценка сознания. Положение больного. Конституцио-нальные типы. Цвет кожных покровов в норме и при патологии.

3. Методика термометрии тела. Типы температурных кривых и их диагностическое значение.

4. Методика исследования периферических отеков. Диагностическое значение.

5. Методика осмотра и пальпации периферических лимфоузлов; Диагностическое значение.

6. Методика осмотра и пальпации грудной клетки. Нормальные и патологические формы грудной клетки. Голосовое дрожание и его изменение при патологии.

7. Методика сравнительной перкуссии легких. Изменения перкуторного звука над легкими при различной патологии.

8. Методика топографической перкуссии легких. Границы легких в норме и их изменения при патологии. Методика определения подвижности нижнего края легких. Диагностическое значение.

9. Методика аускультации легких. Основные и побочные дыхательные шумы, диагностическое значение.

10. Методика определения бронхофонии и ее диагностическое значение.

11. Методика осмотра и пальпации области сердца. Верхушечный и сердечный толчок. Эпигастральная пульсация. Осмотр и пальпация сосудов шеи. Диагностическое значение.

12. Методика определения относительной сердечной тупости. Конфигурация сердца в норме и ее изменение при патологии.

13. Методика определения абсолютной сердечной тупости. Перкуссия по груди. Диагностическое значение этих методов.

14. Физикальные и инструментальные методики определения размеров различных отделов сердца. Сравнительная диагностич. ценность различных методов исследования.

15. Методика аускультации сердца. Зоны аускультации клапанов сердца. Диагностическое значение.

16. Методика осмотра и пальпации периферических артерий. Исследование свойств артериального пульса. Диагностическое значение.

17. Методика осмотра и пальпации периферических вен. Положительный и отрицательный венный пульс. Диагностическое значение.

18. Осмотр системы органов пищеварения. Поверхностная ориентировочная пальпация живота. Диагностическое значение.
19. Глубокая методическая скользящая пальпация желудка и кишечника по Образцову Стражеско. Диагностическое значение метода.
20. Методика определения асцита. Причины значительного увеличения живота и способы их выявления.
21. Методики перкуссии и аускультации живота. Их диагностическое значение.
22. Методика перкуссии печени по Курлову. Размеры печени по Курлову в норме и их изменение при патологии.
23. Методика пальпации печени и ее диагностическое значение.
24. Методика выявления болезненности желчного пузыря.
25. Методики пальпации и перкуссии селезенки. Диагностическое значение методов.
26. Методика определения симптома Пастернацкого. Методика пальпации почек. Диагностическое значение методов.
27. Методика осмотра и пальпации щитовидной железы; ее диагностическое значение.

Симптоматология (основные симптомы):

1. Жалобы больных с заболеваниями органов дыхания и их диагностическое значение.
2. Форма грудной клетки в норме и при патологии. Диагностическое значение.
3. Изменения легочного перкуторного звука при патологии. Механизмы и диагностическое значение.
4. Голосовое дрожание: механизм образования, диагностическое значение.
5. Везикулярное дыхание: механизм образования, диагностическое значение.
6. Бронхиальное дыхание: механизм образования, места аускультации в норме, диагностическое значение. Амфорическое дыхание.
7. Жесткое дыхание: механизм образования, диагностическое значение. Саккадированное дыхание.
8. Смешанное дыхание: механизм образования, диагностическое значение.
9. Побочные дыхательные шумы: классификация, способы различия, диагностическое значение.
10. Сухие хрипы: механизм образования, классификация, способы отличия от других побочных дыхательных шумов, диагностическое значение.
11. Влажные хрипы: механизм образования, классификация, способы отличия от других побочных дыхательных шумов, диагностическое значение.
12. Крепитация: механизм образования, способы отличия от других побочных дыхательных шумов, диагностическое значение.
13. Жалобы больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

14. Гидростатические (“сердечные”) отеки: механизм образования, идентификация.

15. I и II тоны сердца: механизмы образования, диагностическое значение их усиления или ослабления.

16. III и IV тоны сердца в норме и патологии: механизмы образования, диагностическое значение. Ритмы галопа.

17. Тон открытия митрального клапана (ТОМК) и “ритм перепела”: механизмы возникновения, диагностическое значение. Способы отличия ТОМК от расщепления II тона сердца и патологического III тона сердца.

18. Патологические систолические экстратоны: механизмы образования, диагностическое значение.

19. Расщепление I и II тонов сердца: механизмы, диагностическое значение. Способы отличия от других трехчленных ритмов сердца.

20. «Невинные» систолические шумы: классификация, механизмы образования, принципы отличия от органических шумов.

21. Длительные шумы: механизмы образования, диагностическое значение.

22. Органические систолич. шумы митральной недостаточности и аортального стеноза: механизм образования, свойства, отличия, способы отличия от «невинных» шумов.

23. Органические диастолические шумы митрального стеноза и аортальной недостаточности: механизмы образования, свойства, отличия, способы отличия от функциональных диастолических шумов.

24. Местные венозные и лимфатические отеки: механизмы образования, способы выявления и отличия от других отеков.

25. Жалобы больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

26. Причины возникновения и признаки кровотечения из различных отделов ЖКТ.

27. Констипация (запор) и диарея (понос): причины и диагностическое значение.

28. Жалобы больных с заболеваниями печени.

29. Желтухи с неконъюгированной гипербилирубинемией: механизмы развития, диагностическое значение.

30. Желтухи с конъюгированной гипербилирубинемией: механизмы развития, диагностическое значение.

31. Жалобы больных с заболеванием желчного пузыря.

32. Жалобы больных с заболеванием почек.

33. Отеки при заболеваниях почек: механизмы развития, признаки, способы выявления, отличия от отеков при заболеваниях сердца, печени и ЖКТ. Диагностическое значение “почечных” отеков.

34. Жалобы больных с заболеваниями системы органов кроветворения.

Внутренние болезни

1. ИБС. Определение заболевания. Патофизиология. Факторы риска.

Классификация.

2. Стенокардия. Определение. Классификация. Клинические проявления. Диагностический и лечебный алгоритм. Тактика врача-стоматолога при возникновении приступа стенокардии у пациента.

3. Инфаркт миокарда. Определение. Стадии инфаркта. Определение локализации и распространенности инфаркта миокарда. Дифференциальная диагностика.

4. Инфаркт миокарда: классификации (по локализации, по фазам, изменениям на ЭКГ (Q-образующий и не-Q-образующий), этиопатогенезу), варианты клинического течения, критерии диагноза, лечение пациента с неосложненным течением инфаркта миокарда. Осложнения инфаркта миокарда. Исходы.

5. Синдром артериальной гипертензии, медико-социальная значимость, определение, этиология. Правила измерения артериального давления. Основные принципы обследования больного с артериальной гипертензией.

6. Классификация клинических (офисных) показателей артериального давления.

7. Стадии гипертонической болезни.

8. Артериальная гипертензия. Факторы, влияющие на прогноз и используемые для стратификации общего сердечно-сосудистого риска.

9. Классификация вторичных артериальных гипертензий.

10. Ренальная артериальная гипертензия, алгоритм диагностики и лечения.

11. Реноваскулярная артериальная гипертензия, диагностический и лечебный алгоритмы.

12. Артериальная гипертензия и эндокринопатии (феохромацитома, альдостеронизм, синдром/болезнь Иценко-Кушинга), диагностический и лечебный алгоритмы.

13. Артериальная гипертензия при гемодинамических нарушениях (коарктация аорты, недостаточность аортального клапана), диагностический и лечебный алгоритмы.

14. Артериальная гипертензия как нежелательное явление лекарственной терапии.

15. Цели лечения артериальной гипертензии: целевые значения АД, немедикаментозное лечение, медикаментозное лечение (основные группы антигипертензивных препаратов, целесообразные комбинации).

16. Гипертонические кризы, классификация, тактика врача-стоматолога при развитии гипертонического криза у пациента.

17. Миокардиты. Определение, этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностический и лечебный алгоритмы.

18. Определение острой ревматической лихорадки. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностический алгоритм. Критерии постановки диагноза. Диагностические критерии. Лечебный алгоритм, профилактика.

19. Хроническая ревматическая болезнь сердца, определение. Диагностические и лечебные алгоритмы.

20. Инфекционный эндокардит. Определение заболевания. Этиология. Роль одонтогенной инфекции в развитии септического эндокардита. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностический алгоритм. Критерии постановки диагноза. Лечебный алгоритм. Группы риска инфекционного эндокардита. Профилактика.

21. Приобретенные пороки сердца: стеноз, недостаточность митрального клапана, стеноз, недостаточность аортального клапана сердца, недостаточность трикуспидального клапана. Диагностические и лечебные алгоритмы.

22. Хроническая сердечная недостаточность. Определение. Патогенез. Классификация по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (I, II, III стадии), по функциональным классам – NYHA (I–IV класс). Клинические проявления хронической сердечной недостаточности. Диагностический и лечебный алгоритмы.

23. Острая сердечная недостаточность. Отек легких, кардиогенный шок. Основные причины и патогенез. Клинические проявления. Лечение. Тактика врача-стоматолога при возникновении острой сердечной недостаточности.

24. Острая сосудистая недостаточность – коллапс, шок. Диагностические и лечебные алгоритмы. Тактика врача-стоматолога при возникновении острой сосудистой недостаточности у пациента.

25. Гастриты, определение заболевания. Классификация по типам гастрита, по гастроскопической картине, по морфологическим изменениям, по состоянию секреторной функции желудка, по фазам заболевания. Роль одонтогенной инфекции, нарушений жевательной функции и других факторов в возникновении и течении заболевания. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Инструментальные и лабораторные методы диагностики. Лечение. Методы профилактики.

26. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Определение заболевания. Этиология. Патогенез. Значение в развитии заболевания нарушений жевательной функции. Клинические проявления и особенности течения в зависимости от локализации язвы. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Осложнения (кровотечения, пенетрация, перфорация, стеноз привратника, малигнизация). Лечение. Методы профилактики.

27. Основные гепатологические синдромы (цитоллиз, холестаза, желтуха, портальная гипертензия, печеночно - клеточная недостаточность, воспаление).

28. Хронические гепатиты. Определение заболевания. Этиология. Патогенез. Классификация по этиологии, по морфологическим изменениям, по клиническим проявлениям. Особенности клинического течения различных форм хронических гепатитов. Изменения в полости рта. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз.

Лечение. Прогноз. Методы профилактики.

29. Циррозы печени. Определение заболевания. Этиология. Патогенез. Классификация по морфологии, по этиологии, по клиническим проявлениям. Основные клинические синдромы цирроза печени. Изменения в полости рта. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Прогноз. Методы профилактики.

30. Тиреотоксикоз. Гипотиреоз. Классификации, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностические алгоритмы, дифференциальный диагноз, лечебные алгоритмы, профилактика, прогноз.

31. Гипотиреоз. Классификации, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностические алгоритмы, дифференциальный диагноз, лечебные алгоритмы, профилактика, прогноз.

32. Пневмонии. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Оценка эффективности лечения. Осложнения пневмонии. Возможные проявления осложнений антибактериальной терапии в полости рта.

33. Внебольничная пневмония: определение, диагностический алгоритм, особенности клинической картины пневмонии в зависимости от возбудителя, оценка тяжести течения пневмонии, стартовая эмпирическая антибактериальная терапия.

34. Госпитальная (нозокомиальная) пневмония: определение, диагностический алгоритм, факторы риска наличия мультирезистентных возбудителей и роль оценки этих факторов в выборе начальной эмпирической антибактериальной терапии.

35. СПИД, пневмония. Особенности этиологии и клинической картины пневмонии у больных СПИДом.

36. Бронхиальная астма. Диагностический и лечебный алгоритмы. Определение, патофизиология обструктивных нарушений, факторы риска развития, клиническая картина, алгоритмы диагностики, классификации по степени тяжести и уровню контроля.

37. Бронхиальная астма. Лекарственные средства для базисной и симптоматической терапии, «ступенчатый» подход к лечению. Возможные осложнения ингаляционных глюкокортикостероидов в полости рта.

38. Обострение бронхиальной астмы, определение, классификация, диагностика, неотложная терапия. Тактика врача-стоматолога при неотложных состояниях

39. Анафилактический шок. Определение. Этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления. Критерии диагностики. Неотложная терапия.

40. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение, патогенез, факторы риска, классификация (спирометрическая классификация, комбинированная оценка), клиническая картина, фенотипы ХОБЛ (эмфизематозный и бронхитический), диагностический алгоритм, принципы нефармакологического и фармакологического лечения. Оценка анамнеза курения и подсчет индекса курящего человека.

41. Обострение ХОБЛ, диагностика, неотложная терапия. Тактика врача-стоматолога при неотложных состояниях

42. Тромбоэмболия легочной артерии: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностический и лечебный алгоритмы. Тактика врача-стоматолога при неотложных состояниях

43. Пневмоторакс: этиология, классификация, клинические признаки, диагностический и лечебный алгоритмы. Тактика врача-стоматолога при неотложных состояниях

44. Ведущие нефрологические синдромы (мочевой, нефротический, нефритический, артериальная гипертензия, ОПН, хроническая болезнь почек).

45. Гломерулонефриты. Современные представления об этиологии и патогенезе. Классификация (клиническая и морфологическая). Первичные и вторичные гломерулонефриты. Основные клинические синдромы. Лабораторно-инструментальные показатели функции почек. Критерии диагноза. Течение. Исходы. Прогноз. Лечебные алгоритмы. Роль одонтогенной инфекции в развитии острого гломерулонефрита. Стоматологические проявления при заболеваниях органов мочеотделения.

46. Системная красная волчанка. Классификация, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностический алгоритм, критерии постановки диагноза, лечебный алгоритм, прогноз.

47. Ревматоидный артрит. Классификация, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностический алгоритм, критерии постановки диагноза, лечебный алгоритм, прогноз.

48. Синдром Шегрена. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностический алгоритм, критерии постановки диагноза, лечебный алгоритм, прогноз.

49. Стоматологические проявления при системных заболеваниях соединительной ткани.

50. Сахарный диабет. Диагностические и лечебные алгоритмы. Определение. Классификация. Клинические особенности сахарного диабета I и II типов. Особенности течения сахарного диабета в молодом возрасте (I типа). Осложнения сахарного диабета. Диагностические и лечебные алгоритмы. Изменения в полости рта при сахарном диабете.

51. Комы при сахарном диабете. Комы при сахарном диабете, дифференциальная диагностика. Гипогликемическая кома, клиника, диагностика, неотложная помощь. Кетоацидотическая кома, клиника, диагностика, неотложная помощь.

52. Анемия: определение, классификация (по этиологии, степени тяжести, цветовому показателю, степени регенерации, размерам эритроцитов). Клиническая картина анемического синдрома.

53. Железодефицитная анемия: определение, этиология, патофизиология, клиническая картина, диагностика, лечение (медикаментозное и немедикаментозное). Изменения в полости рта

54. В12-дефицитная анемия: определение, этиология, патофизиология, клиническая картина, диагностика, лечение

(медикаментозное и немедикаментозное). Изменения в полости рта

55. Апластическая анемия: определение, этиология, патофизиология, клиническая картина, диагностика, лечение (медикаментозное и немедикаментозное). Изменения в полости рта

56. Гемолитические анемии: определение, этиология, патофизиология, клиническая картина, диагностика, лечение (медикаментозное и немедикаментозное). Изменения в полости рта

57. Острый лейкоз. Определение заболевания. Классификация. Клинические проявления. Изменения в полости рта. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Течение. Лечение. Прогноз.

58. Хронические лейкозы. Определение заболевания. Этиология. Патогенез. Классификация. Лабораторные и инструментальные методы диагностики.

59. Хронический миелолейкоз. Клинические проявления. Изменения в полости рта. Диагностический алгоритм. Течение. Лечение. Прогноз. Хронический лимфолейкоз. Клинические проявления. Изменения в полости рта. Диагностический алгоритм. Течение. Лечение. Прогноз.

60. Тактика оказания стоматологической помощи при лейкозах.

61. Геморрагический синдром, обусловленный дефектами тромбоцитов, плазменных факторов и сосудистой стенки. Определение. Этиология. Механизмы кровотечения при различных геморрагических диатезах. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха), тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа), гемофилии, болезнь Рандю-Ослера. Диагностические алгоритмы. Дифференциальный диагноз. Лечебные алгоритмы. Тактика оказания стоматологической помощи при различных формах диатезов. Методы профилактики.

Клиническая фармакология

1. Взаимодействие лекарственных средств. Рациональные, нерациональные и опасные комбинации. Виды и уровни взаимодействия.

2. Перечислите виды лекарственных взаимодействий. Как изменится фармакокинетика эуфиллина при совместном назначении с макролидами?

3. Классификация нежелательных побочных реакций (НПР) при применении лекарственных средств. Факторы риска развития НПР.

4. Проведите выбор лекарственных средств первой линии для оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке, вызванном β -лактамами антибиотиками.

5. Проведите выбор препаратов для купирования приступа бронхиальной астмы. Предложите рациональные комбинации препаратов в данном случае. Оценка эффективности и безопасности бронхолитической терапии.

6. Перечислите возможные побочные эффекты симпатомиметиков и ксантиновых производных (одинаковые и характерные для каждой группы) при лечении бронхиальной обструкции.

7. Проведите выбор лекарственных средств первой линии для

оказания неотложной помощи при ангионевротическом отёке.

8. Выбор препаратов для купирования распространённой крапивницы с отеком губ и языка.

9. Классификация антигистаминных лекарственных препаратов. Сравните эффективность и безопасность разных поколений антигистаминных ЛС.

10. Проведите выбор препаратов для купирования приступа стенокардии. Оценка эффективности антиангинальной терапии.

11. Выбор препаратов и режим дозирования для купирования гипертонического криза. Оценка эффективности и безопасности терапии.

12. Укажите гипотензивные лекарственные средства для купирования гипертонического криза у беременных женщин и в период лактации.

13. Назовите отличия в выборе и режиме дозирования диуретиков, применяющихся для лечения эссенциальной артериальной гипертензии и гипертонического криза.

14. Предложите варианты рациональной комбинированной терапии больному с высокой степенью риска развития сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии (АГ). Оцените эффективность и безопасность комбинации бетаблокаторов и антагонистов кальция

15. Перечислите лекарственные средства, применяющиеся для купирования наджелудочковой пароксизмальной тахикардии, применяющиеся для купирования желудочковой тахикардии, а также при брадикардии.

16. Проведите выбор антитромботических лекарственных средств, применяющихся при остром коронарном синдроме без подъёма сегмента ST.

17. Проведите выбор антитромботических лекарственных средств, применяющихся при остром коронарном синдроме с подъёмом сегмента ST.

18. Выбор препаратов при судорожном синдроме, вызванном гипервентиляцией.

19. Проведите выбор препаратов для купирования кровотечения в полости рта. Назовите антидот, применяющийся для купирования кровотечения на фоне применения гепарина.

20. Определите показания и проведите выбор препаратов для купирования гипертермии при инфекционных заболеваниях.

21. Клиническая фармакология ЛС при гипергликемических состояниях: гипергликемическая кома, диабетический кетоацидоз. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

22. Укажите лекарственные средства неотложной помощи при гипогликемии и гипогликемической коме.

23. Методы контроля нежелательных реакций при длительной терапии глюкокортикоидами.

24. Механизмы развития, клинические симптомы, профилактика и лечение НПВС–ассоциированных гастродуоденитов.

25. Укажите частые нежелательные явления при длительном применении НПВС. Методы контроля безопасности и принципы

профилактики их развития.

26. Проведите выбор и определите режим дозирования НПВС у беременных и кормящих с учетом особенности их фармакокинетики и фармакодинамики.

27. Лекарственные взаимодействия НПВС с другими препаратами (клинически значимые).

28. Симптомы острого отравления аспирином. Меры помощи при интоксикации.

29. Укажите характерные проявления передозировки парацетамолом, тип поражения печени, антидотную терапию.

30. Выберите НПВС для противовоспалительной терапии у больного с язвенной болезнью желудка в анамнезе

31. Перечислите показания для проведения антибиотикопрофилактики в стоматологии.

32. Оцените эффективность и безопасность комбинации аминопенициллинов и аминогликозидов

33. Предложите альтернативные антибактериальные средства для лечения инфекции полости рта у беременной женщины с аллергической реакцией на бета - лактамные антибиотики группы пенициллина.

34. Перечислите группы бета-лактамов антибиотиков, примеры "защищенных" беталактамов антибиотиков. Каковы преимущества их клинического применения.

35. Выберите препарат для симптоматического лечения болевого синдрома при наличии у больного сопутствующей бронхиальной астмы

36. Выберите антибактериальные препараты для лечения инфекций, вызванных внутриклеточными возбудителями. Укажите противопоказания к их применению.

37. Режим дозирования каких антибактериальных препаратов требует коррекции при почечной недостаточности?

38. Режим дозирования каких антибактериальных препаратов требует коррекции при печеночной недостаточности?

39. Перечислите основные побочные эффекты аминогликозидов. Методы контроля.

40. Проведите эмпирический выбор антибактериальной терапии первой линии больному с одонтогенным верхнечелюстным синуситом. Укажите сроки и критерии оценки антибактериальной терапии

41. Проведите выбор эмпирической антибактериальной терапии первой линии больному с остеомиелитом челюсти. Укажите сроки и критерии оценки антибактериальной терапии

42. Механизмы резистентности бактерий к антибиотикам. Определение биопленки. Влияние ее наличия на эффективность антибактериальной терапии.

43. Механизмы резистентности бактерий к антибиотикам. Факторы риска развития антибиотикорезистентности.

44. Проведите выбор антибактериальной терапии больному с

анаэробной инфекцией ротовой полости.

45. Контроль побочного действия местных анестетиков.

46. Классификация антисептиков; показания для разных групп.

3. Ситуационные задачи для подготовки к промежуточной аттестации

Ситуационная задача № 1

У больного жидкость в правой плевральной полости, доходящая до 2 ребра.

А) Назовите основную жалобу при данном заболевании

Б) Опишите данные, наблюдаемые при осмотре и пальпации грудной клетки.

Ситуационная задача № 2

У больного лёгочное кровотечение.

А) Назовите характерные признаки, отличающие его от желудочного кровотечения.

Б) Каким латинским термином обозначается указанное состояние?

Ситуационная задача № 3

У больного стеноз левого атриовентрикулярного отверстия.

А) Опишите границы сердца при данной патологии.

Б) Назовите его конфигурацию.

Ситуационная задача № 4

У больного диагностирована недостаточность митрального клапана.

А) Дайте оценку 1 и 2 тона с указанием места их выслушивания.

Б) Охарактеризуйте шум, выслушиваемый при данном пороке (отношение к фазе сердечной деятельности, интенсивность, локализация, его проведение).

В) Объясните происхождение выявленных изменений

Ситуационная задача № 5

У больного отмечается обильная рвота мало изменённой пищей, с примесью слюны и слизи, без рвотных движений.

А) Для поражения какого отдела желудочно-кишечного тракта характерен этот симптом?

Б) Уточните, в какое время (по отношению к приёму пищи) наступает

рвота.

В) Дайте определение ранней и поздней рвоте.

Г) Перечислите заболевания, при которых рвота наступает через 10-15 минут после еды; через 2-3 часа, 4-6 часов после еды.

Ситуационная задача № 6

Больной 42 лет жалуется на общую слабость, снижение работоспособности, одышку при ходьбе, сердцебиение. Из анамнеза: в течение года больной отмечает выделение алой крови при дефекации. Объективно: состояние больного удовлетворительное, бледность кожи и слизистых, тахикардия 96 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Анализ крови: гемоглобин - 90 г/л (норма 130-160 г/л), эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$ (норма $4-5,5 \times 10^{12}/л$), цветовой показатель 0,7 (норма 0.85-1.0), лейкоциты $4,2 \times 10^9/л$ (норма $4-10 \times 10^9/л$), лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты $180 \times 10^9/л$ (норма $180-320 \times 10^9/л$), СОЭ 18 мм/час (норма 2-10 мм/час).

Вопросы к задаче:

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимо провести больной?

Назначьте лечение в зависимости от результатов исследования.

Ситуационная задача № 7

Мужчина, 66 лет, предъявляет жалобы на отрыжку воздухом, ощущение дискомфорта, чувства тяжести и «распирания» в эпигастриальной области, возникающие после еды; слабость и недомогание, беспокоящие его около шести месяцев. Из анамнеза известно, что в течение нескольких лет страдает гастритом, не лечится, никаких лекарственных средств не принимает. Алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности и хронические интоксикации отрицает, питается полноценно. При осмотре: состояние удовлетворительное; наблюдается легкая иктеричность склер, бледность конъюнктивы, язык с отпечатками зубов и сглаженными сосочками, на коже спины и живота — очаговая депигментация. В лёгких хрипов нет, ЧД — 16 в минуту. Тоны сердца сохранены, шумов нет, ЧСС — 68 в минуту, АД 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезёнка умеренно увеличена. В анализах крови: гемоглобин — 67,5 г/л (норма 120-140 г/л), эритроциты — $2,7 \times 10^{12}/л$ (норма $4-5,5 \times 10^{12}/л$), цветовой показатель — 1,2 (норма 0.85-1.0), лейкоциты — $7,0 \times 10^9/л$ (норма $4-10 \times 10^9/л$), лейкоцитарная формула не изменена; в биохимическом анализе крови — умеренное повышение общего билирубина за счет непрямой фракции, АСТ, АЛТ в норме. При ЭГДС — бледность и истонченность слизистой оболочки желудка. Заключение: атрофический гастрит.

Вопросы к задаче:

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Тактика ведения пациента

Ситуационные задачи с эталонами ответов к экзамену по внутренним болезням для 5 курса стоматологического факультета.

По пособию, рекомендованному кафедрой внутренних болезней.

Задача №1

Во время обращения пациента к стоматологу у него сохранялись на протяжении около 30 минут интенсивные сжимающие боли за грудиной, прием нитроглицерина был малоэффективен. Ранее боли возникали за грудиной и купировались нитратами. Три дня назад боли стали продолжительнее и повторялись до 3-6 раз в сутки, облегчение наступало лишь после приема нескольких таблеток нитроглицерина.

Во время осмотра состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. АД 150/90 мм рт.ст. Тоны сердца незначительно ослаблены. В остальном - без существенных особенностей.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова Ваша тактика?

Ответ

1. ИБС. Нестабильная стенокардия (прогрессирующая стенокардия напряжения).

2. Полноценное обезболивание, антиангинальные препараты в больших дозах, (антагонисты кальция - финоптин, коринфар; нитраты, β -адренергические блокаторы), антикоагулянты (гепарин). Транспортировка в специализированное отделение (вызов кардиологической бригады скорой помощи).

Задача №2

Пациент 62 лет обратился в стоматологический кабинет с жалобами на сильную боль в нижней челюсти. Десять лет страдает гипертонической болезнью. Последние два года периодически стал отмечать боль в нижней челюсти, которая возникала при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице. После небольшого отдыха боль проходила. За месяц до обращения к стоматологу боль стала интенсивнее и продолжительнее (длилась 30 минут), появлялась даже в покое, во время сна, сопровождалась страхом смерти.

Осмотревший пациента стоматолог увидел разрушенную коронку левого третьего моляра, диагностировал пульпит и удалил зуб. Сразу же после этого развился особенно интенсивный приступ боли в нижней челюсти, сопровождавшийся удушьем, головокружением, холодным потом.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные и влажные. Пульс 92 удара в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм

рт.ст. Тоны сердца глухие. Число дыханий 26 в 1 минуту. В нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы.

Сформулируйте предположительный диагноз.

1. О чем могут свидетельствовать влажные хрипы в легких?
2. Какова Ваша тактика?
3. Каковы причины диагностической ошибки врача стоматолога?

Ответ

ИБС. Острый инфаркт миокарда. Кардиогенный шок. Отек легких.

Хрипы свидетельствуют о застое в легких.

В условиях стоматологического кабинета до приезда кардиологической бригады необходимо:

Копирование болевого синдрома анальгетиками, морфием и его производными, нейролептоаналгетиками.

Борьба с шоком: увеличение объема циркулирующей крови, прессорные амины, глюкокортикоиды, малые дозы сердечных гликозидов.

Антиаритмическая терапия: лидокаин, соли калия.

Антикоагулянтная терапия.

4.

а) Атипичная локализация болевого синдрома.

б) Не были учтены анамнестические данные (не собран анамнез?): внезапное появление боли, исчезновение ее после прекращения физической нагрузки. Было оставлено без внимания нарастание интенсивности и продолжительности боли, появление ее даже в покое, во время сна, чувство страха при этом, что говорило о прогрессирующей ишемической болезни сердца.

Задача №3

Пациент 39 лет на приеме у стоматолога жаловался на боль в обеих челюстях, общую слабость. Страдал гипертонической болезнью, много курит. В течение полугода отмечает приступы жгучей боли в челюстях при быстрой ходьбе и физической нагрузке. Изредка боль распространялась на переднюю поверхность шеи, верхнюю треть грудины. После 5-10 минут отдыха боль проходила. Ранее обращался в поликлинику и две недели безуспешно лечился по поводу обострения хронического периодонтита.

Стоматологом было произведено удаление зуба. Спустя несколько минут развился тяжелейший приступ боли в челюстях и за грудиной, сопровождавшийся тошнотой и холодным потом.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 84 удара в минуту, ритмичен. АД 100/50 мм рт.ст. 1 тон ослаблен. В остальном - без особенностей.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назначьте экстренную терапию.
3. Каковы причины диагностической ошибки?

Ответ

1. ИБС. Острый инфаркт миокарда. Кардиогенный шок?
2. Купирование болевого синдрома: морфин, промедол, фентанил с дроперидолом.

Улучшение сократительной способности миокарда: строфантин или коргликон.

Борьба с шоком: кордиамин, симпатомиметики, увеличение объема циркулирующей крови (плазмозаменители).

3. а) Атипичная локализация боли.
б) Молодой возраст больного (возраст больных не должен определять тактику врача, так как в последнее время ишемическая болезнь сердца все чаще встречается у людей молодого возраста).

Задача №4

Пациент 35 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на острую зубную боль. При подъеме по лестнице в стоматологический кабинет внезапно появились раздражающие боли за грудиной, слабость. Сопровождающие его лица сообщили врачу стоматологу, что больному стало плохо, он побледнел, покрылся потом и чуть не упал на пол, жаловался на резкую боль в области сердца.

Врач посадил больного на стул и начал подсчитывать пульс, измерять АД. Больной был удовлетворительного питания, перед этим ничем не болел. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 100/80 мм рт.ст. Врач еще не закончил осмотр, как больной потерял сознание. Пульс и АД не определялись, зрачки расширились, на свет не реагируют, единичные храпящие дыхательные движения, быстро нарастал цианоз. Зарегистрированная ЭКГ в первом стандартном отведении выявила фибрилляцию желудочков. Врач совместно с помощниками начал наружный массаж сердца, искусственное дыхание; внутривенно введено 6 мл 2% раствора лидокаина и 10 мл панангина. Не приходя в сознание больной умер.

На секции во внутренних органах патологических изменений не обнаружено, также не выявлено очаговых изменений и в миокарде.

1. Учитывая клинические данные и данные секции, сформулируйте диагноз и укажите непосредственную причину смерти больного.
2. Проанализируйте тактику врача и укажите, была ли допущена ошибка при оказании неотложной помощи больному или ее не было? Если ошибка была, укажите ее.
3. Как Вы поступили бы в подобной ситуации? Перечислите по порядку свои действия.

Ответ

ИБС. Острая коронарная недостаточность, фибрилляция желудочков.

Врач допустил ошибку - не предпринял срочных мер для купирования болевого синдрома.

а) Срочно купировать боль. Для этого больного нужно уложить на топчан, дать таблетку нитроглицерина и при отсутствии эффекта ввести внутривенно наркотические анальгетики (промедол или морфин или фентанил с дроперидолом).

б) После купирования боли записать ЭКГ, закончить осмотр больного и срочно госпитализировать в кардиологическое отделение.

в) При наступлении фибрилляции желудочков произвести электрическую дефибрилляцию. С восстановлением ритма сердца внутривенно ввести бикарбонат натрия, кокарбоксиллазу, лидокаин (или тримекаин), калий-глюкозо-инсулиновую смесь,

г) Если отсутствует электрический дефибриллятор, то продолжать наружный массаж сердца и искусственное дыхание, ввести внутривенно адреналин 0,1%-1мл повторно каждые 5 мин., лидокаин 80-120 мг, новокаиномид 10% раствор 5-10 мл, бикарбонат натрия 2 мл/кг 4% раствора.

Задача №5

Пациентка 59 лет при обращении к стоматологу пожаловалась на головные боли в теменно-затылочной части, одышку при ходьбе, приступы удушья в покое, перебои в области сердца. Повышение АД отмечает более 10 лет. В момент осмотра появилось удушье, кашель с выделением пенистой мокроты, давящие боли за грудиной. АД 245/135 мм рт.ст.

Состояние тяжелое, бледна, кожа влажная. Дыхание над легкими ослабленное, много влажных хрипов с обеих сторон. Деятельность сердца аритмичная, тоны глухие, тахикардия до 140 в минуту. Печень выступает на 1-2 см ниже реберной дуги. Отеков нет.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова неотложная терапия?
3. Чем грозит больной снижение систолического давления до 100-110 мм рт.ст.?

Ответ

Гипертоническая болезнь III стадии, гипертонический криз. Отек легких.

Ганглиоблокаторы, миолитики, нитраты, быстродействующие мочегонные, при наличии аритмии β -блокаторы, кислород.

Возможно нарушение мозгового кровообращения (ишемический инсульт).

(Доказано, что внутривенное введение стимуляторов сердечной деятельности на фоне массажа сердца практически столь же эффективно, как внутрисердечное, однако последнее сопряжено с возможностью риска прямого повреждения миокарда, проводящей системы сердца. В связи с этим показания к внутрисердечным введениям лекарственных препаратов должны быть максимально сужены.)

Задача №6

Во время стоматологического приема у пациентки 32 лет появился приступ удушья. В течение последних 2-х месяцев у больной, которая часто болела воспалениями легких, появились приступы удушья, чаще в ночное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка, число дыханий в минуту - 26. Звук над легкими с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание везикулярное, резко ослабленное, рассеянные свистящие сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, число сердечных сокращений - 96 в 1 минуту. Пульс одинаков на обеих руках, мягкий, слабого наполнения, 96 ударов в минуту. АД на обеих руках 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назначьте лечение.

Ответ

Инфекционно-зависимая бронхиальная астма, течение средней тяжести. ДН 1 ст. Астматическое состояние?

Бронхолитики (симпатомиметики- адреналин, эфедрин, эуспиран, беротек, сальбутамол, миолитики - эуфиллин).

Глюкокортикоиды.

Отхаркивающие средства.

Десенсибилизирующая терапия.

Профилактика простудных заболеваний, загрязнения воздушной среды, эффективное лечение воспалительных заболеваний легких.

Задача №7

Больная 48 лет, страдает приступами удушья с 19 лет, сопровождающимися затрудненным выдохом, сухим кашлем, потоотделением. Заболевание развилось после пневмонии. Обострения заболевания первые 10 лет болезни возникали раз в два-три года, продолжались в среднем 2 недели, были связаны с переохлаждением, обострениями бронхита, пневмониями. Приступы удушья купировались приемами эфедрина и теофедрина. Последнее время обострения заболевания участились. Приступы удушья стали возникать при вдыхании резких запахов, смене температур воздуха, эмоциональном напряжении. Два года назад больной был назначен преднизолон /максимальная суточная доза 15 мг, минимальная поддерживающая доза 7,5 мг/. Ухудшение состояния три дня назад: возник приступ удушья, который не купировался инъекциями лекарств, сделанными врачами неотложной помощи. Больная принимает 15 мг преднизолона в сутки.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз губ, щек, крыльев носа. Пульс 136 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца

приглушены на верхушке. Число дыханий - 18 в минуту. Дыхание с удлиненным выдохом, свистящее, слышны хрипы на расстоянии. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно - коробочный звук. Выдох удлинен, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы в большом количестве с обеих сторон. Пальпируется увеличенная печень на 2 см ниже края реберной дуги по срединно-ключичной линии, уплотненная, малоболезненная. Пастозность голеней.

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия?

Ответ

1. Бронхиальная астма, инфекционно-зависимая форма, тяжелое течение, гормонозависимая. Астматическое состояние.

2. Внутривенно капельное введение жидкости (глюкоза 5%, изотонический раствор), преднизолон струйно (90-120 мг) и капельно, эуфиллин внутривенно, кислородотерапия, лазикс внутривенно, муколитики. При отсутствии эффекта - искусственная вентиляция легких, фторотановый наркоз, промывание бронхов через бронхоскоп 2% раствором гидрокарбоната натрия, отсасывание мокроты.

Задача №8

Больной 56 лет находится в специализированном стационаре по поводу злокачественной опухоли слизистой оболочки дна полости рта с распространением на боковую поверхность языка и нижнюю челюсть слева, с метастазами в региональные лимфоузлы (T₃N₂M₀).

После курса предоперационной телегамматерапии (62 Грэй) планируется операция: резекция нижней челюсти слева на уровне 2-8 зубов с удалением опухоли, тканей дна полости рта, резекцией части языка слева, с одномоментной подчелюстной и шейной футлярно-фасциальной лимфаденэктомией. Трахеостомия.

При клиническом обследовании установлены сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения. Простой хронический бронхит. Нарушены акты жевания и глотания. Изредка во время еды поперхивается, при этом развивается приступ кашля. В откашливаемой мокроте больной наблюдал элементы пищи. Над легкими выслушивается жесткое дыхание, непостоянные сухие хрипы.

1. Объясните причину описанных приступов кашля у больного.
2. Проведите прогнозирование возможностей развития после операции аспирационного синдрома и воспалительных бронхолегочных осложнений.
3. Укажите принципы лечения в предоперационном периоде с целью профилактики послеоперационных осложнений со стороны внутренних органов.

Ответы

1. До хирургического вмешательства имеются признаки аспирационного синдрома, поэтому во время еды поперхивание и кашель, в мокроте элементы пищи.

2. По характеру и объему планируемая операция относится к прогностически угрожающей в отношении развития аспирационного синдрома.

3. а) Антибактериальная терапия

б) Иммуностимулирующая терапия

в) Отхаркивающие и бронхолитические препараты

г) ЛФК. Возможно зондовое питание.

Задача №9

Больной 62 лет находится в специализированном отделении челюстно-лицевой онкологии по поводу злокачественного новообразования слизистой оболочки альвеолярного края нижней челюсти в области 7, 8 зубов слева с метастазами в подчелюстные лимфоузлы ($T_2N_1M_0$). Один месяц назад закончен курс лучевой терапии, суммарная доза на очаг 58,5 Грэй. В стационаре до операции со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Произведена операция: резекция нижней челюсти слева от 5 зуба - экзартикуляция суставного отростка, резекция тканей дна полости рта, операция Ванаха слева, трахеостома.

При осмотре на третьи сутки после операции состояние больного тяжелое, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$, находится в положении сидя с наклоном головы и туловища вперед. Выраженный отек мягких тканей лица, органов полости рта, отечный неподвижный язык выступает за пределы резцов на 3-4 см. Из полости рта самопроизвольно вытекает слюна, смешанная с гнойно-сукровичным раневым секретом. Дыхание через естественные дыхательные пути невозможно. Дышит через трахеостому. Акт глотания невозможен, питание осуществляется через резиновый зонд, введенный через левый носовой ход. Наблюдается частый кашель с выделением из трахеостомы обильной мокроты слизисто-гнойного характера. Больной предпочитает не лежать на спине из-за усиления кашля, одышки и увеличения количества мокроты.

Над легкими перкуторно ясный тон, дыхание жесткое, выслушиваются обильные сухие хрипы преимущественно над нижними зонами легких. После продуктивного кашля хрипы не исчезают, однако уменьшается количество низкотоновых сухих хрипов. Проба на аспирацию с 1% водным раствором метиленового синего резко положительная (через 1-2 мин после введения красителя в полость рта из трахеостомы выделяется окрашенная мокрота). При рентгеноконтрастной пробе на аспирацию через 20 минут после введения йодолипола в полость рта на рентгенограмме органов грудной клетки выявляется справа и слева в нижних долях контрастирование контуров трахеи и бронхов до 4-6 порядка. Очаговых инфильтративных изменений легочной ткани не определяется. При внутривенном перфузионном радионуклидном

сканировании легких с МАА-йод-131 установлено снижение накопления радионуклида в нижних зонах обоих легких. Спирография: выявляется нарушение функции внешнего дыхания преимущественно по обструктивному типу. Анализ крови: Эр. $3,3 \cdot 10^{12}/л$, Нв. 100г/л, Цв.п. 0,9, ретикулоциты 0,9%. Л. $12,1 \cdot 10^9/л$, Б. 0%, Э. 0%, П. 1%, С. 68%, Л. 18%, М. 2%, СОЭ 26 мм/ч.

1. Какие развились бронхолегочные осложнения?
2. Принципы лечения?

Ответ

1. После операции развился выраженный аспирационный синдром и диффузный простой трахеобронхит.

2. а) Борьба с аспирацией: ввести трахеостомическую трубку с воронкообразным obturatorом трахеи; наладить питание через спадающийся желудочный зонд; санация трахеобронхиального дерева

б) Антибиотики

в) Иммуностимулирующая терапия

г) ЛФК, постуральный дренаж, горчичники на грудную клетку.

Задача №10

Пациентка 50 лет, находясь на приеме у стоматолога, пожаловалась на сильные боли в правом подреберье, отдающие в правое плечо, челюсть и под правую лопатку. Болевой приступ со слов пациентки продолжается уже более 15 минут, сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Заболела остро, приехав в стоматологическую поликлинику из пригорода на автобусе.

В анамнезе - хронический холецистит, по поводу чего больная принимала амбулаторное лечение.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Больная беспокойна, стонет. Выявлено умеренное вздутие живота, напряжение передней брюшной стенки при поверхностной пальпации, особенно в области правого подреберья, а также резкая болезненность в этой области. Положительные симптомы Кера, Ортнера.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова неотложная терапия?

Ответ

1. Печеночная колика. Желчнокаменная болезнь?

2. Необходимо введение спазмолитических, обезболивающих средств: внутримышечно раствор баралгина 5,0; подкожно 0,1% - 1,0 мл атропина; внутримышечно 2% - 2,0 мл но-шпы; внутримышечно 50% - 1,0 мл анальгина.

Применение наркотиков при печеночной колике допустимо в исключительных случаях при исключении острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости.

Задача №11

В приемное отделение больницы доставлен мужчина 37 лет, инженер. Жалобы на повторную рвоту "кофейной гущей", головокружение, общую слабость, дегтеобразный стул.

Тупые боли в эпигастральной области впервые появились 5 лет тому назад. Обычно боли возникали через 1,5 часа после приема пищи. Тогда же при обследовании в стационаре была выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки. В осенне-весеннее время периодически появлялись поздние боли в подложечной области, но больной продолжал работать. Нерегулярно принимал викалин, альмагель. В последние две недели вновь появились аналогичные боли. Два дня тому назад больной отметил прогрессирующую слабость, головокружение. Сегодня утром на работе внезапно появилась рвота "кофейной гущей", черный стул.

При осмотре состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Конечности холодные. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление 90/50 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области, несколько вправо от средней линии. Симптомов раздражения брюшины нет.

При исследовании крови: Эр. $1,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв. 90 г/л, Цв.п. 0,8, Лейк. $9,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ 28 мм/ч.

При ректальном исследовании на перчатке дегтеобразные массы.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ

1. Язвенная болезнь в фазе обострения. Язва двенадцатиперстной кишки. Желудочно-кишечное кровотечение.

2 Срочная консультация хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.

Режим 1 (строгий постельный), голод, затем высококалорийная белковая диета Мейленграхта. Лед на подложечную область.

Медикаментозное лечение:

1) борьба с сосудистой недостаточностью - мезатон 1% раствор по 1 мл подкожно, кордиамин 25% раствор по 2 мл внутримышечно, кофеин 10% раствор по 1 мл внутримышечно;

2) кровоостанавливающие препараты - хлористый кальций или хлористый натрий 10% раствор по 10 мл внутривенно, викасол 1% раствор по 2-3 мл внутримышечно, аскорбиновая кислота 5% раствор по 10 мл внутривенно, эпислон-аминокапроновая кислота 5% раствор по 100 мл внутривенно капельно;

3. переливание плазмозамещающих растворов - полиглюкин 500,0 внутривенно капельно медленно; реополиглюкин 500,0 внутривенно капельно медленно;

4. *после пробы на совместимость переливания крови по 100,0 -150,0 мл.*

Задача №12

Больной 74 лет, инвалид ВОВ, поступил в клинику с жалобами на отеки всего тела. В 1944 году получил осколочное ранение нижней челюсти с повреждением кости. После ранения длительное время оставался свищ с гнойным отделяемым, который то закрывался, то вновь открывался. В связи с этим больной несколько раз подвергался оперативному вмешательству. Около 2-х лет тому назад больной впервые отметил появление отечности нижних конечностей, одутловатость лица, бледность кожных покровов. Тогда же был обнаружен белок в моче.

Объективно: состояние средней тяжести. Выраженная бледность кожных покровов, значительные отеки лица, нижних конечностей и в области поясницы. В области нижней челюсти справа - звездчатый рубец. Пульс 78 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены. В легких коробочный оттенок, перкуторного тона, ослабленное дыхание. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотная, безболезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Моча: цвет насыщенно-желтый. Относительная плотность 1020, белок 18,6 г/л, эритроциты - единичные в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, цилиндры - 2-3 в поле зрения, гиалиновые и зернистые, кристаллы холестерина в моче. По пробе Зимницкого: суточный диурез 600 мл, относительная плотность мочи 1018-1029. Суточная потеря белка 7,6 грамма. Кровь: Эр. $2,66 \cdot 10^{12}$ /л, Нв. 67 г/л, лейкоциты $6,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 55мм/ч; общий белок 42 г/л, холестерин 9,7 ммоль/л, креатинин 0,10 ммоль/л. На рентгеновском снимке нижней челюсти определяется участок просветления кости - секвестр 0,8X0,5 см

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ

1. Диагноз: Хронический остеомиелит нижней челюсти. Амилоидоз почек. Нефритический синдром (нефротическая стадия).

2. Постельный режим.

Диета №7 с ограничением поваренной соли.

Аминохинолиновые препараты (делагил, плаквенил) по 0,25 в течение нескольких месяцев.

Мочегонные препараты (гипотиазид).

10-20% раствор сывороточного альбумина или плазму по 100-200 мл внутривенно капельно.

Препараты анаболического действия (ретаболил 1 мл 5% масляного раствора 1 раз в неделю в/м под контролем АД).

Консультация специалиста стоматолога для решения вопроса о переводе больного в стоматологическое отделение для оперативного лечения.

Примечание: кортикостероидные препараты, цитостатики не показаны.

Задача №13

Пациентка 29 лет, находясь на приеме у стоматолога, пожаловалась на очень сильные боли в левой подвздошной области, отдающие в паховую область и в промежность, учащенное мочеиспускание, повторяющуюся рвоту.

На протяжении последних двух лет несколько раз отмечает приступы болей в поясничной области слева, отдающие в промежность и в переднюю поверхность левого бедра. Однажды после приступа обнаружила в моче какие-то твердые крупинки красноватого цвета. Однократно была кровянистая моча. Так как болевые приступы возникали каждый раз во время командировок и проходили самостоятельно, больная к врачу не обращалась. Настоящий приступ со слов больной более выраженный, чем прошлые.

При объективном исследовании: общее состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Больная беспокойна, со слов "готова залезть на стенку от болей". Выявлено умеренное равномерное вздутие живота и резкая болезненность при глубокой пальпации в левой подвздошной области. Почки не прощупываются. Отчетливо выражен симптом поколачивания по поясничной области слева.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова неотложная терапия?

Ответ

1. Почечная колика. Мочекаменная болезнь?

2. Необходимо введение спазмолитических, обезболивающих средств: внутримышечно раствор баралгина 5,0 мл; подкожно 0,1% - 1,0 мл атропина; внутримышечно 50% - 1,0 мл анальгина; цистенал 15-20 капель на сахар. Применение наркотиков при почечной колике допустимо только при безоговорочном исключении острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости.

№14

В приемное отделение больницы бригадой "Скорой помощи" доставлен мужчина 62 лет. Со слов врача "Скорая помощь" была вызвана прохожими, которые обнаружили больного на улице в бессознательном состоянии.

При осмотре состояние больного тяжелое. Сознание нарушено. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, судорожные подергивания мышц. Дыхание поверхностное, запаха ацетона нет. Глазные яблоки обычной плотности. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуга.

При исследовании мочи: сахар и ацетон не определяются. Сахар крови 2,4 ммоль/л.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ

1. Сахарный диабет. Гипогликемическое состояние.
2. Срочное введение 40% раствора глюкозы от 20 до 80 мл внутривенно струйно. Если больной не пришел в сознание- 5% раствор глюкозы 300-500 мл внутривенно капельно. При внутривенном капельном введении глюкозы можно ввести адреналина 0,1% раствор 0,5 мл.

После возвращения сознания накормить больного медленно всасывающимися углеводами (хлеб, каша, картофель).

При повышении уровня сахара в крови до 11 ммоль/л инсулин не вводить.

Задача №15

Больная 20 лет, служащая проектного института, обратилась к стоматологу по поводу зубной боли и гингивита, сопровождавшихся повышением температуры тела до 38,0 - 38,5° в течение последней недели. Врачом была рекомендована местная терапия (полоскание полости рта раствором фурацилина, аппликации облепихового масла) и прием сульфадиметоксина. На протяжении последующей недели самочувствие больной не улучшилось. При повторном посещении врача больная вспомнила, что в течение последних 3-4 недель отмечала нарастающую слабость. В детстве болела ангиной, гриппом. Профессиональных вредностей нет. Родители здоровы. Больная не замужем. Последние месячные были более обильные и длительные, чем обычно.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На наружной поверхности бедер - небольшие синяки. Пальпируются эластичные, безболезненные подчелюстные и шейные лимфоузлы размером до фасоли. Над верхушкой сердца выслушивается нежный систолический шум. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: Эр. $2,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв. 60 г/л; Цв.п. 0,9, Тромб. $60 \cdot 10^9/л$; Лейк. $2 \cdot 10^9/л$; С. 16%; Л. 8%; М. 6%; Блaсты 70%; СОЭ 50 мм/ч.

На ЭКГ при правильном ритме выявляется снижение волн Т во всех отведениях. Линия ST на изоуровне.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявляется увеличение сердца в левом поперечном размере. Верхушка сердца закруглена. В остальном без патологических изменений.

1. Согласны ли Вы с тактикой стоматолога?
 2. Какие отклонения от нормы Вы обнаружили в анализах крови?
- Ваш предположительный диагноз?

Ответ

1. Стоматолог не оценил данные анамнеза у больной, не назначил исследования крови, а вместо этого ограничился местной и антибактериальной терапией.

2. Нормохромная анемия, тромбоцитопения и лейкопения, появление патологических клеток - бластов.

3. Снижение содержания эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов в периферической крови и наличие бластов позволяют думать о недифференцированном остром лейкозе.

Задача №16

Через несколько минут после проведения анестезии с адреналином в стоматологическом кабинете пациентка почувствовала шум в ушах, тошноту, слабость. Появился надсадный кашель со свистом в груди, зуд и жжение кожи всего тела и высыпание волдырей. Врач стоматолог сделал инъекцию 1 мл 1% раствора димедрола, 2 мл кордиамина и направил пациентку домой. Выходя из стоматологического кабинета, она потеряла сознание.

При осмотре состояние тяжелое. Кожа лица бледная, отмечается отек губ, век; руки и ноги холодные; кожа влажная. Пульс слабого наполнения, 120 ударов в минуту. АД 70/50 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, печень не увеличена. Аллергологический анамнез: в детстве отмечала крапивницу от клубники и земляники, после "какой-то инъекции" отмечала 3 года назад появление зудящей сыпи на коже лица, кистей рук, отек и зуд век. Считала себя "совершенно здоровой".

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Наметьте план неотложных мероприятий спасения больной.

Ответ

1. Лекарственный анафилактический шок.
2. а) Уложить больную на топчан с приподнятыми нижними конечностями, несколько выдвинуть нижнюю челюсть, повернуть голову лицом в сторону.
 - б) Ввести в/в 0,1% раствора адреналина (0,5) или 2-2,5% раствора тилопифена или 2-1% димедрола.
 - в) В/в 30мг преднизалона или 50-100 мг гидрокортизона.
 - г) Место введения лекарства обкалывается смесью адреналина 0,1%-0,5 мл на 3-5 мл физ. раствора.
 - д) При отсутствии эффекта всей проводимой терапии ввести в/в медленно норадреналин 1 мл с 20 мл 40% глюкозы. Капельно в/в вводится 300 мл 5% раствора глюкозы с 1,0 мл 0,2% раствора норадреналина и 30-60 мг преднизалона.
 - е) По показаниям: мезатон, кофеин, кордиамин, строфантин.
 - ж) При асфиксии или сопутствующей бронхиальной астме ввести 10 мл 2,4% раствора эуфиллина с 10 мл 40% глюкозы, в/в.

Задача №17

В ПВМГ доставлен пораженный через 15 минут после ядерного взрыва. Из анамнеза известно, что через 30 минут после облучения у пораженного появилась головная боль, психическое возбуждение, тошнота и многократная рвота.

Ко времени поступления в госпиталь у пораженного повторная рвота, головная боль и общая слабость.

Радиометрический контроль заражения радиоактивными веществами не выявил.

При осмотре: состояние пораженного средней тяжести. Температура тела 37,4° С. Умеренная эритема кожи и инъекция сосудов склер. Пульс 100 в минуту, экстрасистолия. АД 100/65 мм рт.ст.

В крови нейтрофильный лейкоцитоз $15 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом влево до палочкоядерных и метамиелоцитов, лимфопения, моноцитоз, эозинопения, клетки Боткина-Гумпрехта и гиперсегментация ядер нейтрофилов.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие неотложные мероприятия требуются?

Ответ

1. *Диагноз: Острая лучевая болезнь 3 степени тяжести. Период первичной реакции.*

2. *Следует назначить:*

а) Противорвотные препараты: этаперазин по 0,04 3-4 раза в день или аэрон по 1 таблетке 1-2 раза в день; смесь платифилина (0,005), кофеина-бензоат натрия (0,15) и бромида натрия (0,15) по 1 таблетке 2 раза в сутки; сернокислый атропин 0,1% - 1мл подкожно и антигистамин-ные препараты: димедрол 1% - 2 мл или пипольфен 2,5% - 2мл. При неукротимой рвоте - внутривенно 10% раствор хлористого натрия по 20-40 мл.

б) Седативные средства: таблетки экстракта валерианы и адонис-брома по 1 таблетке 3 раза в день, седуксен по 0,005 3 раза в день, барбамил 0,2 на ночь.

в) Кардиотонические средства: кордиамин по 2 мл внутримышечно или кофеин по 1 мл подкожно.

Задача №18

На МПП явился сам пораженный с жалобами на небольшую головную боль, головокружение и тошноту, которые возникли через 16 часов после взрыва ядерной бомбы. При дозиметрии обнаружено заражение радиоактивными веществами.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы не изменены. Больной несколько возбужден. Пульс 80 в минуту. АД 100/65 мм рт.ст. Со стороны других систем без существенных отклонений от нормы. В периферической крови лейкоцитов $10 \cdot 10^9/\text{л}$, из них лимфоцитов 14%.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте эвакуационные мероприятия.
3. Какие лечебные мероприятия требуются?

Ответ

1. *Диагноз: Острая лучевая болезнь 1 степени тяжести от комбинированного радиационного поражения. Период первичной реакции.*

2. *После купирования первичной реакции в зависимости от боевой обстановки пораженный может быть возвращен в часть для выполнения боевой задачи (до конца скрытого периода) или оставлен для наблюдения и лечения при МПП.*

3. Следует провести:

- а) полную санитарную обработку
- б) назначить средства по выведению радиоактивных веществ из организма (промывание желудка, солевое слабительное, мочегонные, адсорбенты, обильное питье и др.)
- в) дать седативные препараты: таблетки экстракта валерианы или адонис-брома по 1 таблетке 3 раза в день, седуксен по 0,005 3 раза в день, барбамил 0,2 на ночь и антигистаминные средства (димедрол 0,05 3 раза в день, пипольфен 0,025 2 раза в день, диазолин 0,1 3 раза в день).

Задача №19

Больной 28 лет доставлен в госпиталь по поводу ожога. Ожог пламенем произошел 30 минут тому назад. Больной беспокоен, жалуется на выраженный озноб, жажду, тошноту, боли в области ожогов.

Объективно: состояние тяжелое, сознание сохранено. Температура тела 36,0° С. Отмечается возбуждение, двигательное беспокойство, мышечная дрожь. Ожоги кожи лица, спины, ягодиц, бедер II, III-а, III-б и IV степеней, расположены на площади 32% поверхности тела, из них площадь глубокого ожога 25%. В необожженных участках кожа бледная, холодная на ощупь. Наблюдается синюшность 176, ушных раковин и стоп. Пульс 120 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 80/50 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Живот вздут, болезнен при пальпации в эпигастральной области.

При лабораторном исследовании в периферической крови эритроцитов $7 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобина 210 г/л, лейкоцитов $20 \cdot 10^9/л$. В моче, полученной катетером эритроцитов 1-2 в поле зрения, белка 3,3 г/л, цилиндров гиалиновых 1-2 в поле зрения. Общий белок сыворотки крови 60 г/л, остаточный азот 32 ммоль/л, РН крови 7,3. Олигурия: количество мочи в час не более 30 мл, моча темно-красного цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите принципы терапии.

Ответ

1. *Диагноз: Ожог пламенем 32% поверхности тела 2 степени, участки ожога 3-4 степени (25%). Ожоговая болезнь. Тяжелый ожоговый шок. Токсическая почка с явлением острой почечной недостаточности.*

2. а) *Для борьбы с интоксикацией и обезвоживанием вводят в вену капельно в течение суток 3-4 л жидкости: 250-500 мл консервированной крови, 500-700 мл плазмы, 1000-1500 мл 6% раствора полиглюкина, 300-500 мл 0,1% раствора новокаина, 500-1500 мл изотонического раствора хлорида натрия.*

б) *Внутримышечно или внутривенно ввести антигистаминные препараты (2-3 мл 1% раствора димедрола, 1-2 мл раствора супрастина (2%) или раствора пипольфена (2,5%) в сочетании с аскорбиновой кислотой 2-4 мл 5% раствора. Кроме антигистаминных препаратов можно ввести*

внутривенно стероидные препараты: гидрокортизон (100-150 мг) или преднизалон (30-90 мг).

в) Обезболивающие препараты: 1 мл 1% раствора морфия, 1 мл 2% раствора пантопона или промедола, ингаляции смеси закиси азота с кислородом в соотношении 1:1.

г) Антибиотики: пенициллин по 500 000 ЕД 4 раза в день, стрептомицин по 0,5 2 раза в день и др. 7-10 дней.

д) В последующем необходимо бороться со сгущением крови, обезвоживанием, гипохлоремией, расстройством углеводного обмена, ацидозом и интоксикацией. Необходимо постоянно следить за состоянием водного баланса больного, добиваясь выделения им в сутки около 2 л мочи. Для этого больной должен получать ежесуточно до 3-3,5 л жидкости (при отсутствии поражения почек).

Больным следует вводить витамин С, витамины комплекса В (В1, В2, В12), витамины А и Д. При анемии показаны повторные переливания 250 мл крови или 100-200 мл эритроцитарной массы с интервалом 3-5 дней. Целесообразно также переливание кровезаменителей, введение изотонического раствора глюкозы (до 1-2 л в сутки). Необходимо кроме диеты, богатой белками и витаминами, вводить парентеральным путем белковые гидролизаты, аминокислоты, применять препараты, тонизирующие сердечно-сосудистую систему, давать натуральный желудочный сок, пепсин, панкреатин.

Задача №20

Больной 22 лет, поступил в госпиталь с жалобами на сильную утомляемость, снижение работоспособности, нарушение сна, головные боли, периодические неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение.

Перечисленные жалобы появились около недели назад. Известно, что в течение двух лет работает с генераторами СВЧ-поля.

При объективном исследовании - состояние удовлетворительное. Кожа бледная, кисти и стопы холодные и влажные. Крупный тремор пальцев рук, стойкий красный дермографизм. Пульс 56 в минуту, ритмичный. АД 100/65 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Первый тон сердца приглушен над верхушкой, там же слабый систолический шум. Со стороны других систем - без особенностей.

1. Поставьте предположительный диагноз.

2. Укажите принципы терапии.

Ответ

1. *Диагноз: СВЧ - синдром I степени выраженности. Однако диагноз должен основываться не только на клинических, но и на гигиениа-дозиметрических сведениях.*

2. *Лечение:*

а) Прекращение контакта с СВЧ-полем

б) Диета (калорийная, полноценная, хорошо витаминизированная пища)

в) *Растительные стимуляторы нервной системы: спиртовая настойка корня женьшеня, лимонника китайского, экстракт элеутерококка и др.*

г) *Витамины В1, В2, В12, С*

д) *ЛФК, физические методы лечения (ионофорез с кальцием, общее ультрафиолетовое облучение, души и др.).*

Задача №21

Водолаз 26 лет доставлен в госпиталь. Жалуется на сильный кожный зуд в области конечностей и грудной клетки, боли в мышцах конечностей, боли в крупных суставах. Чувство онемения и покалывания в дистальных отделах конечностей. Все симптомы появились через 3 часа после окончания подводных работ.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Мраморность окраски кожи на бедрах, плечах, грудной клетке. При пальпации мышц бедер определяется крепитация. Коленные суставы горячие на ощупь, несколько увеличены в объеме, пальпация их болезненна. Пульс ритмичный, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. *Диагноз: Декомпрессионная болезнь, легкая форма.*

2. *Лечение:*

а) *Срочная лечебная рекомпрессия в специальных барокамерах*

б) *Рекомендуется обильное горячее питье, грелки, массаж конечностей и парентеральное введение 2 мл 50% раствора анальгина, 2-4 мл % раствора дибазола и 0,5-1,0 мл 0,1% раствора атропина.*

4. Тестовые задания по дисциплине

1. ОБЩАЯ МЕТОДИКА КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО (РАССПРОС, ОБЩИЙ ОСМОТР)

1. ПРИСТУПАЯ К ОСМОТРУ БОЛЬНОГО, СТУДЕНТ ДОЛЖЕН:

- а. представиться, перед осмотром получить устное согласие пациента на его проведение
- б. сразу приступить к осмотру, не выражая при этом никаких эмоций
- с. скрыть статус студента, чтобы избежать недоверия, провести осмотр
- д. представиться, заставить пациента сразу полностью раздеться
- е. попросить пациента выйти в коридор для осмотра

2. ЭПИКРИЗ – ЭТО:

- а. направление на МСЭК для оформления инвалидности

- b. часть истории болезни перед описанием объективного статуса больного
- c. паспортные данные
- d. заключение в конце истории болезни, которое содержит клинический диагноз, особенности течения данного заболевания, результаты проведенного лечения
- e. окончательный диагноз

3. СЕМИОЛОГИЯ – ЭТО:

- a. синоним пропедевтики
- b. наука, изучающая симптомы, механизмы их развития и диагностическое значение.
- c. учение о правилах формулировки диагноза
- d. введение в терапию
- e. учение о нозологических единицах

4. НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ЕДИНИЦЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. элементарный признак заболевания
- b. синдром
- c. конкретное заболевание, имеющее свою этиологию, патогенез, клинико-анатомическую картину, стандартный ответ на терапию
- d. составляющая часть симптомокомплекса
- e. развернутый диагноз, включающий основное и сопутствующие заболевания пациента

5. К ФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ:

- a. сбор анамнеза
- b. осмотр больного с. пальпация
- d. перкуссия
- e. аускультация

6. К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ОТНОСЯТСЯ?

- a. все жалобы, фактически имеющиеся у больного, в т.ч. и неназванные
- b. 1-2 жалобы, имеющие наибольшее диагностическое значение
- c. жалобы, названные больным и имеющие для него наибольшее субъективное значение
- d. жалобы, типичные для поражения дыхательной и сердечно-сосудистой системы
- e. жалобы, выявленные при дополнительном расспросе

7. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ВХОДИТ В СОСТАВ:

- a. дополнительного расспроса
- b. истории настоящего заболевания с. истории жизни больного
- d. общих сведений о больном (паспортные данные)

е. общего осмотра

8. КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕЙ МОЖЕТ НАЗЫВАТЬСЯ:

- а. любая больница может называться клинической
- б. областная больница
- в. больница, имеющая в своем арсенале современное оборудование для лабораторно-инструментальной диагностики и высококвалифицированных кадров, имеющих научную степень
- г. больница, на базе которой располагаются клинические кафедры
- е. больница со стационаром для круглосуточного пребывания

9. КОГДА РАБОТОДАТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ЗАБОЛЕВАНИИ СВОЕГО РАБОТНИКА:

- а. в любом случае для решения вопроса об оплате больничного листа
- б. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
- в. ни при каких условиях, т.к. эта информация составляет врачебную тайну
- г. если работник инфицирован ВИЧ
- е. в случае, если заболевание имеет крайне неблагоприятный прогноз

10. КТО НЕСЕТ УГОЛОВНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ НАРУШЕНИИ СТАТЬИ №45 «ОСНОВ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН» О ЗАПРЕЩЕНИИ ЭВТАНАЗИИ:

- а. больной, изъявивший желание ускорить свою смерть, и врач
- б. только врач в любой ситуации
- в. родственник больного, уговоривший врача сделать эвтаназию, а врач и медсестра, производившая инъекцию, невиновны
- г. родственник, сознательно побуждавший больного к эвтаназии, и медицинские работники, осуществляющие эвтаназию
- е. никто не несет ответственности, т.к. больной страдал неизлечимым заболеванием. Эвтаназия в этом случае будет рассмотрена как проявление гуманизма.

11. КАКОЙ СИМПТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ?

- а. неспецифический симптом
- б. симптом, характерный только для одного заболевания
- в. симптом, свидетельствующий о терминальной стадии заболевания
- г. симптом, встречающийся при многих заболеваниях
- е. специфический симптом

12. ПРИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ЗАПИСИ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

- а. можно исправить ошибку с помощью корректора текста (штриха)
- б. надо завести новую историю болезни
- в. ничего нельзя изменять

- d. зачеркнуть неверную запись, рядом написать верный вариант с фразой «исправленному верить», поставить подпись и личную печать врача
- e. следует заклеить неверную запись бумагой с исправленным текстом

13. К ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ РАССПРОСУ ОТНОСИТСЯ:

- a. дополнение к основным жалобам
- b. история развития настоящего заболевания с. история жизни
- d. паспортные данные
- e. вредные привычные интоксикации

14. ВЫЯСНЕНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ К:

- a. anamnesis morbi
- b. жалобы
- c. anamnesis vitae
- d. общие сведения
- e. дополнительный расспрос

15. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- a. пальпация, осмотр, перкуссия, аускультация
- b. осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия
- c. осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация
- d. осмотр, аускультация, пальпация, перкуссия
- e. расспрос, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация

16. К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ:

- a. эндоскопия
- b. лапароскопия
- c. УЗИ
- d. рентгенография
- e. фонокардиография

17. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА СВЫШЕ 41°C НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. субфебрильной
- b. умеренно повышенной
- c. высокой
- d. чрезмерно высокой
- e. гиперпиретической

18. КАКОЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЙ АКТ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ОСВЕЩАЕТ ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА:

- a. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
- b. «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих

врачебную тайну»

- с. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»
- д. «О программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью»
- е. «Об экспертизе нетрудоспособности»

19.ДЕЕСПОСОБНЫЙ ПАЦИЕНТ СТАРШЕ 15 ЛЕТ:

- а. не имеет права знать свой диагноз и используемые методы лечения
- б. имеет право знать диагноз и методы лечения, за исключением неоперабельной стадии рака
- с. имеет право знать диагноз, методы лечения - нет
- д. может узнать методы лечения, диагноз - нет
- е. имеет право знать диагноз и методы лечения, согласно закону

20.В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НОЧЬЮ ПРИВОЗЯТ ПАЦИЕНТА 13 ЛЕТ, КОТОРОМУ В НЕОТЛОЖНОМ ПОРЯДКЕ ТРЕБУЕТСЯ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, РОДИТЕЛИ ПАЦИЕНТА НАХОДЯТСЯ В ОТЪЕЗДЕ. НЕ НАРУШАЯ СТАТЬИ №32 «СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО», ДЕЖУРНЫЙ ВРАЧ ДОЛЖЕН:

- а. не проводить оперативного вмешательства без согласия родителей
- б. принять решение о проведении оперативного вмешательства, с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ и родителей пациента
- с. предложить пациенту 13 лет подписать согласие на операцию
- д. принять решение о проведении оперативного вмешательства без уведомления кого-либо
- е. подписать согласие на оперативное вмешательство от собственного лица

21.ОБЩИЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА НАЧИНАЕТСЯ С:

- а. осмотра по частям тела
- б. исследования «снаружи внутрь»
- с. осмотра в целом
- д. исследования опорно-двигательного аппарата
- е. исследования кожи и ее дериватов

22.ДЛЯ СТУПОРОЗНОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- а. спячка, из которой больной выходит на короткое время при громком оклике или тормошении
- б. полное отсутствие реакции на внешние раздражители
- с. отсутствие рефлексов и расстройство жизненно важных функций
- д. непроизвольное мочеиспускание, дефекация, прикус языка
- е. больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запозданием

23.ПРИ ГИПЕРСТЕНИЧЕСКОМ ТИПЕ КОНСТИТУЦИИ:

- a. конечности относительно длинные
- b. легкие удлинены, диафрагма расположена низко
- c. грудная клетка короткая, широкая
- d. сердце и паренхиматозные органы относительно малых размеров
- e. кишечник короткий, брыжейка длинная

24. У БОЛЬНОГО ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ОДЫШКА; СОЗНАНИЕ ЯСНОЕ, КОЖА БЛЕДНАЯ, ЧД 26 В МИН. НА ЭКГ ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА:

- a. хорошее
- b. удовлетворительное
- c. средней тяжести
- d. тяжелое состояние
- e. крайне тяжелое

25. ЗАБОЛЕВАНИЕ, НЕ ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕЕ УГРОЗЫ ДЛЯ ЖИЗНИ И НЕ СВЯЗАННОЕ С ОСНОВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. конкурирующее
- b. второстепенное
- c. рецидив
- d. осложнение
- e. сопутствующее

26. ЛИХОРАДКА ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ОТ 15 ДО 45 ДНЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. острой
- b. подострой
- c. хронической
- d. мимолетной

27. ЛИХОРАДКА, ПРИ КОТОРОЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ЧЕРЕДОВАНИЕМ ПЕРИОДОВ ЛИХОРАДКИ С БЕЗЛИХОРАДОЧНЫМИ ПЕРИОДАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. постоянной
- b. послабляющей
- c. перемежающейся d. истощающей
- e. возвратной

28. ЧТО ОТНОСИТСЯ К НЕПАЛЬПИРУЕМЫМ ЭЛЕМЕНТАМ КОЖНОЙ СЫПИ:

- a. пустула
- b. бляшка
- c. папула
- d. петехия e. везикула

29. ДИАСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОТЛИЧИТЬ:

- a. экзантему от энантемы
- b. телеангиоэктаз от петехии
- c. папулу от пустулы
- d. эритему от ливедо
- e. трещину от эрозии

30. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ЗОБА (ВОЗ, 2001) 0 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ:

- a. щитовидная железа не видна при нормальном положении шеи
- b. щитовидная железа четко видна при нормальном положении шеи
- c. при нормальном положении шеи виден только перешеек щитовидной железы
- d. при нормальном положении шеи видна одна из долей щитовидной железы

31. ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА «СНАРУЖИ ВНУТРЬ» ПРИ ОБЩЕМ ОСМОТРЕ НАЧИНАЕТСЯ С ОСМОТРА:

- a. слизистых глаз, нижних век, носа, губ, полости рта
- b. лимфатических узлов
- c. опорно-двигательного аппарата
- d. кожи и ее дериватов
- e. подкожно-жировой клетчатки

32. ДЛЯ СОПОРОВОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- a. спячка, из которой больной выходит на короткое время при громком оклике или тормошении
- b. полное отсутствие реакции на внешние раздражители
- c. отсутствие рефлексов и расстройство жизненно важных функций
- d. непроизвольное мочеиспускание, дефекация, прикус языка
- e. больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запозданием

33. ЛИХОРАДКА ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ СВЫШЕ 45 ДНЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. острой
- b. подострой
- c. хронической
- d. мимолетной

34. У БОЛЬНОЙ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, КУПИРУЮЩИЕСЯ В ТЕЧЕНИЕ 1 МИНУТЫ ПРИЕМОМ НИТРОГЛИЦЕРИНА. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ НЕ МЕНЯЕТСЯ ПОСЛЕДНИЕ

ПОЛГОДА. СОЗНАНИЕ ЯСНОЕ, РИТМ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГУЛЯРНЫЙ; ЧСС, АД, ЧД В НОРМЕ; ОТЕКОВ НЕТ. НА ЭКГ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА:

- a. хорошее
- b. удовлетворительное
- c. средней тяжести
- d. тяжелое состояние
- e. крайне тяжелое

35.ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ СУТОК С КОЛЕБАНИЯМИ В ПРЕДЕЛАХ 38 -39° С НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. субфебрильной
- b. умеренной постоянной лихорадкой
- c. высокой лихорадкой
- d. гиперпиретической

36.В НОРМЕ ОБЫЧНО ПАЛЬПИРУЮТСЯ ЛИМФОУЗЛЫ:

- a. надключичные
- b. подключичные с. подмышечные
- d.локтевые
- e. подколенные

37.ЛИХОРАДКА С СУТОЧНЫМИ КОЛЕБАНИЯМИ Т° БОЛЕЕ 1°С И УТРЕННИМ МИНИМУМОМ ВЫШЕ 37°С НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. постоянной
- b. послабляющей
- c. перемежающейся d. истощающей
- e. извращенной

38.К ПАЛЬПИРУЕМЫМ ПЕРВИЧНЫМ КОЖНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ С ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ ОТНОСИТСЯ:

- a. розеола
- b. пустула
- c. папула
- d. телеангиоэктаз
- e. волдырь

39.ПРИ НОРМОСТЕНИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ:

- a. туловище относительно длинное, конечности короткие
- b. живот значительных размеров, диафрагма стоит высоко
- c. продольные размеры грудной клетки и живота равны между собой
- d. сердце и паренхиматозные органы относительно малых размеров
- e. кишечник короткий, брыжейка длинная

40.СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА (ОДА) ПРОВОДИТСЯ:

- a. всем пациентам
- b. тем пациентам, у которых в анамнезе есть заболевание ОДА
- c. при наличии жалоб у пациентов на боли и скованность в позвоночнике
- d. при наличии жалоб у пациентов на боли и скованность в суставах
- e. при отсутствии жалоб со стороны ОДА в ходе расспроса пациента

Ответы к тестам

«Общая методика клинического исследования больного (расспрос, общий осмотр)»

1a	11b	21c	31d
2d	12d	22e	32a
3b	13a	23c	33c
4c	14a	24c	34b
5a	15c	25e	35b
6c	16b	26b	36c
7c	17e	27e	37b
8d	18c	28d	38b
9b	19e	29b	39c
10d	20b	30a	40e

2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1.КАК НАЗЫВАЕТСЯ УКРОЧЕННАЯ, РЕЗКО РАСШИРЕННАЯ, БОЧКОВИДНАЯ ГРУДНАЯ КЛЕТКА С ГОРИЗОНТАЛЬНЫМ ХОДОМ РЕБЕР И ВЫСОКОПОДНЯТЫМИ ПЛЕЧАМИ:

- a. паралитическая
- b. эмфизематозная
- c. кифосколиотическая
- d. рахитическая

2.ОДНОЙ ИЗ ЗАДАЧ СОБСТВЕННО ПАЛЬПАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. определение симметричности
- b. определение эластичности
- c. определение параметров дыхания
- d. определение ее дыхательной подвижности
- e. определение типа дыхания

3.ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ ПРИ ПРОХОДИМОМ БРОНХЕ БУДЕТ УСИЛЕНО ПРИ:

- a. воспалительном уплотнении доли легкого

- b. пневмотораксе
- c. гидротораксе
- d. обтурационном ателектазе
- e. эмфиземе легких

4.ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. над полостью, сообщающейся с бронхом
- b. над долевым уплотнением легкого
- c. при повышенной воздушности легких
- d. при гидротораксе

5.ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ (СИЛЬНОЙ) ПЕРКУССИИ ЛЕГКИХ ЗОНА КОЛЕБАНИЙ ПОДЛЕЖАЩИХ ТКАНЕЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В ГЛУБИНУ:

- a. на 1-2см
- b. на 6-7см
- c. на 4см
- d. на 10см

6. КАКОЙ ЗВУК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА НАД ЛЕГКИМИ:

- a. тупой
- b. тимпанический
- c. ясный легочный
- d. коробочный
- e. притупленный легочный

7.ХАРАКТЕР ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ АТЕЛЕКТАЗЕ:

- a. тимпанический
- b. притупленно-тимпанический
- c. коробочный
- d. тупой
- e. ясный легочный

8.КАК ИЗМЕНЯЮТСЯ НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ ПРИ ЭМФИЗЕМЕ:

- a. не изменяются
- b. смещаются вверх
- c. смещаются вниз
- d. не определяются

9.КАК НАЗЫВАЕТСЯ ДЫХАНИЕ, ИМЕЮЩЕЕ ВОЛНООБРАЗНЫЙ ХАРАКТЕР С ЧЕРЕДОВАНИЕМ ПЕРИОДОВ СЛАБОГО ПОВЕРХНОСТНОГО И БОЛЕЕ ГЛУБОКОГО ДЫХАНИЯ:

- a. дыхание Грокка
- b. дыхание Чейна-Стокса
- c. дыхание Куссмауля
- d. дыхание Биота

10. ХАРАКТЕР ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА В ПРОЕКЦИИ ОЧАГОВОГО УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГКОГО:

- a. тимпанический
- b. легочный
- c. коробочный
- d. притупленный

11. РЕЗКО УДЛИНЕННАЯ, УПЛОЩЕННАЯ ГРУДНАЯ КЛЕТКА С ОТСТАЮЩИМИ ЛОПАТКАМИ И РЕЗКО ЗАПАДАЮЩИМИ НАД - И ПОДКЛЮЧИЧНЫМИ ЯМКАМИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. паралитическая
- b. эмфизематозная
- c. кифосколиотическая
- d. рахитическая

12. ПРИ СДАВЛЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПЕРЕДНЕЗАДНЕМ И БОКОВОМ НАПРАВЛЕНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. болезненность
- b. эластичность
- c. симметричность
- d. голосовое дрожание

13. РАВНОМЕРНОЕ ГЛУБОКОЕ, РЕДКОЕ, ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ: а. дыхание Грокка

- b. дыхание Чейна-Стокса
- c. дыхание Куссмауля
- d. дыхание Биота

14. КАКОЙ ВИД ПЕРКУССИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ: а. по Яновскому (постукивание по грудной клетке одним пальцем)

- b. постукивание перкуссионным молоточком по плессиметру
- c. по Образцову (перкуссия II пальцем, соскальзывающим с III)
- d. пальце-пальцевая

15. ЗАДАЧА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ ЛЁГКИХ: а. определить границы легких

- b. определить характер перкуторного звука
- c. определить границы патологического очага
- d. выявить поверхностно расположенные очаги
- e. определить дыхательную подвижность нижнего края легких

16. НАИБОЛЬШАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО КРАЯ ЛЕГКОГО ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. по среднеключичной линии
- b. по передней подмышечной линии
- c. по средней подмышечной линии
- d. по задней подмышечной линии
- e. по лопаточной линии

17. ХАРАКТЕР ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ ГИДРОТОРАКСЕ В ПРОЕКЦИИ ЖИДКОСТИ:

- a. тупой
- b. притупленный
- c. притупленно–тимпанический
- d. коробочный
- e. ясный легочный

18. КАК ИЗМЕНЯТСЯ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ:

- a. сместятся книзу
- b. сместятся кверху
- c. не изменятся
- d. не определяются

19. АБСОЛЮТНАЯ ТУПОСТЬ ПРИ СЛАБОЙ ПЕРКУССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. при эмфиземе легких
- b. над полостью, дренируемой бронхом
- c. при пневмотораксе
- d. при долевым уплотнении легкого

20. ХАРАКТЕР ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ ГИДРОПНЕВМОТОРАКСЕ В ПРОЕКЦИИ ВОЗДУХА:

- a. тимпанический
- b. коробочный
- c. ясный легочный
- d. тупой
- e. притупленно-тимпанический

21. ПРИЗНАК, ПО КОТОРОМУ МОЖНО ОТЛИЧИТЬ ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ:

- a. выслушивается на высоте вдоха
- b. выслушивается только при глубоком выдохе
- c. выслушивается и на вдохе, и на выдохе
- d. выслушивается только при глубоком вдохе

22. ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ С ПРЕРЫВИСТЫМ ВДОХОМ И НЕИЗМЕНЕННЫМ ВЫДОХОМ НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. саккадированным дыханием
- b. усиленным везикулярным дыханием
- c. жестким дыханием
- d. пуэрильным дыханием

23. КРЕПИТАЦИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАЛИЧИИ ЭКССУДАТА В: а. трахее

b. крупных бронхах с. полости плевры d. полости в лёгком e. альвеолах

24. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ: а. в подключичных областях

b. в подмышечных областях

с. в межлопаточной области на уровне III – IV грудных позвонков d. под углами лопаток

25. МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ ВОЗНИКАЮТ В: а. трахее

b. мелких бронхах с. альвеолах

d. средних бронхах e. крупных бронхах

26. ХАРАКТЕР ОСНОВНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ШУМА ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЁГКИХ: а. жесткое везикулярное

b. амфорическое с. бронхиальное

d. ослабленное везикулярное e. дыхание не выслушивается

27. ХАРАКТЕР ОСНОВНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ШУМА ПРИ НАЛИЧИИ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ В ОБЛАСТИ ТУПОГО ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА:

а. ослабленное везикулярное b. дыхание не выслушивается с. бронхиальное

d. амфорическое

e. жесткое везикулярное

28. ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ АТЕЛЕКТАЗЕ: а. влажные хрипы

b. крепитация с. сухие хрипы

d. шум трения плевры e. не выслушиваются

29. ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ: а. влажные среднепузырчатые хрипы

b. влажные крупнопузырчатые хрипы с. крепитация

d. сухие низкие хрипы e. сухие высокие хрипы

30. ОСЛАБЛЕНИЕ БРОНХОФОНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: а. закрытом пневмотораксе

b. долевым уплотнении легкого с сохранённой проходимостью бронха с. повышенной воздушности легких

d. над полостью в легком

31. БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ОБРАЗУЕТСЯ: а. в гортани

b. в трахее с. в бронхах

d. в альвеолах

32. ПОБОЧНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ШУМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ТОЛЬКО НА ВЫСОТЕ ГЛУБОКОГО ВДОХА И НЕ МЕНЯЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ КАШЛЯ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- a. шум трения плевры
- b. сухими хрипами
- c. влажными хрипами
- d. крепитацией

33. ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ПРИ НАЛИЧИИ В МЕЛКИХ БРОНХАХ И БРОНХИОЛАХ ЖИДКОГО СЕКРЕТА:

- a. сухие высокие хрипы
- b. сухие низкие хрипы
- c. крепитация
- d. мелкопузырчатые влажные хрипы
- e. среднепузырчатые влажные хрипы

34. СУХИЕ НИЗКИЕ, БАСОВЫЕ, ГУДЯЩИЕ, ЖУЖЖАЩИЕ ХРИПЫ ВОЗНИКАЮТ:

- a. в мелких бронхах
- b. в средних бронхах
- c. в крупных бронхах
- d. в альвеолах

35. ОСНОВНОЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ШУМ НАД ЖИДКОСТЬЮ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ (НАД ЗОНОЙ ТУПОГО ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА):

- a. ослабленное везикулярное
- b. дыхание не выслушивается
- c. бронхиальное
- d. амфорическое
- e. жесткое везикулярное

36. ХАРАКТЕР ОСНОВНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ШУМА ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ АТЕЛЕКТАЗЕ НИЖНЕЙ ДОЛИ ЛЁГКОГО:

- a. ослабленное везикулярное
- b. дыхание не выслушивается
- c. бронхиальное
- d. амфорическое
- e. жесткое везикулярное

37. ХАРАКТЕР ОСНОВНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ШУМА ПРИ ДОЛЕВОМ УПЛОТНЕНИИ ЛЁГКОГО ПРИ СОХРАННОЙ ПРОХОДИМОСТИ БРОНХА:

- a. ослабленное везикулярное
- b. усиленное везикулярное
- c. не выслушивается
- d. бронхиальное

38. ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ПРИ ЗАКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ:

- a. влажные мелкопузырчатые хрипы
- b. шум трения плевры
- c. влажные среднепузырчатые хрипы
- d. сухие высокие хрипы
- e. не выслушиваются

39.ХАРАКТЕР ОСНОВНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ШУМА ПРИ ГИДРОПНЕВМОТОРАКСЕ В ПРОЕКЦИИ ТИМПАНИЧЕСКОГО ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА:

- a. не выслушивается
- b. бронхиальное
- c. ослабленное везикулярное
- d. жесткое везикулярное
- e. амфорическое

40.ЧТО ТАКОЕ БРОНХОФОНИЯ:

- a. пальпаторное определение проведения голоса на грудную клетку
- b. определение характера основного дыхательного шума
- c. определение проведения голоса на грудную клетку методом аускультации
- d. определение побочных дыхательных шумов

Ответы к тестам

«Методы исследования органов дыхания»

1b	11a	21c	31a
2b	12b	22a	32d
3a	13c	23e	33d
4a	14d	24c	34c
5b	15b	25b	35b
6c	16c	26d	36b
7d	17a	27b	37d
8c	18b	28e	38e
9a	19d	29e	39a
10d	20a	30c	40c

3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

1. ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК ОБУСЛОВЛЕН:

- a. увеличением объема левого желудочка во время его диастолы
- b. сокращением правого желудочка
- c. ударом передней стенки левого желудочка о грудную стенку
- d. ударом правого желудочка о переднюю грудную стенку при его сокращении
- e. растяжением устья аорты при выбросе крови из левого желудочка

2. УСИЛЕННЫЙ И РАЗЛИТОЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ В V и VI МЕЖРЕБЕРЬЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- a. гипертрофии и расширении полости левого предсердия
- b. гипертрофии и расширении полости правого желудочка
- c. скоплении жидкости в полости перикарда

- d. повышении внутрибрюшного давления
- e. гипертрофии и расширении полости левого желудочка

3. ПУЛЬСАЦИЯ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ОБУСЛОВЛЕНА:

- a. аневризмой восходящей части аорты
- b. легочной гипертензией
- c. аневризмой сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда
- d. сокращением правого желудочка
- e. повышением давления в верхней полой вене

4. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПОДЛОЖЕЧНАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:

- a. сокращением правого желудочка
- b. пульсацией нижней полой вены
- c. пульсацией аорты
- d. сокращением левого желудочка
- e. сокращением правого предсердия

5. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ В IV МЕЖРЕБЕРЬЕ ОБРАЗОВАНА:

- a. левым желудочком
- b. аортой
- c. правым предсердием
- d. легочным стволом
- e. левым предсердием

6. ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК ОБРАЗУЕТ КОНТУР ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА В:

- a. III межреберье слева
- b. III, IV межреберьях слева
- c. III, IV, V межреберьях слева
- d. II, III, IV, V межреберьях слева
- e. IV, V межреберьях слева

7. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ В II МЕЖРЕБЕРЬЕ ОБРАЗОВАНА:

- a. правым предсердием
- b. левым предсердием
- c. легочным стволом
- d. аортой
- e. правым желудочком

8. ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ ОБРАЗОВАНА:

- a. правым предсердием
- b. левым предсердием
- c. легочным стволом
- d. аортой
- e. верхней полой веной

9. НОРМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ТАЛИИ СЕРДЦА:

- a. 1 – 2 см
- b. 4 – 4,5 см
- c. 5 – 6 см
- d. 10 – 12 см
- e. 11 – 13 см

10. ПОД МИТРАЛЬНОЙ КОНФИГУРАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ: a.

расширение левой границы сердца за счет левого желудочка
b. уменьшение размера талии сердца

c. расширение левой границы сердца за счет левого предсердия
d. расширение границ сосудистого пучка

11. ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК В НОРМЕ РАСПОЛОЖЕН:

- a. на 1,0 см снаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье
- b. на 1,0 – 1,5 см внутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье
- c. по окологрудной линии в V межреберье
- d. на 1,0 – 1,5 см внутри от левой срединно-ключичной линии в IV межреберье
- e. в III и IV межреберьях слева от грудины

12. СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ВВЕРХ В ЧЕТВЕРТОЕ МЕЖРЕБЕРЬЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- a. гипертрофии и расширению полости левого желудочка
- b. гипертрофии и расширению полости правого желудочка
- c. гипертрофии и расширению полости левого предсердия
- d. повышении внутрибрюшного давления
- e. жидкости в полости перикарда

13. ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ПОДЛОЖЕЧНАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:

- a. передаточной пульсацией брюшной аорты
- b. сокращением правого желудочка
- c. истинной пульсацией печени
- d. гипертрофией левого желудочка
- e. пульсацией чревного ствола

14. СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- a. митрального стеноза
- b. недостаточности аортального клапана
- c. гипертонической болезни
- d. стеноза устья аорты
- e. сужения сонной артерии

15. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ СЕРДЦА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СИЛА ПЕРКУССИИ:

- a. относительная тупость – сильная, абсолютная – слабая
- b. относительная и абсолютная тупость – слабая перкуссия
- c. относительная тупость – слабая, абсолютная – средней силы
- d. относительная и абсолютная тупость – перкуссия средней силы

16. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ В III МЕЖРЕБЕРЬЕ ОБРАЗОВАНА:

- a. легочным стволом
- b. правым желудочком
- c. правым предсердием
- d. левым желудочком
- e. ушком левого предсердия

17. ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ В IV
МЕЖРЕБЕРЬЕ ОБРАЗОВАНА:

- a. аортой
- b. правым желудочком с. правым предсердием d. левым желудочком e. верхней полой веной

18. АБСОЛЮТНАЯ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТЬ – ЭТО ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ ПЕРКУТОРНО: a. ширина сосудистого пучка

- b. проекция сердца на фронтальную плоскость с. проекция сердца на грудную стенку
- d. неприкрытая легкими часть сердца слева от грудины e. поперечный размер сердца

19. ПОПЕРЕЧНИК ОТНОСИТЕЛЬНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ В НОРМЕ
СОСТАВЛЯЕТ:

- a. 9-10 см b. 7-8 см
- c. 14-16 см d. 11-13см e. 13-15 см

20. СМЕЩЕНИЕ ЛЕВОЙ ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ВЛЕВО В IV и V МЕЖРЕБЕРЬЯХ
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- a. гипертрофии и расширении полости левого желудочка b. гипертрофии и расширении полости левого предсердия с. расширении восходящего отдела аорты
- d. гипертрофии и расширении полости правого предсердия e. жидкости в полости перикарда

21. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТОНОВ СЕРДЦА ДОСТАТОЧНО ВЫСЛУШАТЬ:

- a. верхушку сердца, место прикрепления мечевидного отростка к рукоятке грудины b. верхушку сердца, II межреберье слева и справа у края грудины
- c. верхушку сердца, зону Боткина-Эрба
- d. II межреберье у правого края грудины, верхушку сердца
- e. проекцию митрального, трикуспидального, аортального клапанов, клапана легочного ствола

22. ОСЛАБЛЕНИЕ ТОНОВ СЕРДЦА МОЖЕТ БЫТЬ: a. при толстой грудной стенке

- b. при лихорадке
- c. после физической нагрузки d. при тиреотоксикозе
- e. при волнении

23. ПЕРВЫЙ ТОН СЕРДЦА ОБРАЗОВАН: a. захлопыванием

митрального клапана

- b. колебанием кардиогемической системы желудочков в начале систолы
- c. выбросом крови в аорту
- d. ударом верхушки сердца о переднюю грудную стенку
- e. закрытием полулунных клапанов

24. ПЕРВЫЙ ТОН СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ ПРИЗНАКУ:

- a. он громче II на верхушке
- b. он более низкочастотный, чем II
- c. I тон совпадает с пульсом на общей сонной артерии
- d. он тише II на основании сердца
- e. его максимальная громкость в проекции митрального клапана

25. СЛЫШИМЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ПЕРВОГО ТОНА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ:

- a. только первый
- b. только второй
- c. второй и третий
- d. первый и второй
- e. третий и четвертый

26. ВТОРОЙ ТОН СЕРДЦА ОБРАЗОВАН:

- a. захлопыванием клапана аорты
- b. колебанием кардиогемической системы аорты после закрытия полулунных клапанов
- c. захлопыванием клапана легочного ствола
- d. открытием клапана аорты и легочного ствола
- e. колебанием стенки аорты и легочного ствола при выбросе крови из левого желудочка

27. РАСЩЕПЛЕНИЕ ВТОРОГО ТОНА СЕРДЦА В НОРМЕ МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ:

- a. на верхушке сердца
- b. в IV межреберье у левого края грудины
- c. у основания мечевидного отростка
- d. во II межреберье у левого края грудины во время вдоха
- e. во II межреберье у правого края грудины

28. АКЦЕНТ ВТОРОГО ТОНА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ, КОГДА:

- a. II тон на аорте громче II тона на легочном стволе в любом возрасте
- b. на аорте II тон громче I в возрасте старше 30 лет
- c. II тон на аорте громче II тона на лёгочном стволе в возрасте 15-25 лет
- d. II тон на лёгочном стволе громче II тона на аорте в возрасте до 25 лет
- e. II тон на лёгочном стволе громче II тона на аорте в любом возрасте

29. ТРЕТИЙ ТОН СЕРДЦА ОБРАЗОВАН:

- a. колебанием растянутых стенок левого желудочка при систоле предсердий
- b. колебанием кардиогемической системы левого желудочка в результате отдачи от столба крови в аорте
- c. колебанием кардиогемической системы левого желудочка при смене скорости его наполнения с быстрого на медленный во время диастолы
- d. изометрическим сокращением желудочков
- e. колебанием стенок предсердий во время их систолы

30. ПРИ РИТМЕ ГАЛОПА: a. I тон всегда громкий

- b. дополнительный тоном является тон открытия митрального клапана c. имеется расщепление II тона
- d. появляется патологический III или IV тон e. I тон расщеплен

31. ТОНЫ СЕРДЦА ОБРАЗУЮТСЯ:

- a. в момент захлопывания клапанов сердца b. в момент открытия клапанов
- c. при колебании структур сердца после закрытия клапанов

32. ТОНЫ СЕРДЦА МОГУТ БЫТЬ УСИЛЕНЫ ПРИ: a. волнении

- b. сердечной недостаточности c. толстой грудной стенке
- d. эмфиземе легких и оттеснении сердца от передней грудной стенки e. скоплении жидкости в полости перикарда

33. ПЕРВЫЙ НЕСЛЫШИМЫЙ КОМПОНЕНТ ПЕРВОГО ТОНА СЕРДЦА ОБРАЗОВАН: a. асинхронным сокращением мышцы желудочков до закрытия атриовентрикулярных клапанов

- b. захлопыванием атриовентрикулярных клапанов
- c. открытием полулунных клапанов при нарастании давления в левом желудочке d. сокращением левого предсердия
- e. сокращением правого желудочка

34. ТРЕТИЙ КОМПОНЕНТ ПЕРВОГО ТОНА СЕРДЦА ОБРАЗОВАН: a. открытием полулунных клапанов

- b. колебанием кардиогемической системы левого желудочка после отдачи от столба крови в аорте
- c. сокращением левого предсердия
- d. колебанием стенки аорты в начале выброса крови из левого желудочка
- e. колебанием стенки левого желудочка при перепаде давления в нем во время диастолы

35. ПЕРВЫЙ ТОН СЕРДЦА В НОРМЕ ИМЕЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ГРОМКОСТЬ: a. на верхушке сердца

- b. в IV межреберье у левого края грудины c. III межреберье у левого края

- грудины d. II межреберье у левого края грудины
e. II межреберье у правого края грудины

36. ВТОРОЙ ТОН СЕРДЦА В НОРМЕ ГРОМЧЕ ПЕРВОГО ТОНА: а. на верхушке сердца

- b. в IV межреберье у левого края грудины c. во II межреберье у левого края грудины d. у основания мечевидного отростка

37. РАСЩЕПЛЕНИЕ ВТОРОГО ТОНА СЕРДЦА – ЭТО:

a. усиление громкости второго тона на аорте по сравнению с громкостью второго тона на легочном стволе

b. наличие интервала между аортальным и пульмональным компонентами второго тона, который лучше слышен на высоте вдоха

c. усиление громкости второго тона на легочном стволе по сравнению с громкостью второго тона на аорте

d. появление щелчка открытия митрального клапана

e. изменение громкости второго тона на вдохе и выдохе

38. УСИЛЕНИЕ ВТОРОГО ТОНА СЕРДЦА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ЖЕНЩИНЫ 60 ЛЕТ ПО СРАВНЕНИЮ С ГРОМКОСТЬЮ ВТОРОГО ТОНА НА АОРТЕ – ЭТО:

a. является вариантом нормы

b. физиологический акцент второго тона на легочном стволе c. патологический акцент второго тона на легочном стволе d. раздвоение второго тона

e. отсутствие акцента второго тона

39. ВАРИАНТОМ ТРЁХЧЛЕННОГО СЕРДЕЧНОГО РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ: а. расщепление II тона на лёгочной артерии

b. расщепление I тона на верхушке сердца c. появление III или IV тона

40. РИТМ ПЕРЕПЕЛА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ: а. митральном стенозе

b. митральной недостаточности c. аортальном стенозе

d. аортальной недостаточности e. перикардите

41. ШУМ, КОТОРЫЙ ВЫСЛУШИВЕТСЯ КНАРУЖИ ОТ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА НА СТОРОНЕ ПЛЕВРИТА И УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ ДЫХАНИИ НАЗЫВАЕТСЯ:

a. шум трения перикарда

b. плеврокардиальный шум

c. кардиопульмональный шум d. функциональный шум

e. хордальный шум

42. ПУЛЬМОКАРДИАЛЬНЫЙ ШУМ ОТНОСИТСЯ К: а.

внутрисердечным

- b. дыхательным
- c. функциональным d. шумам трения
- e. мышечным

43. К ВНУТРИСЕРДЕЧНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ШУМАМ МОЖНО ОТНЕСТИ: а. шумы при анемии

- b. пульмокардиальный шум с. фистульный шум
- d. плевроперикардиальный шум e. мышечный шум

44. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАЗЫ, В КОТОРОЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ШУМ: а. одновременно с аускультацией пальпируют верхушечный толчок

- b. при аритмии сравнивают продолжительность систолы и диастолы с. оценивают громкость тона, после которого образуется шум
- d. одновременно с аускультацией пальпируют общую сонную артерию e. оценивают высоту тона, после которого образуется шум

45. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ: а. систолический шум на верхушке сердца

- b. акцент II тона на легочной артерии и аорте с. тон открытия митрального клапана
- d. систолический шум во II межреберье справа от грудины e. протодиастолический шум в зоне Боткина-Эрба

46. МЕЗОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ГРУБЫЙ, НО НЕГРОМКИЙ ШУМ НА НЕБОЛЬШОЙ ПЛОЩАДИ ВБЛИЗИ ВЕРХУШКИ СЕРДЦА, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПОСЛЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ТОНА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ:

- a. аортальной недостаточности
- b. недостаточности 3-створчатого клапана с. митральной недостаточности
- d. дефекте межжелудочковой перегородки e. митральном стенозе

47. СЕРДЕЧНЫЙ ШУМ ПРИ МИОКАРДИТЕ ОТНОСИТСЯ К: а. клапанным шумам

- b. мышечным шумам с. хордальным шумам d. шумам сброса
- e. функциональным шумам

48. ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ С ПРОВЕДЕНИЕМ НА СОСУДЫ ШЕИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- a. аортальной недостаточности b. митральной недостаточности с. аортального стеноза
- d. митрального стеноза
- e. трикуспидальной недостаточности

49. ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ШУМ: а. аортальной недостаточности

- б. аортального стеноза
- с. митрального стеноза
- д. митральной недостаточности
- е. трения перикарда

50. В ОБЛАСТИ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ШУМ, ФАЗОВУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КОТОРОГО ТРУДНО ОПРЕДЕЛИТЬ, ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ ЗОНА АУСКУЛЬТАЦИИ ШУМА УМЕНЬШАЕТСЯ. ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ ШУМ:

- а. анемический
- б. плеврокардиальный
- с. пульмокардиальный
- д. трения перикарда
- е. клапанный

51. ШУМ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В ЗОНЕ АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА, УСИЛИВАЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА С НАКЛОНОМ ВПЕРЕД, ВОЗНИКАЕТ В РАЗНЫЕ ФАЗЫ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЭТО ШУМ:

- а. трения перикарда
- б. плевроперикардиальный
- с. кардиопульмональный
- д. функциональный
- е. хордальный

52. ОТЛИЧИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ШУМА ОТ ОРГАНИЧЕСКОГО ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ОН:

- а. постоянный
- б. продолжительный
- с. громкий
- д. не сопровождается другими признаками поражения сердца
- е. имеет большую зону проведения

53. ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНЫХ ШУМОВ ВЫСЛУШИВАЮТ: а. только верхушку сердца, аорту и лёгочный ствол

- б. только всю предсердечную область
- с. предсердечную область и за пределами сердца до исчезновения шума
- д. проекцию всех клапанов сердца

54. ПУЛЬМОКАРДИАЛЬНЫЙ (КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНЫЙ) ШУМ:

- а. выслушивается над абсолютной тупостью сердца
- б. выслушивается снаружи от абсолютной тупости сердца во время вдоха
- с. при выслушивании требует задержки дыхания

55. К ВНУТРИСЕРДЕЧНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ШУМАМ МОЖНО ОТНЕСТИ: а. плевроперикардиальное трение

- б. пульмокардиальный шум
- с. фистульный шум
- д. шум при анемии
- е. мышечный шум

56. ШУМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА МОЖЕТ БЫТЬ: а. мезодиастолическим
б. систоло-диастолическим с. протодиастолическим
д. систолическим

57. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЙ ДУЮЩИЙ ШУМ, НАЧИНАЮЩИЙСЯ ВМЕСТЕ С I ТОНОМ С ПРОВЕДЕНИЕМ В ПОДМЫШЕЧНУЮ ОБЛАСТЬ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

а. аортального стеноза
б. аортальной недостаточности с. митральной недостаточности д. митрального стеноза
е. недостаточности трёхстворчатого клапана

58. НАД АОРТОЙ ПАЛЬПИРУЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ С НИМ СВЯЗАН:

а. шум трения перикарда
б. систолический шум на верхушке с. диастолический шум на аорте
д. систолический шум на аорте е. пульмокардиальный шум

59. ШУМ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ К: а. функциональным шумам
б. клапанным шумам с. мышечным шумам
д. внесердечным шумам

60. У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВПЕРВЫЕ ПОЯВИЛСЯ ОЧЕНЬ ГРУБЫЙ ШУМ, ВЫСЛУШИВАЮЩИЙСЯ НАД ВСЕЙ ПРЕДСЕРДЕЧНОЙ ОБЛАСТИ, ГРОМКСТЬ КОТОРОГО ПЕРИОДИЧЕСКИ МЕНЯЛАСЬ, ХОТЯ ВСЕГДА БЫЛА ОЧЕНЬ БОЛЬШОЙ. ПРИЧИНОЙ ТАКОГО ШУМА МОЖЕТ БЫТЬ:

а. анемия
б. перикардит
с. отрыв сосочковой мышцы д. митральный стеноз
е. аортальный стеноз

61. ДИАСТОЛИЧЕСКОМУ АД (ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ПО КОРОТКОВУ) СООТВЕТСТВУЕТ:

а. появление первого громкого тона над плечевой артерией
б. появление тонов, нарастающих по интенсивности над плечевой артерией
с. появление шумов над плечевой артерией
д. резкое приглушение тонов, появление мягкого дующего звука над плечевой артерией е. исчезновение тонов над плечевой артерией

62. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ РАЗНИЦА В ВЕЛИЧИНЕ АД НА ПЛЕЧЕ И БЕДРЕ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АППАРАТОМ С ОБЫЧНОЙ МАНЖЕТКОЙ:

a. до 10 мм рт.ст. b. до 20 мм рт.ст. c. до 30 мм рт.ст. d. до 25 мм рт.ст. e. до 15 мм рт.ст.

63. ТЕРМИН «PULSUS DIFFERENS» ОБОЗНАЧАЕТ: a. малую величину пульса

b. слабое наполнение пульса c. медленный пульс

d. пульс различной величины на симметричных артериях e. мягкий пульс

64. УКАЖИТЕ МЕСТО АУСКУЛЬТАЦИИ НИСХОДЯЩЕЙ ГРУДНОЙ АОРТЫ: a. во втором межреберье справа от грудины

b. сзади вдоль позвоночника по правой околопозвоночной линии c. на 2 см выше пупка

d. сзади вдоль позвоночника чуть левее от серединой линии e. во втором межреберье слева от грудины

65. АУСКУЛЬТАЦИЮ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРОВОДЯТ: a. сзади вдоль позвоночника справа

b. сзади вдоль позвоночника слева

c. на 2 см выше ключицы и вверх по наружному краю кивательной мышцы d. на 2 см выше ключицы и вверх по внутреннему краю кивательной

мышцы e. в надключичной ямке

66. АРТЕРИЮ ТЫЛА СТОПЫ ИССЛЕДУЮТ: a. по середине стопы

b. по линии, проведенной через середину стопы

c. на линии от середины расстояния между лодыжками к первому межпальцевому промежутку стопы

d. между лодыжками

e. за внутренней лодыжкой

67. В НОРМЕ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ? a. только систолический тон

b. два тона

c. один диастолический тон d. тоны не выслушиваются

e. два тона и систолический шум

68. ВТОРАЯ ФАЗА ЗВУКОВЫХ ЯВЛЕНИЙ, ВЫСЛУШИВАЕМЫХ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД, СООТВЕТСТВУЕТ:

a. появлению шума над плечевой артерией b. появлению тонов над плечевой артерией

c. выраженному ослаблению тонов над плечевой артерией d. полному исчезновению тонов над плечевой артерией

69. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПУЛЬСА: а. УЗДГ

- б. капилляроскопия с. реовазография
- д. плетизмография е. сфигмография

70. ВЕННЫЙ ПУЛЬС В НОРМЕ: а. положительный

- б. неритмичный с. отсутствует
- д. отрицательный

71. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД ПО МЕТОДУ КОРОТКОВА ГОЛОВКУ СТЕТОСКОПА РАСПОЛАГАЮТ:

- а. в проекции локтевой артерии б. в проекции плечевой артерии с. в проекции лучевой артерии д. в проекции яремной вены
- е. в локтевой ямке латерально от сухожилия бицепса

72. КАКАЯ МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ РАЗНИЦА В ВЕЛИЧИНЕ АД НА РУКАХ?

- а. до 10 мм.рт. ст. б. до 20 мм.рт. ст. с. до 5 мм.рт. ст. д. до 15 мм.рт. ст. е. до 25 мм.рт.ст.

73. ПУЛЬС МОЖЕТ БЫТЬ НИТЕВИДНЫМ ПРИ: а. поражении сонных артерий

- б. при большой кровопотере с. повышении АД
- д. недостаточности клапана аорты е. стенозе митрального отверстия

74. АУСКУЛЬТАЦИЮ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРОВОДЯТ: а. от мечевидного отростка до пупка

- б. сзади вдоль позвоночника по правой околопозвоночной линии с. сзади вдоль позвоночника чуть левее от срединной линии
- д. справа от пупка
- е. под мечевидным отростком

75. АУСКУЛЬТАЦИЮ ЧРЕВНОГО СТВОЛА ПРОВОДЯТ:

- а. сзади вдоль позвоночника справа
- б. под мечевидным отростком с. ниже пупка на 2 см
- д. сзади вдоль позвоночника слева е. ниже и левее пупка

76. ЗАДНЮЮ БОЛЬШЕБЕРЦОВУЮ АРТЕРИЮ ПАЛЬПИРУЮТ: а. ниже и позади латеральной лодыжки

- б. по задней поверхности голени с. спереди между лодыжками
- д. по линии, проведенной через середину стопы е. ниже и позади медиальной лодыжки

77. ЧТО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В НОРМЕ НА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ?

а. тоны не выслушиваются

- б. систолический шум с. два тона
- д. один тон
- е. первый, второй тоны и систолический шум

78. ПЯТАЯ ФАЗА ЗВУКОВЫХ ЯВЛЕНИЙ, ВЫСЛУШИВАЕМЫХ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД, СООТВЕТСТВУЕТ:

- а. появлению громких тонов
- б. появлению шумов над артерией с. полному исчезновению тонов
- д. появлению тонов над артерией е. выраженному ослаблению тонов

79. ОДИН ИЗ САМЫХ ТОЧНЫХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ СТЕНОЗОВ АРТЕРИЙ:

- а. пальпация с определением пульсации
- б. измерение АД
- с. ультразвуковая доплерография
- д. контрастная ангиография
- е. сфигмография

80. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ МЕТОД СФИГМОГРАФИИ? а. графическое изображение артериального давления

- б. графическое изображение пульса с. измерение венозного давления
- д. исследование сосудов конъюнктивы глаз

81. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБЦА Р В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ: а. 0,1-0,2 с

- б. 0,12-0,18 с с. 0,04-0,12 с
- д. не более 0,1 с

82. АМПЛИТУДА НОРМАЛЬНОГО ЗУБЦА Р: а. 2 мм

- б. 3 мм с. 4 мм
- д. 5 мм

83. НОРМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Q:

- а. продолжительность более 0,03 с
- б. глубина менее $\frac{1}{4}$ высоты R
- с. глубина более $\frac{1}{4}$ высоты R (кроме aVR)

84. НОРМАЛЬНЫЙ ВОЛЬТАЖ ЭКГ - ЭТО: а. RI 4 мм, RII 3 мм, RIII 2 мм

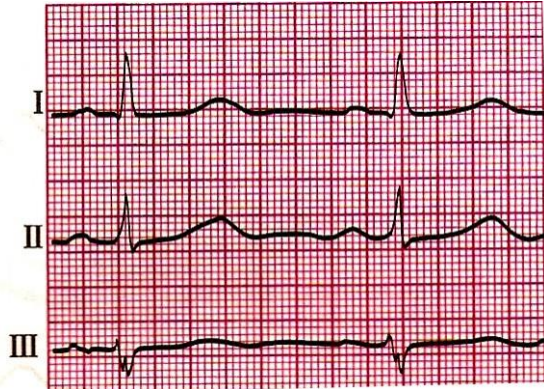
- б. RI 3 мм, RII 4 мм, RIII 1 мм с. RI 8 мм, RII 5 мм, RIII 3 мм
- д. RI 4 мм, RII 3 мм, RIII 1 мм

85. I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ
СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕМУ РАСПОЛОЖЕНИЮ
ЭЛЕКТРОДОВ:

- а. правая рука (-), левая нога (+)
- б. левая рука (-), левая нога (+)
- с. левая нога (-), правая рука (+)
- д. правая рука (-), левая рука (+)
- е. левая рука (-), правая

рука (+)

86. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА:



- a. нормальное
- b. смещение влево с. смещение вправо

87. РАССЧИТАЙТЕ ЧАСТОТУ
СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ. СКОРОСТЬ ДВИЖЕНИЯ
ЛЕНТЫ 50 ММ/СЕК:

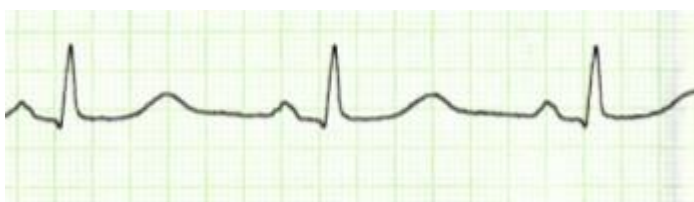


- a. ЧСС = 50 в минуту
- b. ЧСС = 75 в минуту
- c. ЧСС = 86 в минуту
- d. ЧСС = 94 в минуту
- e. ЧСС = 100 в минуту

88. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ СЕРДЦА ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ НА:

- a. ЭКГ
- b. ФКГ
- c. коронарографию
- d. холтеровское мониторирование
- e. эхокардиографию

89. ОБОЗНАЧТЕ ЗУБЦЫ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА:



- a. R
- b. qRS
- c. QS
- d. RS
- e. qR

90. ИНТЕРВАЛ PQ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ: а. 0,06-0,12 с
b. 0,12-0,26 с с. 0,12-0,18 с
d. не более 0,1 с

91. ЗУБЕЦ P ОТРАЖАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ: а. по левому предсердию
b. по желудочкам
с. по атриовентрикулярному узлу d. по правому предсердию
е. по обоим предсердиям

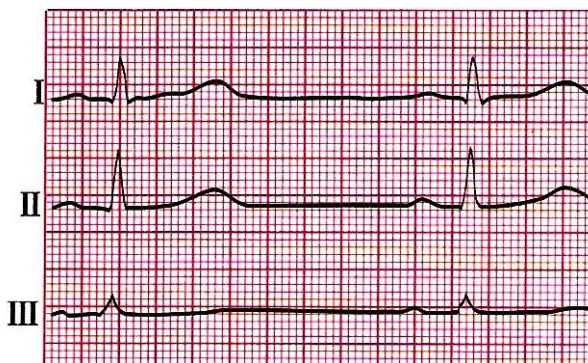
92. ЗУБЕЦ R В ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ: а. самый низкий в V6
b. самый высокий в V3 с. $RV4 > RV5 > RV6$
d. $RV6 > RV5 > RV4$ е. $RV5 > RV4$

93. ЭКГ- ПРИЗНАКИ СИНУСОВОГО РИТМА: а. одинаковая форма зубцов P во всех отведениях
b. одинаковая форма желудочкового комплекса во всех отведениях
с. положительный зубец P перед каждым желудочковым комплексом в II отведении
d. положительный зубец P перед каждым желудочковым комплексом в отведении aVR

94. II СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩЕМУ РАСПОЛОЖЕНИЮ ЭЛЕКТРОДОВ:

- а. правая рука (-), левая рука (+)
b. правая рука (-), левая нога (+)
с. левая рука (-), левая нога (+)
d. левая нога (-), правая рука (+)
е. левая рука (-), правая рука (+)

95. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА:



- а. нормальное
b. смещение влево с. смещение вправо

96. РАССЧИТАЙТЕ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ. СКОРОСТЬ ДВИЖЕНИЯ ЛЕНТЫ 50 ММ/СЕК.



а. ЧСС = 55 в минуту б. ЧСС = 65 в минуту с. ЧСС = 75 в минуту д. ЧСС = 85 в минуту е. ЧСС = 95 в минуту

97. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИКАРДА ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ НА:

- а. велоэргометрию б. ФКГ
- с. эхокардиографию д. коронарографию
- е. холтеровское мониторирование

98. ОБОЗНАЧТЕ ЗУБЦЫ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА:



- а. R
- б. qRS
- с. qR
- д. QS
- е. rS

99. УГОЛ АЛЬФА = 100°. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ: а. нормальная б. горизонтальная с. вертикальная д. отклонена влево е. отклонена вправо

100. УГОЛ АЛЬФА = 60°. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ: а. нормальная б. горизонтальная с. вертикальная д. отклонена влево е. отклонена вправо

Ответы к тестам

«Методы клинического исследования органов кровообращения»

1с	27д	53с	79д
2е	28д	54б	80б
3а	29с	55д	81д

4c	30d	56a	82a
5a	31c	57c	83b
6e	32a	58d	84c
7c	33a	59b	85d
8e	34b	60c	86b
9b	35a	61e	87c
10c	36c	62b	88e
11b	37b	63d	89e
12d	38c	64d	90c
13b	39c	65c	91e
14d	40a	66c	92c
15a	41b	67b	93c
16e	42b	68a	94b
17c	43a	69e	95a
18d	44d	70d	96c
19d	45c	71b	97c
20a	46e	72a	98e
21b	47b	73b	99e
22a	48c	74a	100a
23b	49a	75b	
24c	50d	76e	



4. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЕНКИ, ПОЧЕК И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ЦИСТ

1. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА В ЖАЛОБАМИ НА ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ПОДЛОЖЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРОДОЛЖАЮТ:

- a. с детализации жалоб
- b. со знакомства с пациентом и последовательного расспроса по схеме с.
- c. общего осмотра
- d. с осмотра полости рта и зева
- e. с осмотра и ориентировочной пальпации живота

2. ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА ПОСТОЯННЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ. ВРАЧ ПРОВОДИТ ОРИЕНТИРОВОЧНУЮ ПАЛЬПАЦИЮ ОБЛАСТЕЙ ЖИВОТА В СЛЕДУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ:

3. ВЫПЯЧИВАНИЕ ПУПКА ПРИ НАТУЖИВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О: а. метеоризме

- б. асците
- с. пупочной грыже
- д. повышении внутрибрюшного давления

4. АКТИВНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- а. значительном увеличении печени б. большой селезёнке
- с. беременности
- д. раздражении брюшины
- е. переполненном мочевом пузыре

5. РАСПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬШОЙ КРИВИЗНЫ ЖЕЛУДКА ТОЧНЕЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а. перкуссией
- б. глубокой скользящей пальпацией с. толчкообразной пальпацией
- д. аускультативной перкуссией е. аускультативной аффрикцией

6. ПРАВИЛЬНОЕ НАЗВАНИЕ СПОСОБА ПАЛЬПАЦИИ ВОСХОДЯЩЕЙ И НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНЫХ КИШОК:

- а. глубокая скользящая билатеральная б. глубокая скользящая бимануальная с. глубокая ориентировочная
- д. толчкообразная
- е. глубокая диафрагмально-инспираторная

7. ЗАДАЧА ПОВЕРХНОСТНОЙ СКОльзяЩЕЙ ПАльПАЦИИ ПРИ РАССЛАБЛЕННЫХ ПРЯМЫХ МЫШЦАХ ЖИВОТА:

- а. оценка состояния поверхности увеличенных печени и (или) селезенки
- б. дифференцировать сегменты прямых мышц живота от увеличенных внутренних органов
- с. оценка состояния мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки д. выявление жировиков и грыж белой линии живота
- е. выявление шума трения брюшины

8. АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА ПРОВОДИТСЯ:

- а. после осмотра, ориентировочной пальпации живота и глубокой скользящей пальпации кишечника и желудка
- б. после полного исследования органов брюшной полости методами пальпации и перкуссии
- с. независимо от исследования других органов брюшной полости, но до глубокой скользящей пальпации

9. БОЛЬШУЮ КРИВИЗНУ ЖЕЛУДКА ОРИЕНТИРОВОЧНО МОЖНО НАЙТИ С ПОМОЩЬЮ:

- a. поверхностной ориентировочной пальпации
- b. поверхностной скользящей пальпации
- c. аускультативной перкуссии
- d. бимануальной пальпации

10. ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА ТЯЖЕСТЬ В ЖИВОТЕ, КОТОРЫЙ ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧЕН, ПУПОК ВЫПАЧЕН, БРЮШНАЯ СТЕНКА УПРУГАЯ, НИКАКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ НЕ УДАЁТСЯ, ПРИ ПЕРКУССИИ ВО ВСЕХ ОБЛАСТЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТИМПАНИТ. СИТУАЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- a. значительного увеличения печени и селезёнки
- b. выраженного общего ожирения
- c. гигантской кисты в брюшной полости
- d. асцита
- e. метеоризма

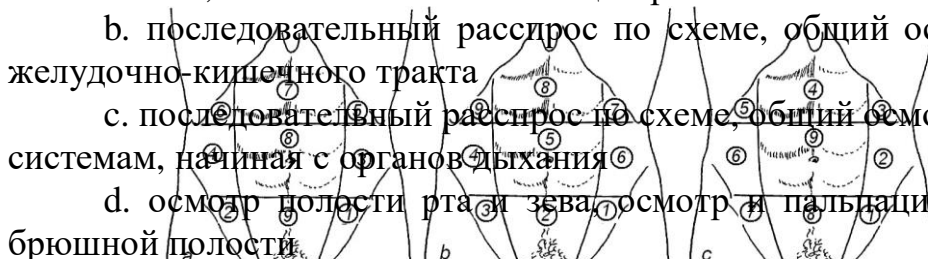
11. ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА ПОСТОЯННЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ. ВРАЧ ОБСЛЕДУЕТ ЕГО ПО СЛЕДУЮЩЕМУ ПЛАНУ: а. детализация жалоб, общий осмотр, исследование по системам, начиная с системы пищеварения

b. последовательный расспрос по схеме, общий осмотр, исследование желудочно-кишечного тракта

c. последовательный расспрос по схеме, общий осмотр, исследование по системам, начиная с органов дыхания

d. осмотр полости рта и зева, осмотр и пальпация живота и органов брюшной полости

e. осмотр и ориентировочная пальпация живота, исследование органов брюшной полости



12. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОВЕРХНОСТНОЙ ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. размером живота
- b. раз и навсегда установленным порядком
- c. жалобами больного на боль в какой-либо области живота
- d. частотой прощупываемости разных отделов толстой кишки

13. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЖАЛОБ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ БОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНА СЛЕДУЮЩАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОВЕРХНОСТНОЙ ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА:

14. ДИАСТАЗ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА ВСЕГДА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ:

- a. одного осмотра
- b. осмотра и толчкообразной пальпации
- c. осмотра и поверхностной скользящей пальпации при напряжённых прямых мышцах живота
- d. поверхностной скользящей пальпацией при расслабленных прямых мышцах живота

15. ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ НАЧИНАЕТСЯ С:

- a. выявления основных жалоб
- b. выявления жалоб, типичных для поражения желудочно-кишечного тракта
- c. осмотра полости рта и зева
- d. осмотра живота в разных положениях пациента
- e. ориентировочной пальпации живота



16. ОБЩАЯ ПАССИВНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЖИВОТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- a. перитоните
- b. гепатоспленомегалии
- c. большом асците
- d. большой кисте поджелудочной железы

17. ЯСНЫЙ ТИМПАНИТ В НАДЛОННОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИНЫ, НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЮЩЕЙ ЖАЛОБ, МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН:

- a. наполненным мочевым пузырём
- b. увеличенной маткой
- c. петлями тонких кишок
- d. кистой яичника
- e. сигмовидной кишкой

18. БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА СИЛЬНУЮ БОЛЬ ПОД МЕЧЕВИДНЫМ ОТРОСТКОМ С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ. ОТМЕТЬТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА:

19. СГЛАЖЕННЫЙ ПУПОК У ИСТОЩЁННОГО ПАЦИЕНТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- a. вздутии желудка
- b. наличии асцита
- c. выраженном кишечном метеоризме
- d. пупочной грыже
- e. очень тонком слое подкожного жира

20. ОТПЕЧАТКИ ЗУБОВ ПО КРАЯМ ЯЗЫКА МОГУТ ОБЪЯСНИТЬ:

- a. заболеванием дёсен (гингивитом)
- b. вариантом нормы
- c. гипертрофией сосочков языка
- d. отёком языка
- e. кандидозом слизистой полости рта

21. ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНО-ИНСПИРАТОРНОЙ БИМАНУАЛЬНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ПРАВАЯ ПОЧКА ОПУСКАЕТСЯ НА ОДНУ ТРЕТЬ, УДЕРЖАТЬ ЕЕ МЕЖДУ ПАЛЬЦАМИ ДВУХ РУК НЕ УДАЕТСЯ, ОНА ВЫСКАЛЬЗЫВАЕТ ВВЕРХ. СТЕПЕНЬ ОПУЩЕНИЯ ПОЧКИ

- a. первая
- b. вторая
- c. третья

22. СВОЙСТВА НОРМАЛЬНОГО КРАЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНО-ИНСПИРАТОРНОЙ ПАЛЬПАЦИИ:

- a. острый, тонкий, мягкий
- b. закругленный, утолщенный, упругий
- c. закруглённый, утолщенный, плотный
- d. острый, тонкий, фестончатый
- e. острый, плотный, фестончатый

23. СИЛА ПЕРКУССИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ ПО КУРЛОВУ:

- a. сильная
- b. средней силы
- c. слабая

24. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БОЛЬШОГО ОБЪЁМА СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. осмотр и ориентировочная пальпация
- b. перкуссия живота в разных положениях больного
- c. метод выявления флюктуации
- d. толчкообразная пальпация

- e. пальпация в разных положениях больного

25. ЗАДАЧА ПАЛЬПАЦИИ ПЕЧЕНИ НЕПОДВИЖНОЙ РУКОЙ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- a. трения брюшины
- b. подвижности передненижнего края печени
- c. локальной болезненности
- d. местной резистентности
- e. консистенции печени

26. В ЛЕВОМ ВЕРХНЕМ КВАДРАНТЕ ЖИВОТА ИМЕЕТСЯ ЗОНА ПАССИВНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ. ЕСЛИ ОНА ОБУСЛОВЛЕНА УВЕЛИЧЕННОЙ СЕЛЕЗЕНКОЙ, ТО:

- a. между органом и реберной дугой удается ввести пальцы пальпирующей руки
- b. над ней определяется тимпанический звук
- c. у селезенки имеется округлый контур с утолщенным краем
- d. она смещается вертикально: при вдохе вниз, при выдохе вверх
- e. при бимануальной пальпации определяется поясничный контакт

27. ПРИ БЫСТРОМ УВЕЛИЧЕНИИ ПЕЧЕНИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ПАЛЬПАЦИЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- a. мышечное напряжение
- b. общая пассивная резистентность живота при его существенном увеличении
- c. отсутствие болезненности ниже правой реберной дуги и в подложечной области
- d. пассивная резистентность и болезненность в правой подреберной и подложечной областях
- e. трение брюшины

28. БОЛЕЗНЕННОСТЬ МОЧЕТОЧНИКОВЫХ ТОЧЕК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. глубокой скользящей пальпацией
- b. проникающей пальпацией
- c. постукиванием кончиком пальца по передней брюшной стенке в проекции мочеточников

29. ЗАДАЧА ДИАФРАГМАЛЬНО-ИНСПИРАТОРНОЙ ПАЛЬПАЦИИ СУЩЕСТВЕННО УВЕЛИЧЕННОЙ СЕЛЕЗЕНКИ:

- a. определение нижней границы для определения размеров
- b. определение характера поверхности
- c. определение инспираторной подвижности и оценка состояния её передненижнего края
- d. выявление пульсации при большой артерио-венозной ангиоме
- e. выявление трения брюшины

30. ЛЕВАЯ ПОЧКА УВЕЛИЧЕНА, ХОРОШО ПАЛЬПИРУЕТСЯ:

- a. в положении больного лёжа на спине она смещается при вдохе вниз и медиально
- b. при бимануальной толчкообразной пальпации баллотирование отсутствует
- c. выслушивается шум трения брюшины
- d. при перкуссии над ней не может определяться тимпанит
- e. на её поверхности могут пальпироваться кишки

31. ЗАДАЧЕЙ ПОВЕРХНОСТНОЙ СКОльзящей ПАЛЬПАЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ, ВЫСТУПАЮЩЕЙ НИЖЕ РЕБЕРНОЙ ДУГИ, ЯВЛЯЕТСЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- a. размеров селезенки
- b. локальной болезненности с. местной резистентности
- d. характера поверхности, наличия вырезок

32.ЗАДАЧЕЙ ТОЛЧКООБРАЗНОЙ ПАЛЬПАЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. точное нахождение края органа, найденного ниже реберной дуги во время поверхностной ориентировочной пальпации

- b. оценка консистенции и состояния поверхности органа с. определение свойств края органа
- d. определение степени инспираторной подвижности органа е. выявление трения брюшины

33.МАКСИМАЛЬНАЯ ИНСПИРАТОРНАЯ ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО КРАЯ ПЕЧЕНИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- a. 14 см b. 10 см с. 5 см d. 4 см е. 2 см

34.ЗАДАЧЕЙ АУСКУЛЬТАЦИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- a. шума трения брюшины b. шума трения плевры
- c. кишечных шумов d. крепитации
- e. проведения сердечных звуков

35.ЗАДАЧЕЙ ПАЛЬПАЦИИ СЕЛЕЗЁНКИ НЕПОДВИЖНОЙ РУКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- a. локальной болезненности b. трения брюшины
- c. подвижности передненижнего края d. местной резистентности
- e. консистенции

36.СИЛА ПЕРКУССИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РАЗМЕРОВ СЕЛЕЗЕНКИ, НЕ ВЫСТУПАЮЩЕЙ НИЖЕ РЕБЕРНОЙ ДУГИ:

- a. слабая
- b. средней силы с. сильная

37.ДЛЯ ПАЛЬПИРУЮЩЕЙСЯ НИЖЕ РЕБЕРНОЙ ДУГИ УВЕЛИЧЕННОЙ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНО:

- a. неровный край, плотная консистенция b. тупой перкуторный звук
- c. между органом и реберной дугой не удаётся ввести пальцы пальпирующей руки d. при вдохе она смещается вниз и медиально
- e. при бимануальной пальпации имеется поясничный контакт

38.МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ПЕРЕПОЛНЕН:

- a. его верхняя граница может находиться выше пупка b. объём его не изменяется после удаления мочи

- c. над ним определяется тимпанит
- d. он может смещаться в стороны вместе с брюшной стенкой e. между ним и лоном определяется полоса тимпанита

39. ПРИБОРОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НИЖНЕЙ ГРАНИЦЫ БОЛЬШОЙ СЕЛЕЗЁНКИ С ЦЕЛЮЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕЁ РАЗМЕРОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПАЛЬПАЦИЯ:

- a. толчкообразная
- b. диафрагмально-инспираторная c. поверхностная скользящая
- d. глубокая скользящая e. неподвижной рукой

40. МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. перкуторно в положении больного лёжа на спине, затем стоя
- b. перкуторно в положении больного лёжа на спине, затем в положении на боку c. перкуторно в положении больного в колено-локтевом положении
- d. методом постукивания с одной стороны и пальпации неподвижной рукой – с другой e. путём выявления флюктуации

Ответы к тестам

«Методы исследования органов пищеварения, печени, селезенки, почек и мочевыделительных путей»

1a	11c	21a	31d
2d	12c	22a	32a
3c	13a	23c	33d
4d	14c	24b	34a
5b	15c	25a	35b
6b	16c	26c	36a
7a	17e	27d	37e
8c	18c	28b	38d
9c	19e	29c	39a
10e	20d	30e	40c

5. СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ СЧИТАЕТСЯ НАЛИЧИЕ В МОКРОТЕ КРОВИ ОБЪЕМОМ:

- a. 25 мл b. 35 мл c. 45 мл d. 55 мл

2. ПРИ СИНДРОМЕ УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ С СОХРАНЕННЫМ ПРОСВЕТОМ БРОНХОВ ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ:

- a. не изменено
- b. ослаблено
- c. усилено
- d. не определяется

3. ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- a. пневмосклерозе
- b. бронхиальной астме
- c. отеке лёгких
- d. полости в лёгких
- e. пневмотораксе

4. ПРИ СИНДРОМЕ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗДУШНОСТИ ЛЁГКИХ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК:

- a. ясный легочный
- b. коробочный
- c. притупленный
- d. тупой

5. ПРИ СИНДРОМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЧАСТО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ:

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

6. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ЦИАНОЗ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:

- a. артериовенозном шунте между легочным стволом и аортой
- b. снижении содержания кислорода во вдыхаемом воздухе
- c. правожелудочковой недостаточности
- d. ослаблении вентиляции альвеол

7. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВСТРЕЧАЕТСЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ:

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

8. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. спирография
- b. спирометрия
- c. пневмотахометрия
- d. пикфлоуметрия

9. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ СКОПЛЕНИЯ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

- a. влажные разнокалиберные хрипы
- b. сухие свистящие хрипы

- c. крепитация
- d. шум трения плевры
- e. дыхательные шумы отсутствуют

10. ПРИ СИНДРОМЕ УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ВСЛЕДСТВИЕ АТЕЛЕКТАЗА ИЗ-ЗА ОБТУРАЦИИ БРОНХА ПЕРКУТОРНО НАД ПОРАЖЕННОЙ ДОЛЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

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

11. ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ:

- a. кровь темно – алого цвета или цвета «кофейной гущи», сгустками, кислой реакции b. кровь алого цвета, пенистая, щелочной реакции
- c. кровь темно – красного цвета, с кислым запахом
- d. кровь выделяется при сплевывании, видна на задней стенке глотки при осмотре полости рта

12. РЕСТРИКТИВНЫЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- a. сдавлении дыхательных путей извне b. экспираторном коллапсе бронхов
- c. спазме гладкой мускулатуры бронхов d. пневмосклерозе

13. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ НАД ПОЛОСТЬЮ В ЛЁГКОМ, ДРЕНИРУЕМОЙ ЧЕРЕЗ БРОНХ:

- a. влажные разнокалиберные хрипы b. сухие свистящие хрипы
- c. крепитация
- d. шум трения плевры

14. ПРИ СИНДРОМЕ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗДУШНОСТИ ЛЁГКИХ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. везикулярное дыхание b. бронхиальное дыхание
- c. жесткое везикулярное дыхание
- d. ослабленное везикулярное дыхание e. амфорическое дыхание

15. 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

16.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

17.ПРИ СИНДРОМЕ УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ВСЛЕДСТВИЕ АТЕЛЕКТАЗА ИЗ-ЗА ОБТУРАЦИИ НИЖНЕДОЛЕВОГО БРОНХА ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ НАД ПОРАЖЕННОЙ ДОЛЕЙ:

- a. не изменено
- b. не определяется
- c. ослаблено
- d. усилено

18.ХАРАКТЕР ОСНОВНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ШУМА НАД ПОЛОСТЬЮ В ЛЁГКОМ, ДРЕНИРУЕМОЙ ЧЕРЕЗ БРОНХ:

- a. ослабленное везикулярное
- b. усиленное везикулярное
- c. дыхательные шумы отсутствуют
- d. бронхиальное
- e. саккодированное

19.ПРИ СИНДРОМЕ СКОПЛЕНИЯ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. везикулярное дыхание
- b. ослабленное везикулярное дыхание
- c. отсутствие дыхательных шумов
- d. бронхиальное дыхание
- e. саккодированное дыхание

20. «ЗВУК ПАДАЮЩЕЙ КАПЛИ» ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ МОЖНО УСЛЫШАТЬ ПРИ:

- a. бронхообструктивном синдроме
- b. скопления жидкости в плевральной полости
- c. полости в легком с неровными стенками
- d. уплотнения легочной ткани при проходимых бронхах

21.ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПНЕВМОНИИ:

- a. острое заболевание с признаками поражения верхних дыхательных путей
- b. острое инфекционное заболевание легочной паренхимы
- c. острое заболевание с признаками поражения крупных бронхов
- d. острое заболевание с признаками поражения средних бронхов
- e. острое заболевание с признаками поражения мелких бронхов

22.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ВОЗБУДИТЕЛЬ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ:

- a. вирусы
- b. стафилококки
- c. легионеллы

- d. хламидии
- e. стрептококки

23. ОБРАЗОВАНИЕ ПОЛОСТЕЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ:

- a. пневмококк
- b. стафилококк
- c. легионелла
- d. микоплазма
- e. грамотрицательные анаэробы

24. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ, ТУПОСТЬ, БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ НАД ЗОНОЙ ПОРАЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. крупозной пневмонии в фазе гиперемии
- b. крупозной пневмонии в фазе опеченения
- c. крупозной пневмонии в фазе разрешения
- d. очаговой пневмонии
- e. экссудативного плеврита

25. ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ: КОЛИЧЕСТВО 35 мл, РЖАВЫЙ ЦВЕТ, ХАРАКТЕР ФИБРИНОЗНО-ГНОЙНЫЙ, ВЯЗКАЯ, ЛЕЙКОЦИТЫ 10 – 15, ЭРИТРОЦИТЫ – ЕДИНИЧНЫЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, СИДЕРОФАГИ. УКАЗАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. абсцесса легкого
- b. отека легких
- c. очаговой пневмонии
- d. крупозной пневмонии
- e. бронхиальной астмы

26. ПРИСТУПЫ ЭКСПИРАТОРНОГО УДУШЬЯ, СУХОЙ КАШЕЛЬ, ДИСТАНЦИОННЫЕ ХРИПЫ, СУХИЕ ВЫСОКИЕ ХРИПЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. острого катарального бронхита
- b. хронического бронхита
- c. экссудативного плеврита
- d. очаговой пневмонии
- e. бронхиальной астмы

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. кашель со слизистой мокротой
- b. приступы удушья с затрудненным вдохом
- c. приступы удушья с затрудненным выдохом
- d. приступы удушья смешанного характера
- e. дистанционные хрипы

28. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. рентгенография легких
- b. спирография
- c. общий анализ мокроты
- d. подсчет частоты дыхания
- e. бактериологическое исследование мокроты

29. РЕСТРИКТИВНЫМ НАРУШЕНИЯМ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО

ДЫХАНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ ДАННЫЕ СПИРОГРАММЫ:

- a. ЖЕЛ, ФЖЕЛ и объем форсированного выдоха за 1 сек – снижены
- b. ЖЕЛ и ФЖЕЛ – в норме. Объем форсированного выдоха за 1 сек, пиковая скорость выдоха – снижены
- c. ЖЕЛ и ФЖЕЛ, снижены. Объем форсированного выдоха за 1 сек, пиковая скорость выдоха – в норме
- d. ЖЕЛ и ФЖЕЛ – увеличены. Объем форсированного выдоха за 1 сек, пиковая скорость выдоха – в норме

30. ТУПОЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ОТСУТСТВИЕ ОСНОВНЫХ И ПОБОЧНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ В ПОДЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: а. долевой пневмонии

- b. очаговой пневмонии
- c. сухого плеврита
- d. экссудативного плеврита
- e. острого бронхита

31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ:

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

32. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ: а. пневмококки

- b. стафилококки
- c. легионеллы
- d. хламидии
- e. синегнойная палочка

33. СУХОЙ КАШЕЛЬ, ОЗНОБ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 39-40°C, ПРИТУПЛЕНО-ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ, КРЕПИТАЦИЯ НАД ЗОНОЙ ПОРАЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. крупозной пневмонии в фазе гиперемии
- b. крупозной пневмонии в фазе опеченения
- c. крупозной пневмонии в фазе разрешения
- d. очаговой пневмонии
- e. экссудативного плеврита

34. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. общий анализ мокроты
- b. общий анализ крови
- c. рентгеновское исследование легких
- d. спирография
- e. бактериологическое исследование мокроты

35. ПРИТУПЛЕННЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ, ЗВУЧНЫЕ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ

ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. сухого плеврита
- b. экссудативного плеврита с. очаговой пневмонии
- d. крупозной пневмонии e. хронического бронхита

36. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

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

37. ПРИТУПЛЕННЫЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ЖЕСТКОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ, МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ, КРЕПИТАЦИЯ НАД ЗОНОЙ ПОРАЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. крупозной пневмонии в фазе гиперемии b. крупозной пневмонии в фазе опеченения
- c. крупозной пневмонии в фазе разрешения d. экссудативного плеврита

38. УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ: a. ЖЕЛ, ФЖЕЛ и объем форсированного выдоха за 1 сек – снижены

b. ЖЕЛ, ФЖЕЛ – в норме. Объем форсированного выдоха за 1 сек и пиковая скорость выдоха – снижены

c. ЖЕЛ и ФЖЕЛ – снижены. Объем форсированного выдоха за 1 сек и пиковая скорость выдоха – в норме

d. ЖЕЛ, ФЖЕЛ, объем форсированного выдоха за 1 сек и пиковая скорость выдоха – снижены

39. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОКРОТЫ: КОЛИЧЕСТВО 300 МЛ, ЦВЕТ РОЗОВАТЫЙ, ХАРАКТЕР СЕРОЗНЫЙ, ЖИДКАЯ С ПУЗЫРЬКАМИ ВОЗДУХА, ЛЕЙКОЦИТЫ, КЛЕТКИ ЭПИТЕЛИЯ ЕДИНИЧНЫЕ, ЭРИТРОЦИТЫ – 15 – 20 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ОБНАРУЖЕНЫ СИДЕРОФАГИ. УКАЗАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: a. абсцесса легкого

b. отека легких

c. очаговой пневмонии d. крупозной пневмонии e. острого бронхита

40. ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ: СКУДНАЯ, БЕСЦВЕТНАЯ, СЛИЗИСТАЯ, ПРИ МИКРОСКОПИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СПИРАЛИ КУРШМАНА, КРИСТАЛЛЫ ШАРКО-ЛЕЙДЕНА, ЭОЗИНОФИЛЫ. ДАННЫЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

a. абсцесса легкого b. отека легких

c. очаговой пневмонии d. крупозной пневмонии e. бронхиальной астмы

Ответы к тестам

«Симптоматология заболеваний органов дыхания»

1d	11b	21b	31c
2c	12d	22e	32a
3b	13a	23b	33a
4b	14d	24b	34c
5d	15c	25d	35c
6c	16d	26e	36c
7c	17b	27c	37c
8a	18d	28b	38b
9e	19c	29c	39b
10d	20c	30d	40e

6. СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

1. 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

2. 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

3. 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

d. сглаженную талию сердца, диастолическое дрожание e. систолический шум на аорте

4. КОЛЮЩИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА ПРИ ВОЛНЕНИИ И ПЕРЕУТОМЛЕНИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. инфаркта миокарда b. стенокардии
- c. кардиалгии
- d. левопредсердной недостаточности e. миокардита

5. ВЫСОКОЕ АД НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ И НИЗКОЕ АД НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- a. вазоренальной гипертонии
- b. синдроме верхней полой вены c. стенозе сонных артерий
- d. синдроме нижней полой вены e. коарктации аорты

6. ПРИ СИНДРОМЕ ДУГИ АОРТЫ ПОРАЖАЮТСЯ:
- a. сонные артерии
 - b. брюшная аорта
 - c. почечные артерии d. бедренные артерии
 - e. подвздошные артерии

7. ПРИ ОККЛЮЗИОННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- a. гипотрофия мышц конечностей b. отеки конечностей
- c. гангрена дистальных отделов конечностей d. бледность конечностей
- e. отсутствие пульса на конечностях

8. ДЛЯ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО: a. увеличение селезенки

- b. систолический шум над подвздошными артериями c. увеличение печени
- d. неустойчивость стула, боли в животе
- e. расширение вен передней брюшной стенки

9. НИТЕВИДНЫЙ ПУЛЬС МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ: a. поражении сонных артерий

- b. повышении АД
- c. синдроме верхней полой вены d. коллапсе
- e. сердечной недостаточности

10. ДЛЯ ОККЛЮЗИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ОБЛАСТИ БИФУРКАЦИИ ХАРАКТЕРНО: a. повышение АД на верхних конечностях

- b. отеки нижних конечностей c. цианоз нижних конечностей
- d. повышение АД на нижних конечностях e. перемежающаяся хромота

11. ВНЕЗАПНАЯ СЛАБОСТЬ, ХОЛОДНЫЙ ПОТ, ПОНИЖЕНИЕ АД,

НИТЕВИДНЫЙ ПУЛЬС, - ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМАМИ:

- a. стенокардии
- b. стеноза сонных артерий с. коарктации аорты
- d. сосудистой недостаточности e. сердечной недостаточности

12. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОЙ
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. приступ стенокардии b. сердечная астма
- c. нарушение сердечного ритма d. потеря сознания
- e. гидроторакс

13. ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ С ИРРАДИАЦИЕЙ В
ЛЕВУЮ РУКУ, ОКОЛО ЧАСА, БЕЗ ЭФФЕКТА ОТ ПРИЕМА
НИТРОГЛИЦЕРИНА ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМАМИ:

- a. артериальной гипертензии b. стенокардии
- c. кардиалгии
- d. острой сосудистой недостаточности

е. инфаркта миокарда

14. АД НА РУКАХ 140/95 мм.рт.ст. – ЭТО: а. нормальное АД
б. изолированная систолическая артериальная гипертензия с. артериальная гипертензия
d. оптимальное АД
е. артериальная гипотензия

15. ДЛЯ СИНДРОМА ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРНО: а. носовые, пищеводные, трахеальные кровотечения
б. повышение систолического ад на нижних конечностях с. отечность нижних конечностей
d. цианоз нижних конечностей
е. расширение подкожных вен одновременно на шее, верхних, нижних конечностях

16. ДЛЯ СИНДРОМА КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ХАРАКТЕРНО: а. артериальная гипертония на нижних конечностях
б. артериальная гипотония на верхних конечностях с. артериальная гипертония на верхних конечностях d. гипотрофия верхних конечностей
е. снижение пульсации артерий на верхних конечностях

17. ДЛЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ХАРАКТЕРНО: а. отеки на нижних конечностях
б. снижение пульсации на нижних конечностях с. лейкоцитурия
d. отсутствие мочи
е. систолический шум над почечными артериями

18. СИНДРОМ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОККЛЮЗИИ: а. бедренных артерий
б. подвздошных артерий с. почечных артерий
d. нисходящей грудной аорты е. мезентериальных артерий

19. АКРОЦИАНОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ: а. при анемии
б. при двусторонней пневмонии
с. при правожелудочковой недостаточности d. при острой сосудистой недостаточности е. при стенокардии

20. ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА «ВОЛЧКА» НАД ЯРЕМНЫМИ ВЕНАМИ СВЯЗАНО: а. с повышением АД
б. с повышением вязкости крови с. с ускорением кровотока
d. с понижением АД
е. со снижением скорости кровотока

21. СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ – ЭТО:

- a. отрицательный Р во II отведении, ЧСС=110 в мин
- b. положительный Р во II отведении, ЧСС=85 в мин
- c. отсутствие Р во II отведении, ЧСС=100 в мин
- d. положительный Р во II отведении, ЧСС=95 в мин

22. ДЕФОРМАЦИЯ И РАСШИРЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ БЕЗ ЗУБЦА Р ПЕРЕД НИМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. пароксизмальной желудочковой тахикардии
 - b. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
 - c. мерцательной аритмии
 - d. предсердной экстрасистолии
 - e. желудочковой экстрасистолии
- НЕКОТОРЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НА ФОНЕ СИНУСОВОГО РИТМА

23. ЭКГ- ПРИЗНАКИ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ:

- a. положительный Р во II отведении и нерегулярный ритм
- b. наличие нерегулярных волн f с частотой 350-700 в минуту
- c. наличие регулярных волн F с частотой 200-400 в минуту
- d. положительный Р во II отведении, ЧСС=120 в мин
- e. ритм синусовый, выпадение желудочковых комплексов

24. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НА ЭКГ:

- a. ритм синусовый, выпадение желудочковых комплексов
- b. отсутствие зубца Р, нерегулярные волны f с частотой 350-700 в минуту
- c. наличие регулярных волн F с частотой

200-400 в минуту

d. положительный Р во II отведении, RR различаются на 0,15 с е.
положительный Р во II отведении, ЧСС=120 в мин

25. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА I СТЕПЕНИ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ: а. удлинением интервала PQ более 0,2 с

б. выпадением желудочковых комплексов

с. наличием периодов Самойлова-Венкебаха

д. полным разобщением деятельности предсердий и желудочков е.
отсутствием зубца Р

26. ПОЛНОЕ РАЗОБЩЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕДСЕРДИЙ И
ЖЕЛУДОЧКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

а. атриовентрикулярной блокады I степени б. атриовентрикулярной
блокады II степени с. атриовентрикулярной блокады III степени д.
мерцательной аритмии

е. трепетания предсердий

27. ИЗМЕНЕНИЯ НА ДАННОЙ ЭКГ СООТВЕТСТВУЮТ:



а. трепетанию предсердий б. мерцательной аритмии

с. желудочковой экстрасистолии

д. атриовентрикулярной блокаде I степени е. атриовентрикулярной
блокаде II степени

28. НА ДАННОЙ ЭКГ ИМЕЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ РИТМА В ВИДЕ:



а. пароксизмальной желудочковой тахикардии б. желудочковой
экстрасистолии

с. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии д.
атриовентрикулярной блокады II степени

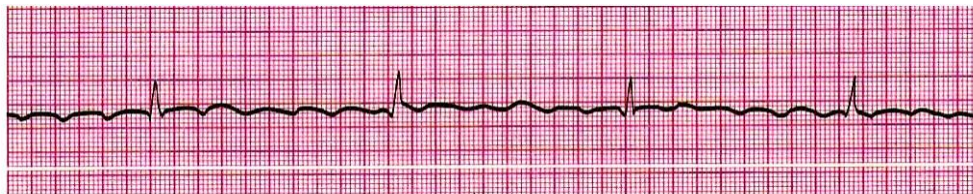
е. предсердной экстрасистолии

29. НА ДАННОЙ ЭКГ ИЗОБРАЖЕНА:



- а. предсердная экстрасистолия
- б. синусовая аритмия
- с. синусовая брадикардия
- д. мерцательная аритмия
- е. желудочковая экстрасистолия

30. НА ДАННОЙ ЭКГ ИМЕЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ:



- а. пароксизмальной желудочковой тахикардии
- б. желудочковой экстрасистолии
- с. предсердной экстрасистолии
- д. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- е. трепетания предсердий

31. СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ – ЭТО:

- а. положительный Р во II отведении, ЧСС=65 в мин
- б. положительный Р во II отведении, ЧСС=55 в мин
- с. отсутствие Р во II отведении, ЧСС=60 в мин
- д. отрицательный Р во II отведении, ЧСС=50 в мин

32. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ХАРАКТЕРНО: а. деформация и расширение желудочкового комплекса

- б. наличие перед желудочковой экстрасистолой зубца Р
- с. наличие двухфазного расширенного зубца Р
- д. преждевременное появление зубца Р, комплекс QRS не изменен
- е. появление патологического зубца Q

33. ВНЕЗАПНО НАЧАВШИЙСЯ ПРИСТУП УЧАЩЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ В ВИДЕ: ЧСС=180 В МИНУТУ, ЖЕЛУДОЧКОВЫЙ КОМПЛЕКС ДЕФОРМИРОВАН, ОДИНАКОВЫЕ RR ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- а. синусовой тахикардии
- б. пароксизмальной желудочковой тахикардии
- с. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- д. мерцательной аритмии
- е. трепетания предсердий

34. ДЛЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ХАРАКТЕРНО: а. деформация комплекса QRS

б. положительный Р во II отведении и нерегулярный ритм с. отсутствие зубца Р и нерегулярный ритм

д. преждевременное появление зубца Р е. отрицательный Р во II отведении

35. ВЫПАДЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ СИНУСОВОМ РИТМЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

а. мерцательной аритмии б. трепетания предсердий
с. атриовентрикулярной блокады I степени д. атриовентрикулярной блокады II степени е. атриовентрикулярной блокады III степени

36. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

а. выпадением отдельных желудочковых комплексов
б. удлинением интервала PQ более 0,2 с
с. наличием периодов Самойлова-Венкебаха
д. полным разобщением деятельности предсердий и желудочков е. отсутствием зубца Р и нерегулярным ритмом

37. НАРУШЕНИЕ РИТМА НА ДАННОЙ ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ:



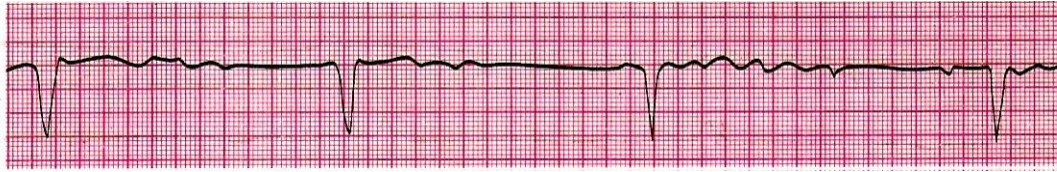
а. трепетанию предсердий б. мерцательной аритмии
с. атриовентрикулярной блокаде I степени д. атриовентрикулярной блокаде II степени е. атриовентрикулярной блокаде III степени

38. НА ДАННОЙ ЭКГ ИМЕЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ:



а. пароксизмальной желудочковой тахикардии б. желудочковой экстрасистолии
с. предсердной экстрасистолии
д. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии е. атриовентрикулярной блокады I степени

39. НА ДАННОЙ ЭКГ ИМЕЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ:



- a. пароксизмальной желудочковой тахикардии
- b. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- c. желудочковой экстрасистолии
- d. мерцательной аритмии
- e. трепетания предсердий

40. ИЗМЕНЕНИЯ НА ДАННОЙ ЭКГ СООТВЕТСТВУЮТ:



- a. желудочковой экстрасистолии
- b. мерцательной аритмии
- c. пароксизмальной желудочковой тахикардии
- d. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- e. трепетанию предсердий

41. ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА:

- a. не отклонена
- b. отклонена влево
- c. отклонена вправо

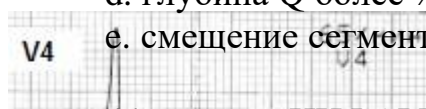
42. ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ РАСШИРЕННОГО ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИЯХ I, V5,6:

- a. гипертоническая болезнь
- b. коарктация аорты
- c. митральный стеноз
- d. инфаркт миокарда
- e. эмфизема легких

43. ДЛЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО:

- a. ширина Q более 0,03 сек
- b. отрицательный зубец T
- c. расширенный, деформированный комплекс QRS

- d. глубина Q более 1/4 высоты R
- e. смещение сегмента ST выше изолинии



44. ИНФАРКТ МИОКАРДА БОКОВОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТВЕДЕНИЯХ:

- a. V1-V3

- b. II, III, aVF с. V4
- d. V5-V6 e. V1-V6

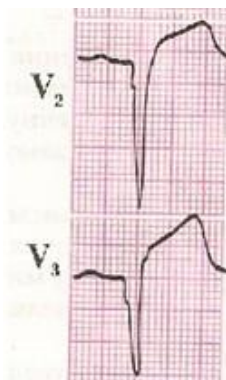
45. ПОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И СМЕЩЕНИЕ ST ВЫШЕ ИЛИ НИЖЕ ИЗОЛИНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- a. ишемии миокарда
- b. острой стадии инфаркта миокарда с. ишемического повреждения
- d. гипертрофии левого желудочка
- e. рубцовой стадии инфаркта миокарда

46. РУБЦОВАЯ СТАДИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- a. появлением «коронарного» зубца T
- b. расширением и деформацией комплекса QRS
- c. патологическим Q, смещением ST выше изолинии
- d. патологическим Q, без смещения ST относительно изолинии

47. ДАННАЯ ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ:



- a. ишемии
- b. ишемическому повреждению с. острому инфаркту миокарда
- d. норме
- e. рубцовой стадии инфаркта миокарда

48. ДАННАЯ ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ:



- a. острому инфаркту миокарда
- b. норме
- c. ишемии
- d. ишемическому повреждению
- e. рубцовой стадии инфаркта миокарда

49. ОЦЕНИТЕ ЗУБЕЦ Р:

- a. нормальный
- b. характерен для гипертрофии левого предсердия с. характерен для гипертрофии правого предсердия

50. ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ: а. амплитуда зубца Р более 2,5 мм

- b. зубец Р шире 0,1 сек. в отведениях I и II
- c. зубец Р в отведении V6 двухфазный (+ –) с широкой отрицательной фазой
- d. зубец Р отрицательный в отведении I

51. ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЮТСЯ: а. смещение электрической оси сердца влево

- b. RI, RaVL – максимальной амплитуды с. RIII, RaVF – максимальной амплитуды
- d. амплитуда зубца Р более 2,5 мм
- e. ширина зубца Р более 0,1 сек

52. ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ: а. депрессия сегмента ST

- b. ширина Q более 0,03 сек
- c. смещение сегмента ST выше изолинии
- d. отрицательный зубец T
- e. глубина Q более $\frac{1}{4}$ высоты R

53. ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНОЙ И БОКОВОЙ СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ:

- a. aVR
- b. II, III, aVF с. V5-V6
- d. V1-V3 e. V1-V6

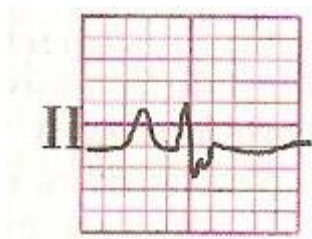
54. РЕФЛЕКС КИТАЕВА – ЭТО:

- a. рефлекторное увеличение числа сердечных сокращений в ответ на повышение давления в устьях полых вен

- б. увеличение сократительной способности миокарда в ответ на растяжение мышечных волокон при дилатации миокарда
- с. рефлекторное повышение тонуса артериол малого круга в ответ на повышение давления в венах малого круга
- д. повышение давления в артериях малого круга в ответ на недостаточную вентиляцию легких;
- е. рефлекторное падением тонуса сосудов при тромбоэмболии легочной артерии

55. ОСТРАЯ СТАДИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а. появлением высокого, «коронарного» зубца Т
 б. появлением патологического зубца Q и смещением ST
 с. появлением отрицательного зубца Т
 д. появлением сглаженного зубца Т
 е. патологическим Q, ST – на изолинии

56. ОЦЕНИТЕ ЗУБЕЦ P:



- а. нормальный
- б. характерен для гипертрофии левого предсердия
- с. характерен для гипертрофии правого предсердия

57. ДАННАЯ ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ:



- а. рубцовой стадии инфаркта миокарда
- б. острой стадии инфаркта миокарда
- с. ишемии
- д. гипертрофии правого предсердия
- е. норме

58. ДАННАЯ ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ:



a. острому инфаркту миокарда
b. норме
c. ишемии

d. ишемическому повреждению
e. рубцовой стадии инфаркта миокарда

59. ФОРМИРОВАНИЕ НА ЭКГ ЗУБЦА QS СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О: а. гипертрофии миокарда правого желудочка
b. ишемии миокарда
c. крупноочаговом инфаркте миокарда
d. субэндокардиальном повреждении миокарда
e. гипертрофии миокарда левого желудочка

60. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕВОПРЕДСЕРДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

a. инфаркт миокарда
b. митральный стеноз
c. аортальный стеноз
d. трикуспидальная недостаточность
e. аортальная недостаточность

61. ПРИ ПЕРКУССИИ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

a. подчеркнутую талию сердца
b. увеличение размеров относительной сердечной тупости в III межреберье слева
c. расширение относительной сердечной тупости влево в IV и V межреберьях
d. уменьшение ширины сосудистого пучка
e. уменьшение зоны абсолютной тупости

62. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

a. ритм перепела
b. систолический шум на верхушке
c. акцент II тона на аорте
d. диастолический шум на аорте
e. ослабление I тона на верхушке, акцент II тона на легочном стволе

63. ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:

a. систолический во II межреберье справа от грудины
b. диастолический, на верхушке, начинается в мезодиастоле
c.

систолический, на верхушке, начинается вместе с I тоном

d. систолический шум с максимальной громкостью над мечевидным отростком e. диастолический, во II межреберье справа и в зоне Боткина-Эрба

64. УДЛИНЕНИЕ ЗУБЦА Р В ОТВЕДЕНИЯХ I, II, V5, V6
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: а. инфаркта миокарда

b. митрального стеноза

с. аортальной недостаточности d. аортального стеноза

e. трикуспидальной недостаточности

65. ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ ОБЛАСТИ СЕРДЦА ПОЗВОЛЯЮТ ВЫЯВИТЬ:

а. усиление и смещение влево верхушечного толчка

b. диастолическое дрожание в IV, V межреберьях слева от грудины c. систолическое дрожание над аортой

d. диастолическое дрожание над аортой

e. усиление пульсации во втором межреберье справа

66. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ: а. перикардит

b. инфаркт миокарда c. миокардит

d. мерцательная аритмия e. эндокардит

67. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ВЫСЛУШИВАЮТСЯ: а. систолический шум на верхушке, начинающийся вместе с первым тоном

b. диастолический шум во втором межреберье справа и в зоне Боткина-Эрба c. диастолический шум на верхушке сердца, сливающийся с первым тоном

d. систолический шум с максимальной громкостью над мечевидным отростком e. систолический шум с максимальной громкостью во втором межреберье справа

68. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ: а. инфаркт миокарда

b. гипертоническая болезнь c. ревматический эндокардит d. сифилис

e. травма

69. ПРИ ВЫСЛУШИВАНИИ СЕРДЦА ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

а. усиление первого тона на верхушке b. ритм перепела

с. ослабление второго тона на аорте

d. ослабление первого тона на верхушке

е. ослабление второго тона на легочном стволе

70. ПОЯВЛЕНИЕ ОТЕКОВ НА НОГАХ И УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТА С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПРИСОЕДИНЕНИИ:

- а. левопредсердной недостаточности
- б. левожелудочковой недостаточности
- с. правожелудочковой недостаточности
- д. сосудистой недостаточности

71. УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ В III МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- а. инфаркте миокарда
- б. митральном стенозе
- с. стенокардии
- д. аортальном стенозе
- е. гипертонической болезни

72. ТРЕХЧЛЕННЫЙ РИТМ С УСИЛЕНИЕМ ПЕРВОГО ТОНА И ПОЯВЛЕНИЕМ ДОБАВОЧНОГО ЩЕЛЧКА ПОСЛЕ ВТОРОГО ТОНА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- а. митральной недостаточности
- б. аортальной недостаточности
- с. аортального стеноза
- д. трикуспидальной недостаточности
- е. митрального стеноза

73. ПО ФКГ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ШУМ: а. систолический во II межреберье справа от грудины

- б. диастолический, на верхушке после щелчка открытия митрального клапана
- с. систолический, на верхушке, начинается вместе с I тоном
- д. систолический шум с максимальной громкостью над мечевидным отростком
- е. диастолический, во II межреберье справа и в зоне Боткина-Эрба

74. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПО ЭКГ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКИ: а. гипертрофии правого предсердия

- б. гипертрофии левого желудочка
- с. гипертрофии левого предсердия
- д. ишемического повреждения
- е. некроза сердечной мышцы

75. ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЕРКУССИЯ СЕРДЦА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

- а. подчеркнутую талию сердца
- б. уменьшение размеров абсолютной сердечной тупости
- с. расширение границ сосудистого пучка
- д. нормальную конфигурацию сердца
- е. сглаженную талию сердца

76. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У

ПАЦИЕНТА С МИТРАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- a. усиление первого тона на верхушке
- b. ослабление первого тона на верхушке с. ритм перепела
- d. ослабление второго тона на аорте
- e. ослабление второго тона на легочном стволе

77. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ,
НАЧИНАЮЩИЙСЯ ВМЕСТЕ С ПЕРВЫМ ТОНОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- a. стенокардии
- b. митрального стеноза
- c. митральной недостаточности d. гипертонической болезни
- e. аортальной недостаточности

78. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ
АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ
ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

- a. сердцебиение в положении на левом боку b. одышка
- c. головокружение
- d. пульсация сосудов шеи e. цианоз

79. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ
НЕДОСТАТОЧНЫМ ТКАНЕЙ:

- a. отеки
- b. обмороки, утомляемость, головокружение c. сердечная астма
- d. акроцианоз
- e. псевдокапиллярный пульс Квинке

АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КРОВΟΣНАБЖЕНИЕМ
ОРГАНОВ И

80. ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСМОТРЕ
И ПАЛЬПАЦИИ СЕРДЦА МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- a. систолическое дрожание над областью сердца b. ослабление верхушечного толчка
- c. систолическое дрожание во II межреберье справа d. диастолическое дрожание над левым желудочком e. усиление верхушечного толчка

81. ПРИ ОЦЕНКЕ ТОНОВ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ
С АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- a. ритм галопа
- b. появление щелчка открытия митрального клапана c. ослабление I тона
- d. усиление I тона e. раздвоение I тона

82. МЕСТО МАКСИМАЛЬНОЙ ГРОМКОСТИ

ШУМА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- a. зона Боткина-Эрба
- b. верхушка сердца
- c. межлопаточная область слева
- d. пятое межреберье слева от грудины
- e. область мечевидного отростка

83. ПУЛЬС ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: a. нитевидный
b. большой, быстрый c. малый, медленный d. напряженный
e. низкого наполнения и напряжения

84. ПРИ ОСМОТРЕ И ПАЛЬПАЦИИ ОБЛАСТИ СЕРДЦА ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- a. смещение верхушечного толчка влево, диастолическое дрожание над аортой
- b. усиление сердечного толчка и эпигастральной пульсации
- c. ослабление верхушечного толчка, систолическое дрожание над левым желудочком
- d. смещение верхушечного толчка влево, систолическое дрожание над аортой

e. диастолическое дрожание на верхушке сердца

85. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- a. усиление I тона и тон открытия митрального клапана
- b. ослабление I тона и систолический шум над мечевидным отростком
- c. ослабление I тона и систолический шум над аортой
- d. ослабление I тона и систолический шум на верхушке
- e. ослабление II тона и диастолический шум на аорте

86. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА:

- a. приступы сердечной астмы
- b. положительный венный пульс
- c. приступы стенокардии
- d. кашель
- e. кровохарканье

87. ВЫСЛУШИВАЯ СЕРДЦЕ ПРИ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- a. систолический шум на верхушке с проведением в подмышечную область
- b. диастолический шум над левым желудочком
- c. систолический шум над нижней частью грудины и рядом слева от нее
- d. систолический шум во II межреберье справа с проведением на сосудах шеи
- e. диастолический шум в точке Боткина-Эрба

88. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ АОРТАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ
ВЫСОКИМ ПУЛЬСОВЫМ АД:

- a. пульсация сосудов шеи
- b. сердцебиение в положении на левом боку с. одышка
- d. цианоз е. отеки

89. ПЕРКУТОРНО ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ВЫЯВЛЯЕТСЯ: а. расширение относительной сердечной тупости влево в IV и
V межреберьях

- b. митральная конфигурация относительной сердечной тупости с.
сглаженная талия сердца
- d. увеличение границы относительной сердечной тупости в III
межреберье слева е. расширение границ сосудистого пучка слева

90. ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: а.
систолический, начинается после I тона

- b. диастолический, начинается в мезодиастолу с. систолический,
начинается вместе с I тоном
- d. диастолический, начинается вместе со II тоном е. пресистолический

91. СОСУДИСТЫЙ СИМПТОМ
АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ
АРТЕРИЙ ПРИ ИХ ИСКУССТВЕННОМ СУЖЕНИИ:

- a. отсутствие шумов
- b. систолический шум на бедренных артериях
- c. двойной шум Виноградова-Дюрозье на бедренных артериях
- d. появление тонов на дуге аорты, сонных и подключичных артериях е.
систолический шум на аорте

92. БОЛЬШОЕ ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: а.
митральном стенозе

- b. митральной недостаточности с. аортальном стенозе
- d. аортальной недостаточности
- e. недостаточности трикуспидального клапана

93. ИСТИННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ:

- a. митрального стеноза
- b. митральной недостаточности с. аортального стеноза
- d. аортальной недостаточности
- e. трикуспидальной недостаточности

94. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД АОРТОЙ С ПРОВЕДЕНИЕМ

НА ШЕЮ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- a. митрального стеноза
- b. митральной недостаточности с. аортального стеноза
- d. аортальной недостаточности
- e. трикуспидальной недостаточности

95. ПУЛЬС ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ: a. малый, медленный
b. большой, быстрый
c. повышенного наполнения
d. разный по величине при сравнении на двух руках e. частый

96. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, СЛАБОСТЬ, СКЛОННОСТЬ К ОБМОРОКАМ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

- a. левожелудочковой недостаточностью b. правожелудочковой недостаточностью
- c. недостаточностью кровоснабжения тканей вследствие обратного тока крови из аорты в левый желудочек
- d. коронарной недостаточностью
- e. недостаточным кровоснабжением тканей вследствие низкого сердечного выброса

97. СОСУДИСТЫЙ СИМПТОМ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: a. двойной тон Траубе
b. двойной шум Виноградова-Дюрозье c. псевдокапиллярный пульс Квинке d. положительный венный пульс
e. пляска «каротид»

Ответы к тестам

«Симптоматология заболеваний органов кровообращения»

1c	26c	51c	76b
2b	27e	52d	77c
3a	28b	53e	78a
4c	29d	54c	79b
5e	30e	55b	80e
6a	31b	56c	81c
7b	32a	57b	82a
8d	33b	58c	83b
9d	34c	59c	84d
10e	35d	60b	85c
11d	36d	61b	86b
12b	37c	62a	87c
13e	38b	63b	88a

14c	39d	64b	89a
15a	40e	65a	90d
16c	41b	66d	91c
17e	42c	67a	92d
18e	43e	68c	93e
19c	44d	69d	94c
20c	45b	70c	95a
21d	46d	71b	96e
22e	47c	72e	97d
23c	48c	73b	
24b	49b	74c	
25a	50b	75e	

7. СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

1. ИЗЖОГА ОБУСЛОВЛЕНА ЗАБРОСОМ: а. дуоденального содержимого в желудок

- б. кислого содержимого желудка в пищевод
- с. непереваренной пищи из желудка в пищевод
- д. газов из желудка через пищевод в ротовую полость

2. ГАСТРО-ЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕН: а. стриктурой пищевода

- б. повышенным кислотообразованием в желудке
- с. опухолью кардиального отдела желудка
- д. недостаточностью нижнего сфинктера пищевода
- е. Н. pylori

3. ДИАГНОЗ «ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ» СТАВИТСЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СЛЕДУЮЩЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

- а. обзорная рентгенография брюшной полости
- б. физикальное исследование
- с. рентгено-контрастное исследование пищевода
- д. обзорная рентгенография грудной клетки
- е. рН-метрия пищевода

4. В СИНДРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ: а. боли в эпигастральной области и изжога

- б. тошнота, рвота, диарея
- с. отрыжка, запор
- д. боли в околопупочной области и метеоризм
- е. отрыжка, расстройства стула

5. ДЛЯ СИНДРОМА СУЖЕНИЯ ПРИВРАТНИКА ХАРАКТЕРНО: а. рвота только что съеденной пищей

- b. тошнота, без последующей рвоты
- c. рвота пищевыми остатками с примесью желчи
- d. рвота съеденной б и более часов назад пищей
- e. рвота без предшествующей тошноты

6. ГИПЕРМОТОРНАЯ ДИАРЕЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

- a. действия веществ, стимулирующих секрецию жидкости в просвет кишки
- b. увеличенной моторной активностью кишечника
- c. действия веществ, увеличивающих осмотическое давление в просвете кишки
- d. воспалением слизистой оболочки кишки

7. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАПОРЫ МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ:

- a. спаечным процессом в брюшной полости
- b. аномалией развития кишечника
- c. опухолевым поражением органов брюшной полости
- d. нарушением моторной функции кишечника

8. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. броидильная диспепсия
- b. гнилостная диспепсия
- c. мальабсорбция
- d. желудочная диспепсия

9. СОЧЕТАНИЕ ПЕРИОДИЧЕСКИХ БОЛЕЙ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ 2-3 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ С ИЗЖОГОЙ И ОТРЫЖКОЙ КИСЛЫМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- a. эзофагита
- b. хронического атрофического гастрита
- c. язвенной болезни желудка
- d. язвенной болезни ДПК
- e. болезни Крона

10. ПАЦИЕНТ: МУЖЧИНА, 40 ЛЕТ – ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ ВОКРУГ ПУПКА, ДИАРЕЮ ДО 15 РАЗ В СУТКИ, ПОХУДАНИЕ НА 10 КГ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ОКОЛОПУПОЧНОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ КОЛОНОСКОПИИ: УЧАСТКИ С ПРОДОЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ЯЗВАМИ, КОТОРЫЕ ЧЕРЕДУЮТСЯ С УЧАСТКАМИ НОРМАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- a. язвенная болезнь желудка
- b. язвенная болезнь ДПК
- c. болезнь Крона
- d. синдром раздраженного кишечника

11. ДИСФАГИЯ – ЭТО:

- a. ускоренное прохождение пищи по пищеводу
- b. заброс содержимого желудка в пищевод
- c. затруднение глотания и (или) прохождения пищи по пищеводу
- d. отсутствие глотательного рефлекса

12. БОЛЬ ПРИ ГАСТРО-ЭЗОФАГАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ:

- a. локализуется за грудиной, уменьшается при приеме кислой пищи
- b. локализуется в прекардиальной области, усиливается при приеме ощелачивающих средств
- c. локализуется в области мечевидного отростка, уменьшается при наклоне вперед
- d. локализуется справа и слева от грудины, уменьшается при приеме холодной пищи
- e. локализуется за грудиной, усиливается в положении лежа

13. ПРИ РАЗВИТИИ ГАСТРО-ЭЗОФАГАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА pH В НИЖНЕЙ ЧАСТИ ПИЩЕВОДА:

- a. снижается
- b. не изменяется
- c. повышается
- d. сначала снижается, потом нормализуется
- e. сначала повышается, потом нормализуется

14. ДЛЯ БРОДИЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ХАРАКТЕРНО: a. темный, зловонный жидкий стул

- b. выраженный болевой синдром, склонность к запорам
- c. изжога, кислый привкус во рту
- d. частая отрыжка, ощущение горечи во рту
- e. выраженное газообразование и вздутие живота

15. В СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ: a. боли в околопупочной области, тошнота

- b. метеоризм, расстройство стула
- c. изжога, «голодные боли» в животе
- d. горечь во рту, склонность к запорам
- e. ощущение тяжести в эпигастрии, отрыжка тухлым

16. ОСМОТИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ: a. синдроме раздраженного кишечника

- b. при действии на слизистую кишечника бактериальных токсинов
- c. приеме осмотических слабительных

17. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ АТОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ ОТНОСЯТСЯ: a. длительный постельный режим и сидячий образ жизни

- b. слабость передней брюшной стенки
- c. выраженный спаечный процесс в брюшной полости
- d. аномалия развития кишечника

18. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ

СЕКРЕТОРНОЙ И КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ХАРАКТЕРНО:

- a. боли в эпигастральной области, сниженный аппетит
- b. ощущение тяжести в эпигастрии, отрыжка тухлым
- c. тошнота, рвота по утрам, анорексия
- d. тупые боли в верхней половине живота, склонность к диарее
- e. отрыжка кислым, изжога

19. ПОХУДАНИЕ, ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА, ОТВРАЩЕНИЕ К МЯСНОЙ ПИЩЕ, ОЩУЩЕНИЕ ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАСТРИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- a. синдрома Меллори-Вейса
- b. хронического гастрита, вызванного *H. pylori*
- c. язвенной болезни ДПК
- d. рака желудка

20. ЖЕНЩИНА, 45 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ТЕНЕЗМЫ, ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ, НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА КРОВИ СО СТУЛОМ. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКТОМАНОСКОПИИ: СЛИЗИСТАЯ ОТЕЧНАЯ, СОСУДИСТЫЙ РИСУНОК ОТСУТСТВУЕТ, ИМЕЕТ МЕСТО КОНТАКТНАЯ КРОВОТОЧИВОСТЬ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- a. хронический эзофагит
- b. хронический гастрит
- c. синдром раздраженного кишечника
- d. неспецифический язвенный колит

21. К ПРИЧИНАМ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ОТНОСЯТ:

- a. камень или опухоль общего желчного протока, опухоль pancreas и фатерова соска
- b. острый и хронический гепатит, алкогольное поражение печени, цирроз печени
- c. первичный и вторичный билиарный цирроз печени
- d. наследственный дефицит глюкуронил-трансферазы
- e. гемолитические и В-12 дефицитная анемии

22. ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО:

- a. зеленоватый оттенок кожи с зудом, зеленовато-золотистый цвет мочи и серый кал
- b. неинтенсивная, лимонного оттенка, без кожного зуда, нормальный цвет мочи и кала
- c. шафраново-желтый оттенок кожи, иногда зуд, темная моча, слабо окрашенный кал

23. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ:

- a. ↑связанного билирубина в сыворотке, билирубинурия, нет уробилина в моче и стеркобилина в кале
- b. ↑свободного билирубина в сыворотке, анемия, ретикулоцитоз, уробилинурия, ↑стеркобилина в кале
- c. ↑свободного и связанного билирубина, уробилинурия, билирубинурия, ↓стеркобилина в кале

d. ↑связанного билирубина в сыворотке, уробилинурия, нет стеркобилина в кале

24. К СОСУДИСТЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ: а. геморрагическая пурпура

b. петехии и экхимозы

с. линейные телеангиэктазы и варикозное расширение вен голени

d. телеангиэктазии, пальмарная и плантарная эритема, портокавальные анастомозы

25. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЭТО:

а. повышение давления в системе воротной вены с нарушением кровотока b. наследственный дефицит глюкуронил-трансферазы

с. повышение скорости кровотока в системе воротной вены

d. сдавление желчных капилляров и мелких желчных протоков e. блокада экскреции желчи

26. В ОСНОВЕ ГЕПАТО-РЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ЛЕЖИТ: а. тромбоз почечных артерий

b. дисфункция почечных канальцев

с. снижение ОЦК с вазоконстрикцией и развитием кортикальной ишемии почек d. спазм артерий мозгового слоя почек

27. ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ХАРАКТЕРНО: а. увеличение селезёнки, анемия, ретикулоцитоз, ↑свободного билирубина

b. увеличение селезёнки, анемия без ретикулоцитоза, ↑свободного билирубина

с. отсутствие увеличения селезёнки, анемии и ретикулоцитоза, ↑свободного билирубина d. увеличение селезёнки, анемия без ретикулоцитоза, ↑свободного и связанного билирубина

e. нормальная селезёнка, анемия с ретикулоцитозом

28. О РАЗВИТИИ КАКОГО СИНДРОМА МОЖНО ДУМАТЬ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКИ: СОНЛИВОСТЬ, ПОВЫШЕННАЯ

РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ,

ОШИБКИ ПРИ СЧЕТЕ, МЕЛКИЙ И ХЛОПАЮЩИЙ ТРЕМОР, НАРУШЕНИЕ ПИСЬМА:

а. синдром портальной гипертензии b. гепато-ренальный синдром

с. гепато-лиенальный синдром d. синдром холестаза

e. синдром печеночной энцефалопатии

29. ПРИ СИНДРОМЕ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ

НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ СНИЖАЕТСЯ УРОВЕНЬ:

- a. АСТ b. АЛТ
- c. щелочной фосфатазы d. ЛДГ
- e. ПТИ

30. У ПАЦИЕНТА СДЕЛАН РЯД ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ:

Лабораторный тест		Результ	Н
Билирубин	общий	273	3, 4-20,5
глюкоза		153	
	свободная	120	
Общий белок, г/л		82	
Альбумины, г/л		27	
АЛТ, ед./л		283	0-
Щелочная фосфатаза,		256	0-
Холестерин, ммоль/л		8,8	3,
ПТИ, %		58	80
Реакция на уробилин в		Отрицат	

НА ОСНОВАНИИ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ СИНДРОМ:

- a. подпечёночного холестаза
- b. внутрипечёночного холестаза c. цитолиза гепатоцитов
- d. гемолиза
- e. доброкачественной гипербилирубинемии

31. НАДПЕЧЕНОЧНЫЕ ЖЕЛТУХИ ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ: a. аутоиммунной деструкции внутрипеченочных желчных ходов

- b. обтурации или сдавления общего желчного протока
- c. повышенного распада эритроцитов или их незрелых предшественников
- d. воспалительного отека печени и сдавления желчных капилляров и мелких желчных протоков
- e. механического препятствия току портальной крови

32. ДЛЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО:

- a. неинтенсивная, лимонного оттенка, без кожного зуда, холурии и ахолии кала
- b. зеленоватого оттенка, с кожным зудом, зеленовато-золотистым цветом мочи и ахолией кала
- c. шафраново-желтого оттенка, иногда зуд кожи, темная моча, серый кал

33. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ЖЕЛТУХИ:

- a. ↑свободного и связанного билирубина, уробилинурия, билирубинурия,

↓стеркобилина в кале

b. ↑свободного билирубина в сыворотке, анемия, ретикулоцитоз, уробилинурия, ↑стеркобилина в кале

c. ↑связанного билирубина в сыворотке, уробилинурия, нет стеркобилина в кале d. ↑связанного билирубина в сыворотке, билирубинурия, нет уробилина в моче и стеркобилина в кале

34. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ:

a. обильные и длительные кровотечения после малых травм и операций, гемартрозы, большие гематомы

b. рецидивирующие кровотечения из телеангиэктазий, расположенных в полости носа c. геморрагии в местах инъекций, носовые и десневые кровотечения, гематурия

d. синяки, петехии, кровотечения из слизистых, иногда гематомы при ушибах

35. ДЛЯ КАКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ: ↑СВЯЗАННОГО БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ, БИЛИРУБИНОУРИЯ, НЕТ УРОБИЛИНА В МОЧЕ И СТЕРКОБИЛИНА В КАЛЕ, ↓ПТИ, ↑ХОЛЕСТЕРИНА, НЕБОЛЬШОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТРАНСАМИНАЗ КРОВИ:

a. синдром портальной гипертензии

b. синдром доброкачественной гипербилирубинемии c. синдром цитолиза гепатоцитов

d. синдром холестаза

e. геморрагический синдром

36. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

a. расширением естественных порто-кавальных анастомозов, асцитом, спленомегалией b. гепатомегалией, цитолизом гепатоцитов, холестазом

c. олигурией, повышением креатинина крови, метаболическим ацидозом

37. У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОЯВИЛИСЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ: ↑ КРЕАТИНИНА И МОЧЕВИНЫ КРОВИ, ГИПЕРКАЛИЕМИЯ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ, ГИПОНАТРИУРИЯ. О РАЗВИТИИ, КАКОГО СИНДРОМА МОЖНО ДУМАТЬ В ДАННОМ СЛУЧАЕ: a. синдром портальной гипертензии

b. синдром холестаза

c. гепато-ренальный синдром d. гепато-лиенальный синдром

e. синдром печеночной энцефалопатии

38. СИНДРОМ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЭТО:

a. обратимое расстройство ЦНС в результате накопления эндогенных

токсиков в. необратимое расстройство ЦНС в результате тромбоза мозговых артерий

с. обратимое нарушение мозгового кровообращения

d. обратимое расстройство ЦНС в результате накопления экзогенных токсинов

39. НОРМАЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ СЕЛЕЗЕНКИ ПО УЗИ: а. до 90 см²

б. до 80 см² с. до 70 см² d. до 60 см² е. до 50 см²

40. У ПАЦИЕНТА СДЕЛАН РЯД ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ:

Лабораторный тест		Рез	Но
н. мкмоль/л	Билирубин общи	42	3,4
	й		-20.5
	глюку	0	
	свобо	42	
Общий белок, г/л		68	
Альбумины, г/л		42	
АЛТ, ед./л		28	0-
Щелочная фосфатаза,		65	0-
Холестерин, ммоль/л		5,3	3,6
ПТИ, %		82	80-
Гемоглобин, г/л		130	
Ретикулоциты %		1,1	

НА ОСНОВАНИИ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ СИНДРОМ:

а. подпечёночного холестаза

б. внутripечёночного холестаза с. цитолиза гепатоцитов

d. гемолиза

е. доброкачественной гипербилирубинемии

41. ДЛЯ ФАЗЫ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СИНДРОМОВ:

а. болевой, холестаза, портальной гипертензии б. болевой, диспепсический, воспалительный

с. астено-вегетативный, диспепсический, общедистрофический d. диспепсический, холестаза, цитолиза гепатоцитов

е. диспепсический, астено-вегетативный, анемический

42. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ГЕПАТИТА ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ СИНДРОМ:

а. печеночно-клеточной недостаточности б. портальной гипертензии

с. цитолиза гепатоцитов d. астено-вегетативный е. геморрагический

43. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОРИЕНТИРУЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:

- a. уровень аминотрансфераз
- b. концентрацию альбумина
- c. уровень щелочной фосфатазы
- d. уровень ПТИ
- e. уровень холинэстеразы

44. ТОЧКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (ТОЧКА МАККЕНЗИ) ПРИ НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРАХ ПЕЧЕНИ РАСПОЛОЖЕНА:

- a. на пересечении наружного края прямой мышцы живота справа и горизонтальной линии, проведенной через середину расстояния между пупком и мечевидным отростком
- b. на пересечении наружного края прямой мышцы живота справа и горизонтальной линии, проведенной через пупок
- c. на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок и правую подмышечную область
- d. на границе средней и верхней трети линии, соединяющей пупок с серединой реберной дуги справа
- e. на пересечении наружного края прямой мышцы живота и края правой реберной дуги

45. ПРИ МЕЛЕНЕ У БОЛЬНОГО СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ И АСЦИТОМ СКОРЕЕ ВСЕГО МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ:

- a. кровотокающую язву 12-перстной кишки
- b. кровотокающую язву желудка
- c. варикоз вен пищевода при циррозе печени
- d. неспецифический язвенный колит
- e. варикоз геморроидальных вен при циррозе печени

46. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ПАЛЬМАРНОЙ ЭРИТЕМЫ: a. болезнь Крона

- b. неспецифический язвенный колит
- c. цирроз печени
- d. хронический холецистит
- e. хронический панкреатит

47. ПОРТОКАВАЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:

- a. при частых гипогликемических состояниях у больных сахарным диабетом
- b. вследствие церебрального атеросклероза, обусловленного гиперхолестеринемией при холестазах у больных циррозом печени
- c. вследствие действия эндогенных токсинов, нарастающих в крови при печеночно-клеточной недостаточности у больных циррозом печени
- d. вследствие токсического действия билирубина, уровень которого нарастает в результате разрушения эритроцитов в селезенке при гиперспленизме

е. вследствие действия эндогенных токсинов, нарастающих в крови у больных с портальной гипертензией.

48. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. дуоденальное зондирование
- б. обзорная рентгенография брюшной полости
- с. ультразвуковое исследование
- д. копрологическое исследование
- е. физикальное исследование

49. У ПАЦИЕНТА ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТОШНОТУ, НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. НА КОЖЕ СЛЕДЫ РАСЧЕСОВ, СИНЯКИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ АСЦИТ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- а. острый панкреатит
- б. острый холецистит
- с. обострение хронического гепатита
- д. цирроз печени
- е. медикаментозный гепатит

50. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ИМЕЮТСЯ:

- а. порто-кавальные анастомозы
- б. уплотнение, увеличение печени
- с. диспепсические явления
- д. увеличение селезенки
- е. боли в правом подреберье, общая слабость.

51. ДЛЯ АКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СИНДРОМОВ:

- а. болевой, холестаза, анемический
- б. болевой, диспепсический, воспалительный
- с. астено-вегетативный, цитолиза гепатоцитов, печеночной недостаточности
- д. диспепсический, общедистрофический, портальной гипертензии
- е. печеночной недостаточности, анемический, общедистрофический

52. О РАЗВИТИИ ПЕРИХОЛЕЦИСТИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО СИМПТОМА:

- а. отмечается значительное повышение температуры тела
- б. развивается расстройство стула – склонность к диарее
- с. желчный пузырь начинает отчетливо выявляться при пальпации
- д. боль в правом подреберье усиливается при глубоком дыхании
- е. выявляется боль при ударе ребром ладони поперек реберной дуги справа

53. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ОРИЕНТИРУЮТСЯ НА ОДИН ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ:

- a. уровень гамма-глобулина
- b. уровень альбумина
- c. уровень щелочной фосфатазы
- d. уровень аминотрансфераз
- e. уровень лактатдегидрогеназы

54. ТОЧКА МЕЙО-РОБСОНА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ РАСПОЛОЖЕНА:

a. на пересечении наружного края прямой мышцы живота слева и горизонтальной линии, проведенной через пупок

b. на пересечении наружного края прямой мышцы живота слева и горизонтальной линии, проведенной через середину расстояния между пупком и мечевидным отростком

c. на пересечении наружного края прямой мышцы живота и края левой реберной дуги

d. на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок и левую подмышечную область

e. на границе средней и верхней 1/3 линии, соединяющей пупок с серединой реберной дуги слева

55. У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ: ГЕМОГЛОБИН 95 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ $2,8 \times 10^{12}/л$, ЛЕЙКОЦИТЫ $3,4 \times 10^9/л$, ТРОМБОЦИТЫ $96 \times 10^9/л$, ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЭТИ ИЗМЕНЕНИЯ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ:

- a. гемолизом
- b. кровопотерей из варикозно расширенных вен пищевода
- c. нарушением всасывания железа
- d. гиперспленизмом
- e. холестаазом

56. АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

- a. нарушением всасывания железа
- b. дефицитом витамина В12
- c. дефицитом фолиевой кислоты
- d. внутрисосудистым гемолизом эритроцитов
- e. задержкой эритроцитов в увеличенной селезенке

57. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ:

- a. Кера
- b. Мейо-Робсона
- c. Щёткина-Блюмберга
- d. френикус-симптом слева

58. САМЫМ ТОЧНЫМ КРИТЕРИЕМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА

«ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ» ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. вирусный гепатит в анамнезе
- b. результат пункционной биопсии печени с. выявление в сыворотке крови HBsAg
- d. боль в правом подреберье, умеренная гепатомегалия
- e. «кровавой» контакт с больным хроническим гепатитом

59. УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЁНКИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕНО: a. рабочей гипертрофией

- b. иммунным ответом на воспаление с. тромбозом селезёночной вены
- d. портальной гипертензией
- e. повторными инфарктами селезёнки

60. У БОЛЬНОГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ БЫЛА КРОВАВАЯ РВОТА. НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ИМЕЕТСЯ ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ АСЦИТ. АЛЬБУМИН СЫВОРОТКИ КРОВИ 24 г/л. ПРИ ФЭГС ВЫЯВЛЕНО ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА. ВСЕ ЭТИ СИМПТОМЫ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

- a. тромбозом верхней полой вены b. тромбозом нижней полой вены с. портальной гипертензией
- d. сопутствующей правожелудочковой недостаточностью e. только гипоальбуминемией

Ответы к тестам

«Симптоматология заболеваний органов пищеварения, печени и желчевыводящих путей»

1b	11c	21a	31c	41b	51c
2d	12e	22c	32b	42b	52d
3c	13a	23b	33a	43a	53b
4a	14e	24d	34d	44e	54e
5d	15b	25a	35d	45c	55d
6b	16c	26c	36a	46c	56e
7d	17a	27c	37c	47e	57a
8c	18e	28e	38a	48c	58b
9d	19d	29e	39e	49d	59d
10c	20d	30b	40e	50a	60c

8. СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1. ПО КАКИМ ПАРАМЕТРАМ ОЦЕНИВАЕТСЯ РИТМ БОЛИ? а. по степени интенсивности боли

б. по продолжительности боли

с. по времени появления боли в течение суток д. по локализации боли

е. по связи с определенными провоцирующими факторами

2. РЕЗИСТИВНАЯ БОЛЬ – ЭТО:

а. боль, возникающая при попытке движения через сопротивление б. боль, возникающая на протяжении всего движения в суставе

с. боль, усиливающаяся в крайних точках движения в суставе д. боль, возникающая при пальпации сустава

е. боль в суставе, усиливающаяся в вечернее время после длительной нагрузки

3. МЕХАНИЧЕСКИЙ РИТМ БОЛИ В СУСТАВЕ – ЭТО БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ: а. при попытке движения через сопротивление

б. к вечеру после нагрузок на пораженный сустав с. при исследовании активных движений

д. при исследовании пассивных движений

е. утром, с последующим снижением интенсивности боли к вечеру

4. ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВОВ КИСТЕЙ, ВЫЯВЛЯЕМАЯ ПРИ ОСМОТРЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ ОБУСЛОВЛЕНА:

а. формированием узелков Гебердена и Бушара б. выпотом синовиальной жидкости

с. сужением околосуставной щели

д. отеком окружающих сустав тканей

5. ПРИ ОСМОТРЕ КИСТЕЙ НАБЛЮДАЮТСЯ СИММЕТРИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ ДЕФОРМАЦИИ И ПРИПУХЛОСТИ

ЛУЧЕЗАПЯСТНЫХ СУСТАВОВ, II, III ПЯСТНОФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ. ЭТИ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. остеоартроза
- b. острой ревматической лихорадки с. подагры
- d. ревматоидного артрита

6. ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: a. хроническое, прогрессирующее

- b. с полным обратимым течением суставного синдрома и восстановлением функции сустава
- c. эпизодическое течение артрита с полным восстановлением функции сустава между атаками артрита
- d. длительно протекающий моноартрит
- e. хроническое течение артрита без прогрессирования

7. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АРТРИТА ПРИ ПОДАГРЕ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- a. первый плюснефаланговый сустав стопы b. локтевые и плечевые суставы
- c. коленные суставы
- d. пястнофаланговые суставы e. тазобедренный сустав

8. ВЫСОКИЙ ТИТР АНТИСТРЕПТОКОККОВЫХ АНТИТЕЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: a. ревматоидного артрита

- b. острой ревматической лихорадки c. деформирующего остеоартроза d. подагры

9. ТОФУСЫ – ЭТО:

- a. костные разрастания в области дистальных межфаланговых суставов
- b. отложения кристаллов уратов в периартикулярных тканях и ушной раковине деформация первого плюснефалангового сустава стопы при подагре
- c.
- d. узелки при ревматоидном артрите
- e. увеличение лимфатических узлов при ревматоидном артрите

10. ПАЦИЕНТ ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА ОСТРО ВОЗНИКШУЮ СИЛЬНУЮ БОЛЬ В ПЕРВОМ ПФС ЛЕВОЙ СТОПЫ. СУСТАВ ПРИПУХШИЙ, ГОРЯЧИЙ, ГИПЕРЕМИРОВАН, БОЛЕЗНЕННЫЙ, ДВИЖЕНИЯ В НЕМ ВЫЗЫВАЮТ БОЛЬ. ЭТИ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. остеоартроза
- b. острой ревматической лихорадки c. подагры
- d. ревматоидного артрита

11. ЧТО ТАКОЕ «УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ»? а. выпот в мелких и средних суставах

б. тугоподвижность в суставах, определяемая врачом

с. ограничение движений в суставах, выявляемое врачом

д. субъективное ощущение препятствия движению в суставах е. боль в суставах в утренние часы

12. ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВА – ЭТО:

а. изменение формы сустава за счет отека периартикулярных тканей б. стойкое изменение конфигурации пораженного сустава

с. выпот в полость сустава

д. нарушение конфигурации пораженного сустава за счет синовиита

13. СМЕШАННЫЙ РИТМ БОЛЕЙ - ЭТО БОЛИ В СУСТАВАХ:

а. усиливающиеся как утром после вставания с постели, так и вечером после нагрузок б. возникающие в начале движений после покоя, независимо от времени суток

с. сопровождающиеся болезненностью сустава при пальпации д. возникающие при исследовании пассивных движений

е. возникающие при исследовании активных движений

14. ЭНТЕЗОПАТИЯ – ЭТО:

а. дегенеративное изменение хряща б. стойкое изменение формы сустава

с. болезненность в месте прикрепления сухожилия к кости

д. боль, возникающая при попытке движения через сопротивление е. отек околосуставной сумки

15. ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ В СУСТАВАХ КИСТЕЙ, БОЛЬШЕ В УТРЕННИЕ ЧАСЫ, СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТЬЮ. РИТМ БОЛЕЙ:

а. воспалительный б. механический

с. механический и воспалительный д. стартовый

е. механический и стартовый

16. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: а. остеоартроза

б. острой ревматической лихорадки с. подагры

д. ревматоидного артрита

17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

а. коленные и голеностопные суставы б. тазобедренные суставы

- с. первый плюснефаланговый сустав
- d. II и III пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы кистей
- e. дистальные межфаланговые суставы кистей

18. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ПРИСТУПА ПОДАГРЫ:

- a. интенсивные физические упражнения
- b. обильная жирная мясная пища и прием алкоголя
- с. переохлаждение
- d. психический стресс
- e. обезвоживание

19. СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- a. поражение мелких суставов кистей
- b. обратимый артрит средних и крупных суставов
- с. прогрессирующий артрит средних и крупных суставов
- d. эпизодическое обострение артрита первого плюснефалангового сустава
- e. деформацию коленных суставов

20. У ПАЦИЕНТА С БОЛЬЮ В СУСТАВАХ В АНАЛИЗАХ КРОВИ: ГЕМОГЛОБИН 110 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 4,8 10³/МКЛ, СОЭ 50 ММ/ЧАС, РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР 64 МЕ/МЛ. ЭТИ ИЗМЕНЕНИЯ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- a. остеоартроза
- b. острой ревматической лихорадки
- с. ревматоидного артрита
- d. подагры

Ответы к тестам

«Симптоматология заболеваний опорно-двигательного аппарата»

1с	6а	11d	16а
2а	7а	12b	17d
3b	8b	13а	18b
4а	9с	14с	19b
5d	10с	15а	20с

9. СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

1. «ОЛИГОУРИЯ» - ЭТО:
 - a. уменьшение количества выделяемой мочи
 - b. болезненное мочеиспускание
 - c. учащенное мочеиспускание
 - d. полное отсутствие мочи
 - e. прерывистое мочеиспускание

2. ВЫБЕРИТЕ ЗНАЧЕНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НОРМАЛЬНОЙ ВЕЛИЧИНЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА:
 - a. 400 мл
 - b. 200 мл
 - c. 1300 мл
 - d. 2500 мл
 - e. 2800 мл

3. ПОМУТНЕНИЕ МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО:
 - a. высоким содержанием солей
 - b. содержанием лейкоцитов менее 4000 в 1 мл
 - c. высоким содержанием креатинина
 - d. высоким содержанием глюкозы
 - e. концентрацией белка 0,033 г/л

4. КАКИЕ ЦИЛИНДРЫ МОГУТ В НОРМЕ ПРИСУТСТВОВАТЬ В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ:
 - a. зернистые
 - b. жировы
 - c. восковидные
 - d. гиалиновые
 - e. эритроцитарные

5. КАКОЙ МЕТОД ОЦЕНИВАЕТ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК?
 - a. общий анализ мочи
 - b. посев мочи
 - c. проба Зимницкого
 - d. проба Нечипоренко

6. ОЦЕНИТЕ ПРОБУ НЕЧИПОРЕНКО: ЭРИТРОЦИТЫ 500 В 1 МЛ, ЛЕЙКОЦИТЫ 1000 В 1 МЛ:
 - a. микрогематурия
 - b. макрогематурия
 - c. лейкоцитурия
 - d. норма
 - e. изостенурия

7. СКОЛЬКО ПОРЦИЙ МОЧИ СОБИРАЮТ ПРИ ПРОБЕ ЗИМНИЦКОГО?
 - a. 8
 - b. 5
 - c. 2
 - d. 10
 - e. 12

8. ОЦЕНИТЕ ПРОБУ ЗИМНИЦКОГО: КОЛЕБАНИЯ УДЕЛЬНОГО ВЕСА 1003 – 1010, ДНЕВНОЙ ДИУРЕЗ 1750 МЛ, НОЧНОЙ ДИУРЕЗ 950, ОБЩИЙ ДИУРЕЗ 2700 МЛ. ЗА СУТКИ БОЛЬНАЯ ВЫПИЛА 1600 МЛ:
 - a. полиурия
 - b. гипостенурия

- с. никтурия, полиурия d. изостенурия
- е. гиперстенурия, полиурия

9. ПРИ КАКОМ МЕТОДЕ ПРОВОДИТСЯ ПОДСЧЕТ ЛЕЙКОЦИТОВ И ЭРИТРОЦИТОВ?

- а. проба Зимницкого b. проба Реберга
- с. проба Нечипоренко
- d. компьютерная томография е. биопсия почки

10. ПО КАКОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ МОЖНО СУДИТЬ О КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК:

- а. суточный диурез
- b. относительная плотность мочи с. содержание белка в моче
- d. количество эритроцитов в 1 мл мочи е. рН мочи

11. ТЕРМИН «НИКТУРИЯ» ОБОЗНАЧАЕТ:

- а. увеличение ночного диуреза, его преобладание над дневным b. увеличение количества выделяемой мочи
- с. уменьшение количества выделяемой мочи d. частое болезненное мочеиспускание
- е. учащенное мочеиспускание

12. СОЛОМЕННО-ЖЕЛТЫЙ ЦВЕТ МОЧИ ОБУСЛОВЛЕН СОДЕРЖАНИЕМ В НЕЙ:

- а. белка
- b. билирубина
- с. кетоновых тел d. гемоглобина е. урохромов

13. В НОРМЕ рН МОЧИ СОСТАВЛЯЕТ:

- а. 3,5-6,0
- b. 3,0-4,5 с. 9,0-11,0 d. 5,0-7,0 е. 7,35-7,45

14. КАКОЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ БАКТЕРИУРИИ?

- а. посев мочи
- b. проба Зимницкого
- с. бактериоскопическое исследование осадка мочи d. экскреторная урография
- е. проба Реберга

15. ПРОБА ЗИМНИЦКОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК:

- а. фильтрационной
- b. азотовыделительной

- с. кислотовыделительной d. эндокринной
- е. концентрационной

16. ОЦЕНИТЕ ПРОБУ НЕЧИПОРЕНКО: ЭРИТРОЦИТЫ 2500 В 1 МЛ, ЛЕЙКОЦИТЫ 3000 В 1 МЛ:

- а. лейкоцитурия b. изостенурия с. гематурия
- d. норма
- е. никтурия

17. С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА МОЖНО ВЫЯВИТЬ МОЧЕКАМЕННУЮ БОЛЕЗНЬ?

- а. проба Зимницкого
- b. радиоизотопная ренография с. проба Реберга
- d. УЗИ почек
- е. определение креатинина крови

18. ОЦЕНИТЕ ПРОБУ ЗИМНИЦКОГО: КОЛЕБАНИЯ УДЕЛЬНОГО ВЕСА 1005-1020, ДНЕВНОЙ ДИУРЕЗ 700 МЛ, НОЧНОЙ ДИУРЕЗ 300 МЛ, ОБЩИЙ ДИУРЕЗ 1000 МЛ. ЗА СУТКИ БОЛЬНОЙ ВЫПИЛ 1200 МЛ:

- а. норма
- b. полиурия с. никтурия
- d. гипрестенурия, олигоурия е. изостенурия

19. КЛИРЕНС КАКОГО ВЕЩЕСТВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ПРОБЕ РЕБЕРГА?

- а. инулина b. глюкозы с. мочевины
- d. уробилиногена е. креатинина

20. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ?

- а. проба Реберга
- b. компьютерная томография
- с. ангиография почечных артерий d. УЗИ почек
- е. внутривенная урография

21. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ: а. хроническом пиелонефрите

- b. ревматизме
- с. хроническом гломерулонефрите d. мочекаменной болезни
- е. бронхиальной астме

22. МАКРОГЕМАТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ: а. хроническом пиелонефите

- b. нефротическом синдроме с. хроническом цистите
- d. остром пиелонефрите e. мочекаменной болезни

23. ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 3 Г/СУТ. МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ: а. остром пиелонефрите

- b. хроническом цистите
- c. хроническом пиелонефрите
- d. хроническом гломерулонефрите e. остром цистите

24. БОЛИ И РЕЗЬ ПРИ МОЧЕИСПУСКАНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:

- a. хроническом гломерулонефрите с изолированным мочевым синдромом b. остром гломерулонефрите
- c. хроническом гломерулонефрите с нефротическим синдромом d. хроническом гломерулонефрите гипертоническом варианте e. обострении хронического пиелонефрита

25. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ: УДЕЛЬНЫЙ ВЕС 1023, ЦВЕТ ЖЕЛТЫЙ, МОЧА МУТНАЯ, КОЛИЧЕСТВО 150 МЛ, САХАР – ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ, БЕЛОК – 7,5 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ 5-7 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЛЕЙКОЦИТЫ – 3-4 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ?

- a. хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- b. хронический гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом
- c. острый пиелонефрит
- d. хронический пиелонефрит e. мочекаменная болезнь

26. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. общий анализ мочи
- b. внутривенная урография c. проба Зимницкого
- d. УЗИ почек
- e. проба Нечипоренко

27. ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО: а. чаще встречается у женщин

- b. чаще встречается у лиц пожилого возраста c. лейкоцитурия
- d. гематурия e. гипотония

28. ДЛЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО: а. олигурия

- b. уменьшение размеров почки
- c. повышение общего белка крови d. снижение мочевины крови
- e. снижение общего белка крови

29. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. олигоурия
- b. никтурия
- c. снижение скорости клубочковой фильтрации
- d. артериальная гипертензия
- e. анемия

30. ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ БОЛИ В ОДНОЙ ИЗ ПОЯСНИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ПАХОВУЮ ОБЛАСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. острый гломерулонефрит
- b. хронический пиелонефрит
- c. острый цистит
- d. нефроптоз
- e. мочекаменная болезнь

31. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМ В ОБРАЗОВАНИИ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

- a. снижение сосудистой проницаемости
- b. задержка натрия в организме
- c. острая задержка мочеотделения
- d. протеинурия более 3,5 г/сутки
- e. увеличение синтеза альдостерона

32. ИШУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- a. острого гломерулонефрита
- b. вазоренальной гипертензии
- c. хронического пиелонефрита
- d. хронического гломерулонефрита
- e. аденомы и рака предстательной железы

33. ГЕМАТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- a. хронического гломерулонефрита

- b. хронического пиелонефита
- c. диабетической нефропатии
- d. острого пиелонефрита
- e. хронического цистита

34. ЛЕЙКОЦИТУРИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:

- a. хроническом гломерулонефрите с изолированным мочевым синдромом
- b. хроническом пиелонефрите
- c. хроническом гломерулонефрите, смешанный вариант
- d. мочекаменной болезни
- e. остром гломерулонефрите

35. У БОЛЬНОГО Б., 39 ЛЕТ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ВЫЯВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ: УДЕЛЬНЫЙ ВЕС 1017, МУТНАЯ, ЖЕЛТАЯ, БЕЛОК 0,4 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 20 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЭРИТРОЦИТЫ – 1-2 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, БАКТЕРИИ +++. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ?

- a. острый гломерулонефрит
- b. хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант
- c. хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом
- d. хронический пиелонефрит, обострение
- e. хронический гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом

36. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. биопсия почки
- b. проба Нечипоренко
- c. общий анализ мочи
- d. внутривенная урография
- e. проба Зимницкого

37. ПРИСТУП ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- a. шока
- b. мочекаменной болезни
- c. хронического гломерулонефрита
- d. хронического пиелонефрита
- e. острого гломерулонефрита

38. ОСНОВНЫМ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. канальцевые нарушения
- b. воспаление паренхимы почки
- c. отек почечной паренхимы
- d. бактериальное воспаление в области лоханок
- e. уменьшение количества функционирующих нефронов

39. К РАННИМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ:

- a. олигоурия и гиперстенурия
- b. поллакиурия
- c. уремическая кома
- d. никтурия и полиурия
- e. гиперкалиемия

40. ДЛЯ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ ХАРАКТЕРНО:

- a. локализация только на одной руке
- b. локализация на обеих ногах, больше к вечеру
- c. локализация в области поясницы
- d. локализация на лице, больше утром
- e. локализация только на одной ноге

Ответы к тестам

«Симптоматология заболеваний системы мочевого выделения»

1a	11a	21c	31d
2c	12e	22e	32e
3a	13d	23d	33a
4d	14a	24e	34b
5c	15e	25a	35d
6d	16c	26b	36a
7a	17d	27d	37b
8e	18e	28a	38e
9c	19e	29c	39d
10b	20a	30e	40d

10. Оценка клинического анализа крови. Симптомы и синдромы заболеваний системы крови

1. ТРАДИЦИОННЫЙ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ВКЛЮЧАЕТ:

- a. определение гемоглобина без подсчёта эритроцитов
- b. подсчет количества тромбоцитов
- c. описание особенностей клеток в окрашенном мазке крови
- d. определение количества ретикулоцитов
- e. показатель гематокрита

2. РЕТИКУЛОЦИТ – ЭТО:

- a. молодой эритроцит, в котором имеются митохондрии и рибосомы
- b. предшественник эритроцита
- c. эритроцит, в котором при окраске по Романовскому-Гимзе определяется зернисто-сетчатая субстанция
- d. эритроцит, в котором невозможен синтез гемоглобина
- e. эритроцит с хроматиновыми тельцами

3. УВЕЛИЧЕНИЕ СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ОБУСЛОВЛЕНО:

- a. приёмом диуретиков
- b. уменьшением концентрации фибриногена
- c. высоким уровнем С-реактивного белка
- d. высоким уровнем билирубина и жёлчных кислот
- e. уменьшением концентрации гемоглобина

4. ЭОЗИНОФИЛИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- a. сепсисе

- b. остеомиелите
- c. аллергических реакциях или паразитарной инвазии
- d. абсцессе лёгкого
- e. остром инфаркте миокарда

5. НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ СДВИГ ВЛЕВО – ЭТО:

- a. увеличение количества нейтрофилов в 1 мкл крови
- b. увеличение процента нейтрофилов в лейкоцитарной формуле
- c. появление нейтрофилов с 5-6-сегментными ядрами
- d. увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов, появление метамиелоцитов

6. ГИПОХРОМИЯ ЭРИТРОЦИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- a. дефиците витамина В12
- b. дефиците фолиевой кислоты
- c. апластической анемии
- d. сфероцитарной гемолитической анемии
- e. дефиците железа

7. АНЕМИЯ ГИПОРЕГЕНЕРАТОРНАЯ, ЕСЛИ КОЛИЧЕСТВО РЕТИКУЛОЦИТОВ:

- a. 0,8% при числе эритроцитов $4,0 \cdot 10^{12}/л$
- b. 1% при числе эритроцитов $3,5 \cdot 10^{12}/л$
- c. 1% при числе эритроцитов $1,5 \cdot 10^{12}/л$
- d. 5% при числе эритроцитов 1 млн./мкл
- e. 5% при числе эритроцитов 3 млн./мкл

8. АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМОХРОМНОЙ, ЕСЛИ:

- a. гемоглобина 60 г/л, эритроцитов 1,4 млн./мкл
- b. гемоглобина 70 г/л, эритроцитов 4,0 млн./мкл
- c. гемоглобина 80 г/л, эритроцитов 1,8 млн./мкл
- d. гемоглобина 80 г/л эритроцитов 3,5 млн./мкл
- e. гемоглобина 80 г/л, эритроцитов 2,5 млн./мкл

9. АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ГИПЕРХРОМНОЙ, ЕСЛИ:

- a. МСН 29,0 пг
- b. МСН 36,8 пг
- c. МСН 20,4 пг
- d. МСН 32,1 пг
- e. МСН 25,6 пг

10. СНИЖЕНИЕ ОСМОТИЧЕСКОЙ СТОЙКОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- a. макроцитозе

- b. микроцитозе
- c. сфероцитозе
- d. анизоцитозе
- e. смешанном пойкилоцитозе

11. ПОЛИХРОМАТОФИЛЬНЫЙ ЭРИТРОЦИТ – ЭТО:

- a. эритроцит с более насыщенной окраской эозином
- b. эритроцит без центрального просветления
- c. эритроцит с хроматиновыми включениями
- d. эритроцит с базофильной пунктацией
- e. эритроцит с сероватым оттенком красного цвета при окраске по Романовскому-Гимзе

12. УВЕЛИЧЕНИЕ СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ОБУСЛОВЛЕНО:

- a. высоким уровнем С-реактивного белка
- b. беременностью
- c. повышением вязкости крови
- d. повышением вязкости крови
- e. микроцитозом

13. НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ СДВИГ ВПРАВО – ЭТО:

- a. гиперсегментация ядер нейтрофилов (6 в ядре)
- b. увеличение процента лимфоцитов
- c. увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов в 1 мкл.
- d. увеличение процента сегментоядерных нейтрофилов в 1 мкл.
- e. увеличение процента моноцитов

14. РЕТИКУЛОЦИТОЗ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- a. кровопотере
- b. анемии
- c. неэффективном эритропоэзе
- d. гемолизе
- e. хорошей регенерации эритронов при анемии

15. НЕЙТРОФИЛЕЗ СО СДВИГОМ ВЛЕВО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- a. вирусной инфекции
- b. бактериальном воспалении
- c. аллергических реакциях
- d. паразитарной инвазии
- e. переохлаждении

16. ГИПЕРХРОМИЯ ЭРИТРОЦИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- a. дефиците витамина В12

- b. дефиците железа
- c. сфероцитарной гемолитической анемии
- d. свинцовой интоксикации
- e. апластической анемии

17. АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ГИПЕРХРОМНОЙ, ЕСЛИ:

- a. гемоглобина 80 г/л, эритроцитов 3,5 млн./мкл
- b. гемоглобина 80 г/л, эритроцитов 2,5 млн./мкл
- c. гемоглобина 70 г/л, эритроцитов 4,0 млн./мкл
- d. гемоглобина 80 г/л, эритроцитов 1,8 млн./мкл
- e. гемоглобина 65 г/л, эритроцитов 2,0 млн./мкл

18. АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМОХРОМНОЙ, ЕСЛИ:

- a. МСН 36,8 пг
- b. МСН 20,2 пг
- c. МСН 29,0 пг
- d. МСН 42,8 пг
- e. МСН 35,9 пг

19. ПОВЫШЕНИЕ ОСМОТИЧЕСКОЙ СТОЙКОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- a. сфероцитарной анемии
- b. мегалобластной анемии
- c. железодефицитной анемии
- d. овалоцитарной анемии
- e. талассемии

20. НОРМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ЭРИТРОЦИТОВ:

- a. 7-9 мкм
- b. 8-9 мкм
- c. 5-7 мкм
- d. 6-8 мкм
- e. 5-10 мкм

21. НАИБОЛЕЕ НАДЁЖНЫМ СПОСОБОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДСЧЁТ:

- a. в окрашенном мазке под покровным стеклом с увеличением объектива 40
- b. в мазках, окрашенных по Романовскому-Гимзе с иммерсионным объективом
- c. в препаратах, окрашенных с помощью цитохимических методов
- d. с помощью современных автоматических счётчиков клеток крови

22. СИМПТОМОМ ГАПТЕНОВОГО АГРАНУЛОЦИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. некротические стоматит и (или) тонзиллит
- b. нормальная температура тела
- c. постыньекционный абсцесс на ягодице
- d. петехиальная сыпь на коже голеней
- e. выраженная бледность кожи и слизистых

23. ПОЛЬЗУ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ГЕМОЛИЗА УБЕДИТЕЛЬНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

- a. гипохромная анемия
- b. лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево
- c. положительная реакция на гемосидерин в моче
- d. всегда прозрачная светлая моча
- e. билирубинурия

24. ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ХАРАКТЕРНО:

- a. образование гематом после ушибов
- b. спонтанные гемартрозы
- c. гемоглобинурия
- d. пальпируемая пурпура
- e. положительная проба щипка

25. ПРИ ГЕМОФИЛИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. увеличение времени свертывания крови и АПТВ
- b. снижение количества тромбоцитов
- c. нарушение ретракции свёртка крови
- d. уменьшение ПТИ
- e. удлинение времени кровотечения при уколочной пробе

26. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. эритроцитопения
- b. тромбоцитопения
- c. уменьшение объема эритроцитов
- d. снижение уровня гемоглобина в крови
- e. ретикулоцитопения

27. ПРИ ДИАСКОПИИ ИСЧЕЗАЮТ:

- a. петехии
- b. телеангиэктазы
- c. элементы пальпируемой пурпуры
- d. пигментные пятна
- e. мелкие синяки

28. ДАННЫЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КРОВОТОЧИВОСТИ:

Тесты	Результат	Норма
Время свёртывания, мин.	8	5 – 12
АПТВ, с	40	35 – 45
ПТИ, %	90	100 ± 10
МНО, условных ед.	1,0	0,8 – 1,2
Тромбоциты, тыс./мкл	18	
Ретракция свёртка крови, %	28	36 – 69
Уколочная проба, мин.	9,0	1 – 4,0

- a. гематомного типа
- b. смешанного типа
- c. пятнисто-петехиального типа
- d. васкулитно-пурпурного типа
- e. телеангиэктатического типа

29.ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНОГО МОЗГА ПОЛУЧАЮТ С ПОМОЩЬЮ:

- a. инцизионной биопсии
- b. аспирационной биопсии грудины
- c. аспирационной биопсии подвздошной кости
- d. игольной трепанобиопсии

30.ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

Гемоглобин, г/л	100,0
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	3,0
Цветовой показатель	1,0
Ретикулоциты, %	26,0
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	7,3
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3,0
Нейтрофилы сегментоядерные, %	60,0
Эозинофилы, %	1,0
Базофилы, %	
Лимфобласты, %	
Лимфоциты, %	30,0
Моноциты, %	6,0
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	240,0
СОЭ, мм/ч	28
<i>Дополнительные сведения: анизоцитоз ++, преобладают микроциты, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +++, осмотическая резистентность эритроцитов: мин. 0,7% NaCl, макс. 0,4%.</i>	

- a. сфероцитарной гемолитической анемии
- b. аплазии костного мозга
- c. аллергической реакции

- d. мегалобластной анемии
- e. тромбоцитопенической пурпуры

31. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ПОДСЧЁТ КОЛИЧЕСТВА РЕТИКУЛОЦИТОВ НЕОБХОДИМ:

- a. при тромбоцитозе, независимо от уровня гемоглобина
- b. у каждого пациента
- c. у больных с плеторическим синдромом
- d. при любой анемии

32. ДЛЯ ПЯТНИСТО-ПЕТЕХИАЛЬНОЙ КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРНО:

- a. время свёртывания крови 24 мин.
- b. АПТВ 42с (норма 35-45с)
- c. длительность кровотечения при уколочной пробе 10 мин.
- d. тромбоциты $190 \times 10^9/\text{л}$
- e. ретракция свёртка крови 46%

33. ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. уменьшение клеточности костного мозга по трепанобиопату
- b. уменьшение продолжительности жизни эритроцитов
- c. панцитопения
- d. снижение содержания гемоглобина в эритроцитах
- e. снижение уровня сывороточного железа

34. ДАННЫЙ АНАЛИЗ КРОВИ СПЕЦИФИЧЕН ДЛЯ:

Гемоглобин, г/л	120,0
Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,0
Цветовой показатель	0,9
Ретикулоциты, %	0,8
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	1,8
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1,0
Нейтрофилы сегментоядерные, %	2,0
Эозинофилы, %	2,0
Базофилы, %	
Лимфоциты, %	93,0
Моноциты, %	2,0
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	230,0
СОЭ, мм/ч	37

- a. гаптенного агранулоцитоза

- b.тромбоцитопенической пурпуры
- c.мегалобластной анемии
- d.бактериального воспаления
- e. железодефицитной анемии

35.ПРИ АПЛАЗИИ КОСТНОГО МОЗГА У ЧЕЛОВЕКА 55 ЛЕТ В ТРЕПАНОБИОПТАТЕ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- a. замещение костного мозга соединительной тканью
- b. соотношение жировые клетки: кроветворные клетки = 55 : 45
- c. соотношение жировые клетки : кроветворные клетки = 70 : 30
- d.. увеличение количества жировых клеток до 95% площади костномозговых полостей

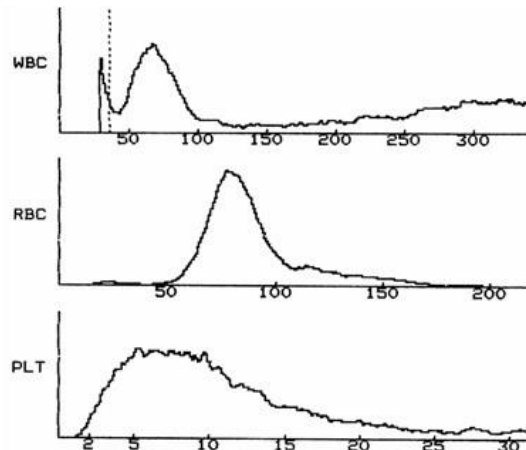
36.ПРИ ДВС СИНДРОМЕ КРОВОТОЧИВОСТЬ:

- a. гематомного типа
- b. пятнисто-петехиального типа
- c. телеангиэктатического типа
- d. васкулитно-пурпурного типа e. смешанного типа

37.ДАННЫЙ АНАЛИЗ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ: СОЭ

1 мм/час

WBC:	7.6 G/L	
LYM:	1.9	25.2 %L
*MID:	0.2 R3†	2.7%M
GRAN:	5.5 R3†	72.1 %G
RBC:	6.39	T/L
HGB:	185.	g/L
HTC:	534	L/L
MCV:	82.	fL
MCH:	29.0	pg
MCHC:	353.	g/L
RDW:	14.0	%
PLT:	200.	G/L
MPV:	11.1	fL
PCT:	2.2	mL/L
PDW:	18.6	10(GSD)



- a. плеторического синдрома
- b. геморрагического синдрома
- c. аллергической реакции
- d. синдрома неэффективного эритропоэза
- e. анемического синдрома

38.ПУРПУРА – ЭТО:

- a. появление синяков, спонтанное и после венепункций
- b. обильная мелкая геморрагическая сыпь, петехиальная или узелковая
- c. множественные плотные с гладкой поверхностью красные узелки до 5 мм, не исчезающие при диаскопии

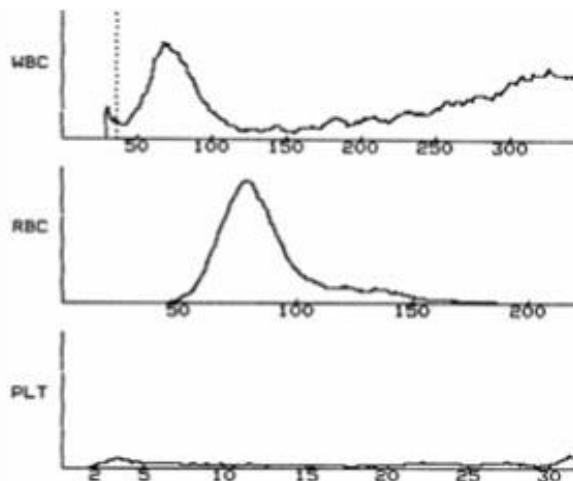
- d. множественные красного цвета папулы, исчезающие при диаскопии
- e. отдельные петехии на слизистых полости рта

39. В АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВХОДЯТ:

- a. слоистость и ломкость ногтей
- b. иктеричность склер
- c. размер селезёнки по Курлову (2) 15/8 см
- d. сухость во рту, необходимость запивания при еде всухомятку, атрофия сосочков языка
- e. понижение толерантности к физической нагрузке

40. У БОЛЬНОЙ НОСОВЫЕ И ДЁСЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, С УЧЁТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ДИАГНОЗ:

WBC :	6.8	G/L	
LYM :	1.4		20.2 %L
*MID :	0.2		2.6 %M
GRAN :	5.2		77.2 %G
RBC :	2.99	T/L	
HGB :	80	g/L	
HCT :	24.2	L/L	
MCV :	81	fL	
MCH :	26.8	pg	
MCHC :	33.1	g/L	
RDW :	15.3	%	
PLT :	2	G/L	
MPV :		fL	
PCT :		mL/L	
PDW :		10 (GSD)	



- a. железодефицитная анемия
- b. мегалобластная анемия
- c. тромбоцитопеническая пурпура, осложнённая острой постгеморрагической анемией
- d. гемолитическая анемия
- e. острый лейкоз

41. ЖЕНЩИНА 43 ЛЕТ. ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ПЛОХУЮ ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ. ЧУВСТВУЕТ СЕБЯ БОЛЬНОЙ ОКОЛО ТРЁХ МЕСЯЦЕВ. ГЕМОГЛОБИН 60 г/л, ЭР. 3,8 млн./мкл, цв.п. 0,47; Л. 4,2 тыс./мкл, Э.3%, П.4 %, С.68%., ЛИМФ.20%, МОН.5%. ТРОМБОЦ. 280 тыс./мкл. СОЭ 24 мм/час. РАБОЧИЙ ДИАГНОЗ:

- a. железодефицитная анемия

- b. гемолитическая анемия
- c. мегалобластная анемия
- d. талассемия
- e. острая постгеморрагическая анемия

42. ДЛЯ ВИТ.В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

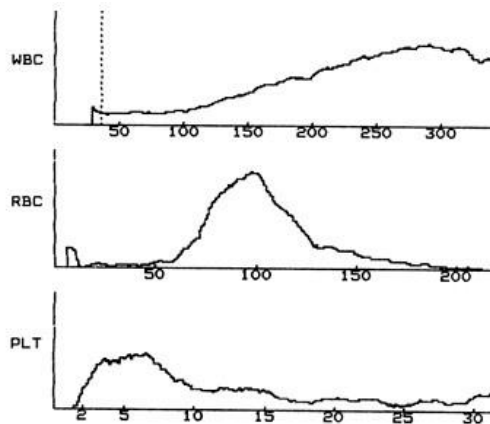
- a. бледность кожи с зеленоватым оттенком
- b. гемоглобин 100 г/л, эр. $4 \times 10^{12}/л$
- c. размер селезёнки по Курлову (0)7/4 см
- d. гладкая малиновая спинка языка
- e. положительная реакция на гемосидерин в осадке мочи

43. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. снижение уровня гемоглобина до 70 г/л
- b. лимфоцитоз $^3 15$ тыс./мкл
- c. тромбоцитопения 50-70 тыс./мкл
- d. относительная нейтропения 10%
- e. лимфоцитоз 50% при количестве лейкоцитов 6 тыс./мкл

44. АНАЛИЗ КРОВИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

WBC:	>>>> G/L ¹	R4 ²
LYM:	R2 ³	3.9 %L
*MID:	R2 ³	3.7 %M
GRAN:		92.4 %G
RBC:	3.02 T/L ¹	
HGB:	102 g/L	
HCT:	287 L/L	
MCV:	95 fL	
MCH:	33.8 pg	
MCHC:	355 g/L	
RDW:	19.7 %	
PLT:	72 G/L ¹	
MPV:	fL	
PCT:	mL/L	
PDW:	10(GSD)	



При подсчёте лейкоцитов в камере — 134 200/мкл.
 Лейкоцитарная формула при микроскопии: промиелоциты 2%, миелоциты 5%, метамиелоциты 6%, палочкоядерные 13%, сегментоядерные 68%, лимфоциты 5%, моноциты 1%

- a. железодефицитной анемии
- b. хронического лимфолейкоза
- c. гаптенный агранулоцитоз
- d. хронического миелолейкоза
- e. аутоиммунной тромбоцитопении

45. В СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ВХОДЯТ:

- a. «шум волчка» на ярёмной вене
- b. бледность кожи и слизистых
- c. прихоти, слоистость и ломкость ногтей
- d. размер селезёнки по Курлову (1)15/7,5 см
- e. гемоглобин 90 г/л, эр. $3 \times 10^{12}/л$

46. В ПЕРВОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. увеличение лимфоузлов
- b. выраженная бледность
- c. повышение температуры
- d. боли в костях
- e. увеличение селезёнки

47. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

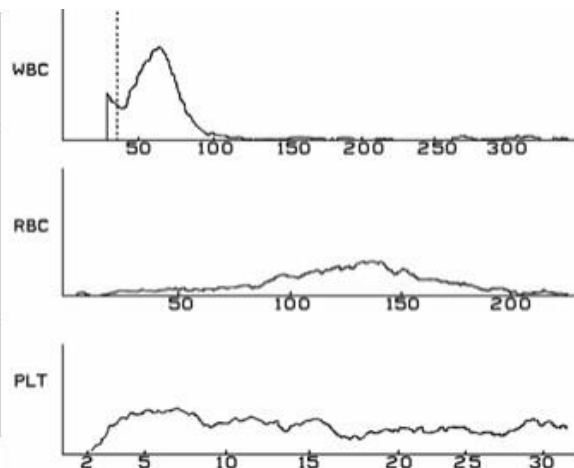
- a. дефицит вит. В12
- b. дефицит железа
- c. синдром дефицита антител
- d. аутоиммунный гемолиз
- e. гиперурикемия

48. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН:

- a. нарушением образования тромбоцитов
- b. лейкозной инфильтрацией
- c. тромбоцитопенией вследствие их разрушения антителами
- d. гиперспленизмом

49. АНАЛИЗ КРОВИ УБЕДИТЕЛЬНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ:

WBC:	<u>3.0</u> G/L		
LYM:	1.8	<u>61.1</u>	%L
*MID:	0.1	2.3	%M
GRAN:	<u>1.1</u>	<u>36.6</u>	%G
RBC:	<u>1.59</u>	T/L	
HGB:	<u>68</u>	g/L	
HCT:	<u>18.1</u>	L/L	
MCV:	<u>114</u>	fL	
MCH:	<u>42.8</u>	pg	
MCHC:	<u>37.6</u>	g/L	
RDW:	<u>38.8</u>	%	
PLT:	<u>59</u>	G/L	URI
MPV:		fL	
PCT:		mL/L	
PDW:		10(GSD)	



- a. гаптенного агранулоцитоза
- b. мегалобластной анемии
- c. фолиево-дефицитной анемии
- d. железодефицитной анемии
- e. вит. В12-дефицитной анемии

50.БЛАСТЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

- a. лимфолейкоза
- b. эритремии
- c. хронического миелолейкоза
- d. острого лейкоза
- e. метастазов рака в костный мозг

51. СИМПТОМОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. снижение АД
- b. увеличение селезенки
- c. систолический шум на лёгочной артерии
- d. тахикардия в покое
- e. часто повторяющиеся заеды

52.НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ 30 ПРОМИЕЛОЦИТОВ У ПАЦИЕНТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- a. хроническом миелолейкозе
- b. острой кровопотере
- c. остром воспалительном процессе
- d. эритремии
- e. остром лейкозе тыс./мкл

53. У ПАЦИЕНТА С ТАКИМ АНАЛИЗОМ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ КРОВИ:

Гемоглобин, г/л	73,0
Эритроциты, $\square 10^{12}/л$	1,62
Цветовой показатель	1,35
Ретикулоциты, %	0,3
Лейкоциты, $\square 10^9/л$	4,3
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1,0
Нейтрофилы сегментоядерные, %	53,0
Эозинофилы, %	10,0

Лимфоциты, %	35,0
Моноциты, %	1,0
Тромбоциты, $\square 10^9/\text{л}$	350,0
СОЭ, мм/ч	36

- a. железодефицитная анемия
- b. хронический лимфолейкоз
- c. тромбоцитопеническая пурпура
- d. острый лейкоз
- e. мегалобластная анемия

54. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. увеличение печени
- b. длительная субфебрильная температура
- c. боли в суставах и костях
- d. раннее развитие анемии
- e. генерализованное увеличение лимфоузлов

55. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ:

- a. мегалобластных анемий
- b. талассемии
- c. фолиево-дефицитной анемии
- d. вит. В 12-дефицитной анемии
- e. хронического миелолейкоза в 1-й стадии

56. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ В I СТАДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
- b. анемия средней степени тяжести
- c. выраженные анизоцитоз и пойкилоцитоз
- d. тромбоцитопения
- e. базофилия 24%

57. КРИТЕРИЕМ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ПРИ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. бластемия 10%
- b. бластемия $\geq 15\%$
- c. бластоз костного мозга $\geq 20\%$
- d. бластоз костного мозга $\geq 15\%$

58. ДАННАЯ МИЕЛОГРАММА ТИПИЧНА ДЛЯ

Миелокарициты, в 1 мкл	250 000
Бласты, %	1,0
Нейтрофилы все, %	15,0
Эозинофилы все, %	2,0
Базофилы, %	0
Эритрокарициты, %	15,0
Мегакарициты, %	0,3
Моноциты, %	1,7
Лимфоциты, %	64,0
Плазмоциты, %	1,0

- a. острого лейкоза
- b. хронического лимфолейкоза с. хронического миелолейкоза
- d. мегалобластной анемии
- e. апластической анемии

59. ПО ДАННОМУ АНАЛИЗУ КРОВИ С БОЛЬШОЙ СТЕПЕНЬЮ
ВЕРОЯТНОСТИ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ:

WBC :	5.6	$10^3/\text{mm}^3$	< 3.5 – 10.0 >	MCV :	57	L	μm^3	< 80 – 97 >	
RBC :	4.27	$10^6/\text{mm}^3$	< 3.80 – 5.80 >	MCH :	19.5	L	pg	< 26.5 – 33.5 >	
HGB :	8.3	L	g/dl	< 11.0 – 16.5 >	MCHC :	34.1	g/dl	< 31.5 – 35.0 >	
HCT :	24.5	L	%	< 35.0 – 50.0 >	RDW :	21.7	H	%	< 10.0 – 15.0 >
PLT :	275	$10^3/\text{mm}^3$	< 150 – 390 >	MPV :	8.4		μm^3	< 6.5 – 11.0 >	
PCT :	230	%	< 100 – 500 >	PDW :	12.2		%	< 10.0 – 18.0 >	
WBC Flags : M2 G1 G2									
DIFF :									
% LYM :	31.0	%	< 17.0 – 48.0 >	#LYN :	1.7		$10^3/\text{mm}^3$	< 1.2 – 3.2 >	
% MON :	10.0	%	< 4.0 – 10.0 >	#MON :	0.5		$10^3/\text{mm}^3$	< 0.3 – 0.8 >	
%GRAN :	59.0	%	< 43.0 – 76.0 >	#GRA :	3.4		$10^3/\text{mm}^3$	< 1.2 – 6.8 >	

- a. железодефицитную анемию
- b. мегалобластную анемию
- c. тромбоцитопеническую пурпуру
- d. острый лейкоз
- e. хронический лимфолейкоз

60. АНАЛИЗ КРОВИ ДАЁТ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

Гемоглобин, г/л	73,0
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	2,2
Цветовой показатель	1,0
Ретикулоциты, %	0,6
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	19,3
Миелобласты, %	27,0
Промиелоциты, %	
Миелоциты, %	
Метамиелоциты, %	
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1,0
Нейтрофилы сегментоядерные, %	23,0
Эозинофилы, %	
Базофилы, %	
Лимфобласты, %	
Лимфоциты, %	48,0
Моноциты, %	1,0
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	350,0
СОЭ, мм/ч	36

- a. железодефицитной анемии
- b. мегалобластной анемии
- c. хронического лимфолейкоза
- d. тромбоцитопенической пурпуры e. острого лейкоза

Ответы к тестам

«Оценка клинического анализа крови. Симптомы и синдромы заболеваний системы крови»

1c	11e	21b	31a	41a	51e
2a	12b	22a	32c	42d	52a
3e	13a	23c	33 b	43b	53e
4c	14e	24e	34a	44d	54e
5d	15b	25a	35d	45c	55d
6e	16a	26d	36e	46e	56a
7c	17d	27b	37a	47d	57c
8e	18c	28c	38b	48a	58b
9b	19e	29d	39e	49b	59a
10c	20d	30a	40c	50d	60e

11. Диагностика и первая помощь. Принципы реанимации. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней.

1. Основные клинические проявления синдрома “острого живота”:

a. абдоминальная боль, жидкий стул, лихорадка
b. рвота, абдоминальная боль, тахикардия
c. абдоминальная боль, активная резистентность, симптомы раздражения брюшины
d. наличие свободной жидкости в брюшной полости, брадикардия

2. При каких неотложных состояниях пациент принимает вынужденное положение:

- a. отек легких, приступ бронхиальной астмы
- b. острая печеночная и почечная недостаточность
- c. диабетическая и гипогликемическая кома
- d. острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс)

3. На догоспитальном этапе диагноз инфаркта миокарда ставится при наличии:

- a. слабости, лихорадки, болей в животе
- b. болей в сердце, повышения артериального давления
- c. одышки, головокружения, слабости
- d. типичной загрудинной боли, изменений ЭКГ

4. К критериям эффективности лечения отека легких относят:

- a. нормализацию артериального давления, температуры
- b. исчезновение тахикардии, загрудинных болей, одышки
- c. уменьшение одышки, цианоза, исчезновение влажных хрипов в легких
- d. появление зоны “немного легкого”, падение артериального давления

5. Симптомами острого кровотечения из пищеварительного тракта являются:

- a. сосудистый коллапс, лихорадка, понос
- b. рвота цвета кофейной гущи, сосудистый коллапс
- c. гипотония, головная боль, рвота
- d. рвота съеденной пищей, боли в животе, лихорадка, слабость

6. К обструктивным причинам развития острой дыхательной недостаточности относят:

- a. диабетический кетоацидоз
- b. отек легких, пневмосклероз
- c. пневмоторакс, гемоторакс, экссудативный плеврит
- d. опухоли легких, диафрагмальную грыжу
- e. западение языка, аспирацию инородных тел, мокроты, рвотных масс

7. Симптомы развивающейся диабетической кетоацидотической комы:

- a. анорексия, ацетоновый запах изо рта, тошнота, рвота
- b. ощущение голода, слабость, потливость, тахикардия
- c. сонливость, запаха аммиака изо

рта

d. артериальная гипертония, гипертермия, тремор

8. При приступе бронхиальной астмы находят:

- a. ясный легочный звук над легкими, шум трения плевры
- b. удушье, ясный легочный звук над легкими, крепитацию
- c. притупленный звук в заднебазальных отделах легких, влажные хрипы
- d. удушье, коробочный звук над легкими, сухие свистящие хрипы

9. Острая постгеморрагическая анемия развивается вследствие:

- a. массивной угнетения пролиферации клеток костного мозга
- b. быстрой массивной потерей крови
- c. длительных, часто повторяющихся потерь крови при расстройствах

гемостаза

d. нарушения образования гемоглобина при дефиците железа

10. Появление у больного с гипотиреозом после переохлаждения слабости, сонливости, заторможенности, брадикардии, снижение АД и температуры тела угрожает развитием:

- a. гипотиреоидной комы
- b. тиреотоксического криза
- c. гипогликемической комы
- d. острой надпочечниковой недостаточности

11. Клинические признаки острой недостаточности надпочечников:

- a. гипергидратация, гипернатриемия, повышение АД, алкалоз
- b. обезвоживание, гиперкалиемия, гипогликемия, резкое снижение АД, азотемия, ацидоз
- c. дегидратация, гипокалиемия, гипергликемия, снижение АД, азотемия
- d. гипергидратация, гиперкалиемия, повышение АД, азотемия, ацидоз

12. Самый первый функциональный критерий острой почечной недостаточности это:

- a. никтурия
- b. полиурия
- c. олигурия
- d. странгурия

13. Перечислите гемодинамические признаки острой сосудистой недостаточности:

- a. малый (нитевидный), частый пульс, снижение артериального давления
- b. напряженный, частый пульс, повышение артериального давления
- c. большой, редкий пульс, повышение артериального давления

d. редкий с перебоями пульс, снижение артериального давления

14. Что является наиболее эффективным в лечение астматического состояния:

- a. антигистаминные препараты
- b. сердечные гликозиды
- c. симпатомиметики
- d. муколитики
- e. глюкокортикоидная терапия

15. Отек квинке это:

- a. отек сосочкового слоя кожи в виде высыпаний и зудящих волдырей
- b. накопление отечной жидкости в полостях
- c. аллергический отек кожи, подкожной клетчатки, слизистых оболочек
- d. плотный отек при котором надавливание не оставляет следа

16. Внезапное нарастание артериальной гипертонии и сильная головная боль у больного с острым гломерулонефритом являются предвестниками развития:

- a. почечной эклампсии
- b. нефротического синдрома
- c. острой почечной недостаточности
- d. уремической комы

17. Причиной желчной колики является:

- a. растяжение гиссоновой капсулы печени
- b. спазм гладких мышц желчного пузыря и желчных протоков при контакте с камнем
- c. нарушение функции сфинктера Одди
- d. воспаление стенки желчного пузыря

18. Какой вариант печеночной комы разовьется при массивном некрозе гепатоцитов:

- a. шунтовая
- b. портокавальная
- c. смешанная
- d. печеночно-клеточная

19. О развитии какого неотложного состояния можно думать при внезапном появлении у больного с абсцессом легкого болей в грудной клетке, цианоза, одышки и кашля:

- a. спонтанный пневмоторакс
- b. бронхообструктивный синдром

- c. отек легких
- d. легочное кровотечение

20. Внезапное значительное повышение артериального давления, сопровождающееся головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой это:

- a. сердечная астма
- b. коллапс
- c. гипертонический криз
- d. обморок

Ответы к тестам

«Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. Диагностика и первая помощь. Принципы реанимации»

1c	6e	11b	16a
2a	7a	12c	17b
3d	8d	13a	18d
4c	9b	14e	19a
5b	10a	15c	20c