

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Корневский Николай Алексеевич
Должность: Заведующий кафедрой
Дата подписания: 14.02.2023 15:59:51
Уникальный программный ключ:
fa96fcb250c863d5c30a0336097d4c6e99ca25a5

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Юго-Западный государственный университет

УТВЕРЖДАЮ:
Заведующий кафедрой

биомедицинской инженерии
(наименование кафедры полностью)

 Н.А. Корневский
(подпись)

«31» августа 2021г.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для текущего контроля успеваемости
и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ
(наименование дисциплины)

30.05.03 Медицинская кибернетика
(код и наименование ОПОП ВО)

Юго-Западный государственный университет

Кафедра биомедицинской инженерии

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 1. «Пропедевтика внутренних болезней»

1. Последовательность обследования больного.
2. Положения больного. Варианты вынужденного положения. Диагностическое значение.
3. Сознание больного. Виды нарушения сознания.
4. Типы лихорадки и их диагностическое значение.
5. Перкуссия как метод объективного обследования больного. Физические основы, виды, история развития.
6. Аускультация как метод объективного обследования больного. История.
7. Виды и правила аускультации.
8. Методы обследования больных с заболеваниями органов кроветворения
9. Современная теория кроветворения
10. Физиология и патофизиология старения
11. Особенности клинического проявления, обследования и лечения отдельных заболеваний в пожилом возрасте
12. Современное представление об инфекционном процессе
13. Эколого-эпидемиологическая классификация инфекционных болезней
14. Обследование хирургического больного в амбулаторных условиях. Асептика, антисептика.
15. Методы обезболивания на врачебном участке

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 2. «Заболевания органов дыхательной системы»

16. Формы грудной клетки в норме и при патологии. Диагностическое значение осмотра при патологии органов дыхания.
17. Типы дыхания в норме и при патологии. Типы одышки. Диагностическое значение.
18. Виды нарушения ритма дыхания. Механизмы. Диагностическое значение.
19. Отеки. Механизмы образования. Разновидности. Отличие почечных отеков от сердечных.
20. Диагностическое значение исследования кожи, слизистых оболочек, подкожной клетчатки.
21. Основные жалобы при патологии органов дыхания. Механизмы. Диагностическое значение.
22. Голосовое дрожание и бронхофония. Механизмы возникновения. Методики определения. Диагностическое значение изменений.

23. Основные дыхательные шумы. Механизмы образования. Изменения основных дыхательных шумов и их диагностическое значение.
24. Побочные дыхательные шумы. Механизмы образования. Диагностическое значение. Дифференциальная диагностика побочных дыхательных шумов.
25. Синдром полости в легком. Причины. Клиника. Диагностика.
26. Синдром скопления жидкости в плевральной полости. Причины. Клиника. Диагностика.
27. Синдром скопления воздуха в плевральной полости. Причины. Клиника. Диагностика.
28. Синдром уплотнения легочной ткани. Причины. Механизмы. Клиника. Диагностика.
29. Синдром бронхиальной обструкции. Причины. Механизмы. Клиника. Диагностика.
30. Синдром дыхательной недостаточности. Причины. Разновидности. Клиника. Диагностика.

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 3. «Заболевания органов сердечно-сосудистой системы»

31. Основные жалобы при патологии органов кровообращения. Механизмы. Диагностическое значение.
32. Диагностическое значение осмотра больных при патологии сердечно-сосудистой системы.
33. Артериальное давление. Методы определения. Нормальные показатели. Диагностическое значение.
34. Диагностическое значение пальпации области сердца.
35. Диагностическое значение пальпации пульса и его характеристики.
36. Места проекции клапанов на переднюю поверхность грудной клетки и места их наилучшего выслушивания. Механизмы образования тонов сердца. Отличие 1-го тона от 2-го.
37. Изменения звучности тонов в различных точках аускультации в норме и при патологии.
38. Механизмы и диагностическое значение раздвоения и расщепления тонов сердца в различных точках.
39. Ритмы "галопа", "перепела", эмбриокардия, маятникообразный ритм. Механизмы образования. Диагностическое значение.
40. Механизмы возникновения, разновидности и диагностическое значение шумов сердца.
41. Дифференциальная диагностика функциональных и органических шумов сердца.
42. Внесердечные шумы. Механизмы образования. Диагностическое значение.
43. ЭКГ. Методика регистрации. Отведения. План расшифровки ЭКГ. Анализ нормальной ЭКГ.

44. Клинико-электрокардиографическая диагностика атриовентрикулярной блокады.
45. Клинико-электрокардиографическая диагностика блокады ножек пучка Гиса.
46. Клинико-электрокардиографическая диагностика экстрасистолии.
47. Клинико-электрокардиографическая диагностика мерцания и трепетания предсердий и желудочков.
48. Клинико-электрокардиографическая диагностика пароксизмальной тахикардии.
49. ЭКГ-диагностика острой и хронической коронарной недостаточности. Функциональные электрокардиографические пробы.
50. Синдром артериальной гипертензии. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
51. Синдром недостаточности кровообращения. Механизмы развития. Классификация. Клиника. Диагностика.
52. Недостаточность митрального клапана. Причины, гемодинамика. Клиника. Диагностика.
53. Стеноз митрального отверстия. Причины. Гемодинамика. Клиника. Диагностика.
54. Недостаточность аортальных клапанов. Причины. Гемодинамика. Клиника. Диагностика.
55. Стеноз устья аорты. Причины. Гемодинамика. Клиника. Диагностика.

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 4. «Заболевания органов пищеварения»

56. Основные жалобы при патологии органов пищеварения. Механизмы. Диагностическое значение.
57. Пальпация живота (поверхностная и глубокая). Диагностическое значение.
58. Дополнительные методы обследования при патологии органов пищеварения.
59. Синдром желтух. Причины. Механизмы развития. Клиника. Диагностика. Разновидности.
60. Синдром портальной гипертензии. Причины. Механизмы развития. Клиника. Диагностика.
61. Синдром печеночной недостаточности. Причины. Механизмы развития. Клиника. Методы диагностики.
62. Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Причины. Механизмы развития. Клиника. Диагностика.
63. Энтеральный синдром. Причины. Механизмы развития. Клиника. Диагностика.
64. Гипоацидный и гиперацидный желудочный синдром. Причины. Клиника. Диагностика.
65. Синдром кровотечения из желудка и кишечника. Причины. Механизмы развития. Клиника. Диагностика.

66. Основные жалобы пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и кишечника.

67. Осмотр полости рта, языка и живота. Топография передней брюшной стенки. Измерение окружности живота.

68. Отличительные признаки увеличения живота при асците, метеоризме и ожирении.

69. Поверхностная ориентировочная и сравнительная пальпация живота: методика и техника.

70. Глубокая, скользящая, методическая пальпация органов брюшной полости (тонкой и толстой кишки, желудка, поджелудочной железы) по В.П. Образцову и Н.Д. Стражеско.

71. Заключение о размерах, консистенции, болезненности и других свойствах органов брюшной полости по результатам пальпации. Диагностическое значение

72. Исследование желудочной секреции. Желудочное зондирование и исследование желудочного сока.

73. Понятие о внутрижелудочной и пищеводной рН-метрии, диагностическое значение. Показания, противопоказания.

74. Методы выявления *H. pylori*.

75. Исследование дуоденального содержимого. Значения показателей дуоденального содержимого в норме и при патологии, диагностическое значение.

76. Копрологическое исследование: забор материала, исследование физических и химических свойств кала, микроскопическое исследование кала, диагностическое значение.

77. Инструментальные методы исследования: ультразвуковой метод, диагностическое значение. Показания, противопоказания.

78. . Инструментальные методы исследования: эндоскопический (фиброгастродуоденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, энтероскопия). Диагностическое значение. Показания, противопоказания.

79. Роль биопсии в диагностике заболеваний пищевода, желудка, кишечника.

80. Инструментальные методы исследования: рентгенологический (исследование желудка, ирригоскопия), компьютерная томография, магнитнорезонансная томография, лапароскопия. Диагностическое значение. Показания, противопоказания

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 5. «органов мочевыделительной системы»

81. Основные жалобы и их патогенез, анамнестические данные у пациентов с заболеваниями почек и органов мочевого выделения.

82. Общий осмотр пациента с заболеваниями почек, особенности распределения отеков и отличие их от отеков другого происхождения

83. Перкуссия и пальпация почек и мочевого пузыря. Определение симптома поколачивания и болевых точек при заболеваниях органов мочеотделения. Диагностическое значение
84. Аускультация. Методика выслушивания почечных артерий
85. Правила забора мочи для общего анализа
86. Общий анализ мочи. Исследование физических свойств мочи (цвет, прозрачность, запах, плотность). Диагностическое значение
87. Химическое исследование мочи: реакция, определение в моче белка, глюкозы, кетоновых тел, билирубина, уробилиноидов. Диагностическое значение.
88. Микроскопическое исследование мочевого осадка (эпителиальные клетки, лейкоциты, эритроциты, цилиндры, соли). Диагностическое значение
89. Анализ мочи по Нечипоренко, нормальные показатели и диагностическое значение обнаруживаемых изменений
90. Методика проведения пробы по Зимницкому, нормальные показатели и диагностическое значение обнаруживаемых изменений
91. Методы определения скорости клубочковой фильтрации: проба Реберга; расчет по формуле Кокрофта-Голта и по формуле международного мультицентрового исследования почек Modification of Diet in Renal Disease Study (MDRD).
92. Биохимические показатели крови при заболеваниях органов мочеотделения и их диагностическое значение
93. Инструментальные методы исследования: рентгенологические, ультразвуковые, ангиографические, биопсия почек
94. Болевой синдром
95. Мочевой синдром
96. Синдром артериальной гипертензии
97. Отечный синдром
98. Нефротический синдром
99. Методика и техника пальпации почек и мочевого пузыря.
100. Интерпретация клинических анализов мочи.

Составитель _____ С.П. Серегин
(подпись)

«31» августа 2021 г

Юго-Западный государственный университет
Кафедра биомедицинской инженерии

Вопросы в тестовой форме по разделу (теме) 1. «Заболевания органов дыхательной системы»

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Микроаспирация секрета ротоглотки является преимущественным патогенетическим механизмом развития внебольничной пневмонии:

А. у лиц молодого возраста;

Б. у лиц пожилого возраста;

В. при инфицировании пневмококком;

Г. при инфицировании «атипичными» возбудителями (микоплазмой, хламидией);

Д. при инфицировании вирусами.

2. Следующие утверждения справедливы в отношении пневмонии, вызванной *Legionella pneumophila*:

А. заболевание обычно возникает в виде спорадических вспышек;

Б. возбудитель является условно-патогенным микроорганизмом, в нормальных условиях колонизирующим ротоглотку;

В. препаратами выбора при лечении легионеллезной пневмонии являются цефалоспорины;

Г. для быстрой диагностики применяют тест определения антигена легионеллы в моче;

Д. тяжелые формы легионеллезной инфекции представлены понтиакской лихорадкой.

3. Следующий фактор отсутствует в прогностической шкале оценки тяжести пневмонии (CURB-65):

А. концентрация азота мочевины в сыворотке более 19 мг/дл (7 ммоль/л);

Б. число дыхательных движений (ЧДД) более 30 в минуту;

В. систолическое артериальное давление (АД) менее 90 мм рт.ст.;

Г. лейкоцитоз более 15 тыс в мкл;

Д. возраст более 65 лет.

4. Под «медленно разрешающейся» (затяжной) пневмонией понимают:

А. медленное обратное развитие рентгенологических изменений (уменьшение размеров инфильтрации менее 50 % в течение четырех недель);

Б. отсутствие полного рентгенологического выздоровления к 18 нед;

В. отсутствие улучшения клинической картины в течение 7 сут приема антибактериальных препаратов;

Г. резистентность к многокомпонентной антимикробной терапии;

Д. рецидивирующая пневмония.

5. Рентгенологическими признаками долевой пневмонии являются:

- А. пораженные участки в виде негетомогенных, очаговых затемнений, захватывающих одну или несколько долей лёгких;
- Б. «воздушная бронхограмма»;
- В. мелкие, многофокусные, двусторонние затемнения с нечеткими контурами;
- Г. линии Керли В;
- Д. перибронхиальное утолщение.

6. При выборе эмпирической антимикробной терапии внебольничной пневмонии учитывают следующие факторы:

- А. активность антибактериального препарата в отношении пневмококка;
- Б. активность антибактериального препарата в отношении «атипичных» возбудителей;
- В. индивидуальный профиль риска пациента (аллергия, состояние функции печени и почек);
- Г. механизм действия антибактериального препарата (бактерицидный или бактериостатический);
- Д. предшествующая антимикробная терапия в течение последних трех месяцев.

7. Следующие признаки свидетельствуют о неэффективности антимикробной терапии пневмонии через 3-5 сут после начала лечения:

- А. температура тела более 37,5 °С; Б. признаки интоксикации;
- В. кашель;
- Г. выделение гнойной мокроты;
- Д. сохраняющиеся изменения на рентгенограмме.

8. Сотрудник приемного отделения городской больницы 38 лет госпитализирован в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,4 °С, кашель с отхождением небольшого количества мокроты, общую слабость. Указанные клинические проявления возникли в течение последних суток. Анамнез не отягощен. Курил в течение 12 лет, последние 8 лет не курит. Был вакцинирован противогриппозной вакциной 4 мес назад. При осмотре состояние средней тяжести, справа в лёгких отмечается ослабление интенсивности дыхательных шумов, ограниченный участок влажных звонких мелкопузырчатых хрипов. ЧД - 24 в минуту, частота сердечных сокращений (ЧСС) - 102 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. В анализе крови - лейкоцитоз до $16 \times 10^9/\text{л}$.

Выберите из перечисленных ниже исследований то, которое необходимо выполнить в первую очередь:

- А. биохимический анализ крови;
- Б. определение газов артериальной крови;
- В. анализ мокроты;
- Г. рентгенография органов грудной клетки; Д. посев крови.

9. Пациенту выполнена рентгенография органов грудной клетки (рис. 1-1). С учетом жалоб, данных анамнеза, физического исследования и общего анализа крови (лейкоцитоз) поставьте диагноз:

- А. внебольничная пневмония;
- Б. вирусная интерстициальная пневмония, вызванная вирусом гриппа;
- В. милиарный туберкулёз лёгких;
- Г. отёк лёгких;
- Д. инфаркт лёгкого вследствие тромбоэмболии лёгочной артерии.



Рис. 1-1. Рентгенограмма органов грудной клетки

10. В данном случае препаратами первого ряда антимикробной терапии являются:

- А. доксициклин;
- Б. триметоприм/сульфаметоксазол;
- В. азитромицин;
- Г. амоксициллин/клавулановая кислота;
- Д. гентамицин.

11. Выслушивание сухих свистящих хрипов над всей поверхностью лёгких характерно для:

- А. синдрома повышения воздушности лёгочной ткани;
- Б. синдрома наличия жидкости в плевральной полости;
- В. синдрома нарушения бронхиальной проходимости;
- Г. синдрома уплотнения лёгочной ткани;
- Д. синдрома наличия полости в лёгком.

12. Для дифференциальной диагностики хронического бронхита и бронхоэктатической болезни целесообразно провести:

- А. спирометрию в сочетании с бодиплетизмографией;
- Б. бронхоскопию;
- В. компьютерную томографию лёгких;
- Г. вентиляционную сцинтиграфию лёгких;
- Д. перфузионную сцинтиграфию лёгких.

13. Когда встречаются патологическое бронхиальное дыхание:

- А. при синдроме нарушения бронхиальной проходимости;
- Б. при синдроме уплотнения лёгочной ткани;
- В. при синдроме повышенной воздушности лёгочной ткани;
- Г. при синдроме скопления жидкости в плевральной полости (над областью расположения жидкости);
- Д. при синдроме скопления газа в полости плевры.

14. Для поражения крупных и средних бронхов при хроническом бронхите характерно наличие:

- А. сухих свистящих хрипов на выдохе;
- Б. сухих свистящих хрипов на вдохе;
- В. сухих жужжащих хрипов на вдохе;
- Г. сухих жужжащих хрипов на выдохе;
- Д. незвонких мелкопузырчатых хрипов над проекцией базальных отделов лёгких.

15. Антибактериальную терапию при хроническом бронхите следует назначать:

- А. в осенне-зимний период;
- Б. постоянно;
- В. не следует применять вообще;
- Г. при выделении гнойной мокроты;
- Д. при появлении кровохарканья.

16. О деструкции ткани лёгкого свидетельствует обнаружение в мокроте:

- А. кристаллов Шарко-Лейдена;
- Б. лейкоцитов;
- В. спиралей Куршмана;
- Г. эластических волокон;
- Д. эритроцитов.

17. В каких отделах лёгкого чаще всего локализуются бронхоэктазы:

- А. любая доля;
- Б. верхняя доля левого лёгкого;
- В. верхние доли обоих лёгких;
- Г. нижняя доля левого лёгкого;
- Д. верхняя доля правого лёгкого.

18. Клинические симптомы, характерные для неосложненного хронического обструктивного бронхита:

- А. затруднение выдоха;
- Б. сухие хрипы;
- В. затруднение выделения мокроты;
- Г. наличие в мокроте эластических волокон;

Д. коробочный звук над всей поверхностью лёгких.

19. Остаточный объем лёгких (ОО, RV) может быть определен с помощью:

А. спирометрии;

Б. пульсоксиметрии;

В. пикфлоуметрии;

Г. бодиплетизмографии;

Д. мультиспиральной компьютерной томографии лёгких.

20. Жизненная емкость лёгких (ЖЕЛ, VC) состоит из:

А. резервного объема вдоха ($PO_{вд.}$, IRV);

Б. резервного объема выдоха ($PO_{выд.}$, ERV);

В. функциональной остаточной емкости лёгких (ФОЕ, FRC);

Г. остаточного объема (ОО, RV);

Д. дыхательного объема (ДО, V_t).

21. В возникновении хронического бронхита решающую роль играют:

А. загрязнение окружающей среды;

Б. табачный дым;

В. неблагоприятные условия профессиональной деятельности (ирританты, поллютанты);

Г. инфекция;

Д. атопия.

22. Общая емкость лёгких (ОЕЛ, TLC) может быть рассчитана как:

А. остаточный объем лёгких (ОО, RV) + жизненная емкость лёгких (ЖЕЛ, VC);

Б. дыхательный объем (ДО, V_t) + резервный объем вдоха ($PO_{вд.}$, IRV) + резервный объем выдоха ($PO_{выд.}$, ERV) + остаточный объем лёгких (ОО, RV);

В. жизненная емкость лёгких (ЖЕЛ, VC) + дыхательный объем (ДО, V_t);

Г. функциональная остаточная емкость лёгких (ФОЕ, FRC) + емкость вдоха (ЕВ, IC);

Д. резервный объем вдоха ($PO_{вд.}$, IRV) + функциональная остаточная емкость лёгких (ФОЕ, FRC).

23. Для хронического обструктивного бронхита характерно:

А. уменьшение пиковой скорости выдоха (ПСВ.);

Б. уменьшение объема форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$, FEV1);

В. уменьшение остаточного объема лёгких (ОО, RV);

Г. уменьшение общей емкости лёгких (ОЕЛ, TLC);

Д. уменьшение функциональной остаточной емкости лёгких (ФОЕ, FRC).

24. Средства, которые следует использовать при обострении катарально-гнойной формы хронического обструктивного бронхита:

А. антагонисты лейкотриеновых рецепторов;

Б. ингаляционные глюкокортикоиды;

В. антибактериальные препараты;

Г. ингаляционные р-адреномиметики;

Д. ингаляционные М-холиноблокаторы.

25. Для лечения обострения хронического слизисто-гнойного необструктивного бронхита следует использовать:

А. антибактериальные препараты;

Б. муколитические препараты;

В. ингаляционные р-адреномиметики;

Г. ингаляционные М-холиноблокаторы;

Д. стабилизаторы мембран тучных клеток.

26. В анализе мокроты больного неосложненным хроническим слизисто-гнойным обструктивным бронхитом выявляют:

А. кристаллы Шарко-Лейдена;

Б. макрофаги;

В. нейтрофилы;

Г. эозинофилы;

Д. эластические волокна.

27. Для диагностики хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) используют:

А. постбронходилатационное отношение $ОФВ_1/ЖЕЛ$;

Б. постбронходилатационное отношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ$;

В. пребронходилатационное отношение $ОФВ_1/ЖЕЛ$;

Г. пребронходилатационное отношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ$;

Д. постбронходилатационное значение $ОФВ_1$.

28. Возможные варианты ХОБЛ:

А. эмфизематозный;

Б. буллёзный;

В. бронхитический;

Г. бронхоэктатический;

Д. смешанный (эмфизематозно-бронхитический).

29. Для ХОБЛ средней тяжести характерно:

А. $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70 \%$, $ОФВ_1 > 80 \%$;

Б. $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70 \%$, $ОФВ_1 = 50-80 \%$;

В. $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70 \%$, $ОФВ_1 = 30-50 \%$;

Г. $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70 \%$, $ОФВ_1 < 80 \%$; Д. $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70 \%$, $ОФВ_1 < 30 \%$.

30. Главным в формировании лёгочного сердца у больных ХОБЛ является:
А. пассивная, посткапиллярная лёгочная гипертензия; Б. активная, прекапиллярная лёгочная гипертензия;
В. облитерация капилляров малого круга кровообращения; Г. ремоделирование средних и крупных бронхов;
Д. рецидивирующая тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА).

Вопросы в тестовой форме по разделу (теме) 3. «Заболевания органов сердечно-сосудистой системы»

31. Причиной острой правожелудочковой недостаточности может быть
А аортальная недостаточность;
Б недостаточность митрального клапана;
В аортальный стеноз;
Г стеноз легочной артерии;
Д митральный стеноз

32. Причиной правожелудочковой недостаточности может быть:
А недостаточность аортального клапана;
Б недостаточность митрального клапана;
В коарктация аорты;
Г артериальная гипертензия малого круга кровообращения;
Д артериальная гипертензия большого круга кровообращения

33. Одним из признаков правожелудочковой недостаточности является
А бледность;
Б приступы удушья;
В кровохарканье;
Г отек легких;
Д цианоз кожи и видимых слизистых, асцит

34. Одним из признаков правожелудочковой недостаточности является:
А приступы удушья;
Б кровохарканье;
В отек легких;
Г выраженная бледность кожных покровов;
Д отеки нижних конечностей, асцит

35. Одной из причин левожелудочковой недостаточности является
А заболевания легких;
Б стеноз устья легочной артерии;
В недостаточность трехстворчатого клапана;
Г инфаркт правого желудочка;
Д недостаточность митрального клапана

36. Одной из причин левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- А легочная гипертензия;
- Б стеноз устья легочной артерии;
- В недостаточность трехстворчатого клапана;
- Г эмфизема легких;
- Д первичная артериальная гипертензия.

37. Одним из признаков левожелудочковой недостаточности является

- А цианоз;
- Б отеки на нижних конечностях;
- В пульсация вен шеи;
- Г увеличение печени;
- Д приступы удушья (сердечная астма)

38. При левожелудочковой сердечной недостаточности наблюдается:

- А асцит;
- Б отеки на нижних конечностях;
- В пульсация вен шеи;
- Г увеличение печени;
- Д отек легких

39. К перегрузочной форме сердечной недостаточности приводит

- А гиперволемия;
- Б ишемия миокарда;
- В миокардиты;
- Г экстрасистолия;
- Д миокардиодистрофии.

40. К перегрузочной форме сердечной недостаточности приводит:

- А артериальная гипертензия;
- Б ишемия миокарда;
- В миокардиты;
- Г экстрасистолия;
- Д миокардиодистрофии

41. К перегрузочной форме сердечной недостаточности приводит:

- А легочная гипертензия;
- Б коронарная недостаточность;
- В миокардиты;
- Г экстрасистолия;
- Д миокардиодистрофии

42. Перегрузка сердца объемом крови может развиваться при:

- А гиперволемии;
- Б артериальной гипертензии;

В артериальной гипотензии;
Г стенозе митрального клапанного отверстия;
Д стенозе аортального клапанного отверстия

43. Перегрузка сердца "сопротивлением" развивается при недостаточности клапанов сердца:

А эритремии;
Б артериальной гипертензии;
В физической нагрузке;
Г гиперволемии

44. Перегрузка сердца "сопротивлением" развивается при:

А недостаточности клапанов сердца;
Б эритремии;
В коарктации аорты;
Г физической нагрузке;
Д гиперволемии

45. Перегрузочная форма сердечной недостаточности развивается при:

А уменьшении объема крови;
Б ишемии миокарда;
В миокардитах;
Г пороках сердца;
Д миокардиодистрофиях

46. Перегрузочная форма сердечной недостаточности развивается при:

А уменьшении объема крови;
Б ишемии миокарда;
В миокардитах;
Г недостаточности митрального клапана;
Д миокардиодистрофиях

47. Перегрузочная форма сердечной недостаточности развивается при:

А уменьшении объема крови;
Б ишемии миокарда;
В миокардитах;
Г пороках сердца;
Д гиперволемии

48. Долговременную адаптацию функции сердца обеспечивает

А тахикардия;
Б гипертрофия миокарда;
В гетерометрический механизм сокращения;
Г гомеометрический механизм сокращения;
Д миогенная дилатация

49. Для стадии компенсации сердечной недостаточности характерно:

- А тоногенная дилатация;
- Б тахикардия;
- В гипертрофия миокарда;
- Г миогенная дилатация;
- Д увеличение остаточной крови в полостях сердца

50. Назовите экстракардиальные механизмы компенсации при пороках сердца

- А усиление эритропоэза;
- Б тоногенная дилатация;
- В гипертрофия миокарда

51. Аварийная стадия гиперфункции сердца по Ф.З. Меерсону характеризуется

- А гиперфункцией негипертрофированного миокарда;
- Б гиперфункцией гипертрофированного миокарда;
- В нормализацией энергообразования на единицу массы миокарда;
- Г разрастанием соединительной ткани;
- Д уменьшением синтеза белка на единицу мышечной массы

52. Для аварийной стадии гиперфункции сердца характерно

- А увеличение энергообразования и усиление синтеза белка;
- Б уменьшение энергообразования и снижение синтеза белка

53. Миогенная дилатация – это

- А расширение полостей сердца за счет перерастяжения мышечных волокон;
- Б уменьшение полостей сердца

54. Миокардиальная форма сердечной недостаточности возникает при

- А клапанных пороках сердца;
- Б гипертонической болезни;
- В артериовенозном шунтировании крови;
- Г коарктации аорты;
- Д инфаркте миокарда

55. Стадия декомпенсации сердечной недостаточности проявляется:

- А цианозом;
- Б отеками;
- В увеличением систолического (ударного) объема;
- Г увеличением остаточного объема крови в полостях сердца;
- Д повышением артериального давления

56. Гемодинамические показатели при хронической сердечной недостаточности характеризуются

- А уменьшением центрального венозного давления;

- Б уменьшением минутного объема крови;
- В повышением скорости кровотока;
- Г повышением мощности сокращения левого желудочка;
- Д повышением общего периферического сопротивления сосудов

57. Укажите факторы, состояние и болезни, которые могут вызвать сердечную недостаточность посредством прямого повреждения миокарда:

- А недостаточность трикуспидального клапана;
- Б недостаточность витамина В1 (тиамина);
- В гипертоническая болезнь;
- Г септические состояния;
- Д алкоголь

58. Укажите признаки, характерные для правожелудочковой недостаточности:

- А тенденция к развитию асцита;
- Б набухание яремных вен;
- В отек нижних конечностей;
- Г гепатомегалия;
- Д отек легких

59. Какой вид сердечной недостаточности может вызвать развитие отека легких?

- А правожелудочковая;
- Б левожелудочковая;
- В тотальная

60. Сердечная недостаточность характеризуется:

- А снижением сократительной способности миокарда;
- Б как правило, уменьшением ударного объема;
- В как правило, уменьшение минутного объема сердца;
- Г уменьшением остаточного систолического объема крови;
- Д дилатацией полостей сердца

Вопросы в тестовой форме по разделу (теме) 4. «Заболевания органов пищеварения»

На следующие вопросы дайте один или несколько правильных ответов.

61. К наиболее вероятным причинам, вызывающим хронический гастрит (ХГ), относят:

- А. инфицирование слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (HP);
- Б. повышенную инсоляцию;
- В. курение;
- Г. длительный прием НПВП;

Д. генетический фактор, приводящий к образованию аутоантител к обкладочным клеткам.

62. Для диагностики ХГ показаны:

- А. УЗИ;
- Б. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка (СОЖ);
- В. выявление НР;
- Г. эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС);
- Д. рН-метрия желудочного содержимого.

63. Для ХГ с выраженной секреторной недостаточностью характерно:

- А. урчание, переливание в животе;
- Б. поносы;
- В. вздутие живота;
- Г. анорексия;
- Д. похудание.

64. Для ХГ с повышенной секреторной функцией характерно:

- А. неврастенический синдром;
- Б. запоры;
- В. поносы;
- Г. синдром «ацидизма»;
- Д. отрыжка тухлым.

65. Пациента 23 лет беспокоят тяжесть и чувство распирания в эпигастральной области после приема пищи, изжога, отрыжка кислым, тошнота. Пациент много курит, злоупотребляет кофе, иногда по поводу головных болей принимает диклофенак. Болен около четырех лет. Не обследовался и не лечился. Какое заболевание можно предположить:

- А. хронический гастрит «типа А»;
- Б. хронический гастрит «типа В»;
- В. язвенная болезнь желудка;
- Г. язвенная болезнь 12-перстной кишки; Д. хронический панкреатит.

66. Перечислите клинические синдромы, имеющиеся у данного пациента:

- А. кишечная диспепсия;
- Б. дисмоторная диспепсия;
- В. «кислая» диспепсия;
- Г. болевой;
- Д. астенический.

67. Для уточнения диагноза у данного пациента необходимо провести:

- А. внутрижелудочную рН-метрию;
- Б. УЗИ органов брюшной полости;

В. ЭГДС;

Г. рентгенологическое исследование желудка;

Д. биопсию слизистой оболочки желудка с последующим морфологическим исследованием и определением НР.

68. При ЭГДС у данного пациента обнаружено: слизистая оболочка желудка гиперемирована, натошак много прозрачной жидкости, складки утолщены, перистальтика желудка усилена. В антральном отделе плоские эрозии. При гистологическом исследовании биоптата слизистой оболочки определяется множество *Helicobacter pylori* на поверхности и в глубине ямок. Назовите основной этиологический фактор в развитии заболевания у данного пациента:

А. нарушение ритма приема пищи;

Б. курение;

В. *Helicobacter pylori*;

Г. употребление кофе;

Д. прием НПВП.

69. Назначьте лечение:

А. омепразол;

Б. панзинорм форте 20000*;

В. амоксициллин;

Г. хофитол*;

Д. кларитромицин.

70. Пациентка, 68 лет, предъявляет жалобы на тяжесть в эпигастральной области, не связанную с ритмом и характером питания, отрыжку тухлым, поносы до 3-4 раз в сутки, слабость, недомогание. Не обследовалась, нерегулярно принимает ферментные препараты с кратковременным эффектом. При ЭГДС обнаружено: в желудке небольшое количество жидкости, слизистая оболочка бледная, атрофичная, складки слизистой оболочки желудка сглажены. Взята биопсия из тела желудка (резко выраженная атрофия желудочного эпителия, признаки кишечной метаплазии), НР не обнаружено. При исследовании желудочного содержимого (рН-метрия) отмечается резкое снижение секреторной функции желудка. В круг дифференциального диагноза следует включить следующие заболевания:

А. хронический гастрит «типа А»;

Б. хронический гастрит «типа В»;

В. язвенная болезнь 12-перстной кишки;

Г. рак желудка;

Д. хронический панкреатит.

71. Ведущими факторами в возникновении язвенной болезни 12-перстной кишки являются:

А. гиперсекреция соляной кислоты;

Б. дуоденит;

- В. заболевания желчевыводящих путей;
- Г. *Helicobacter pylori*;
- Д. кандидоз.

72. Для обострения язвенной болезни 12-перстной кишки характерны:

- А. ранние боли;
- Б. поздние боли;
- В. рвота на высоте болей, приносящая облегчение;
- Г. голодные боли;
- Д. ночные боли.

73. Для обострения язвенной болезни желудка характерны:

- А. боли за грудиной;
- Б. боли, возникающие через 15-60 мин после приема пищи;
- В. поздние боли;
- Г. интенсивные боли, не связанные с приемом пищи; Д . боли в левом подреберье.

74. Для подтверждения диагноза язвенной болезни показаны:

- А. УЗИ органов брюшной полости;
- Б. ЭГДС;
- В. рентгенологическое исследование желудка;
- Г. определение наличия НР;
- Д. ирригоскопия.

75. Для дифференциальной диагностики между язвенной болезнью желудка и раком желудка наиболее важным является:

- А. рентгенологическое исследование желудка;
- Б. исследование желудочной секреции;
- В. ЭГДС;
- Г. лапароскопия;
- Д. УЗИ органов брюшной полости.

76. В «трехкомпонентную» схему эрадикации НР входят:

- А. амоксициллин; Б. омепразол;
- В. сукральфат;
- Г. кларитромицин; Д. домперидон.

77. Пациент, 26 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу. Болен около двух лет, не обследовался и не лечился. О каком заболевании следует думать:

- А. хронический гастрит «типа А»;
- Б. хронический гастрит «типа В»;
- В. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;

- Г. язвенная болезнь 12-перстной кишки;
- Д. язвенная болезнь желудка.

78. У пациента, по данным ЭГДС: в луковице 12-перстной кишки, по задней стенке язва размерами 4x5 мм. Уреазный тест на наличие НР положительный. Какая схема лечения рекомендуется:

- А. хофитол*;
- Б. омепразол;
- В. домперидон;
- Г. амоксициллин;
- Д. кларитромицин.

79. Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни:

- А. кларитромицин; Б. омепразол;
- В. де-нол*;
- Г. метронидазол; Д. амоксициллин.

80. Пациента, 55 лет, беспокоят боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды, отрыжка воздухом, похудание на 4-5 кг. Болен около трех лет, обострения заболевания 2-3 раза в год (имеется подтверждение данными ЭГДС, но биопсию слизистой оболочки желудка никогда не проводили). Противоязвенную терапию получал в стационаре по месту жительства. В последние 2 мес боли значительно усилились. О какой патологии у данного пациента следует думать:

- А. язвенная болезнь 12-перстной кишки;
- Б. хронический гастрит «типа А»;
- В. язвенная болезнь желудка;
- Г. стеноз привратника;
- Д. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

81. Для функциональных и воспалительных заболеваний толстой кишки характерен болевой синдром:

- А. боли в эпигастрии слева от срединной линии; Б. боли в правом подреберье;
- В. боли в области пупка, не уменьшающиеся после дефекации;
- Г. схваткообразные и тупые боли в нижних отделах живота, уменьшающиеся после дефекации; Д. постоянные боли в правой подвздошной области.

82. Для синдрома раздраженного кишечника справедливы утверждения:

- А. в связи с запорами необходима биопсия слизистой оболочки;
- Б. характерно язвенное поражение слизистой оболочки;
- В. при обострениях болезни следует назначать глюкокортикоиды;
- Г. гельминтозы - наиболее частая причина болезни;
- Д. повышена висцеральная чувствительность.

83. Причиной развития диареи у больного является:

- А. лактазная кишечная недостаточность;
- Б. моторная функциональная диарея;
- В. псевдомембранозный энтероколит;
- Г. дизентерия;
- Д. болезнь Крона.

84. Дефицит протеолитических кишечных ферментов восполняют:

- А. назначением 3 % раствора соляной кислоты во время еды;
- Б. назначением панкреатических ферментов;
- В. назначением желчных кислот;
- Г. назначением препаратов, содержащих бифидобактерии;
- Д. назначением препаратов, содержащих лактобактерии.

85. Адсорбенты и обволакивающие лекарственные средства при хронической диарее назначают для:

- А. адсорбции микроорганизмов;
- Б. снижения кислотопродукции;
- В. адсорбции желчных кислот;
- Г. увеличения количества дефекаций;
- Д. повышения тонуса анального сфинктера.

86. План обследования больного с хронической диареей включает:

- А. микрокопоскопию;
- Б. исследование пассажа рентгеноконтрастной бариевой массы по тонкой кишке;
- В. мезентериальную ангиографию;
- Г. исследование кислотопродукции;
- Д. определение в крови базального уровня С-пептида.

87. Маркерами холестаза являются:

- А. щелочная фосфатаза;
- Б. АСТ;
- В. ГГТ;
- Г. АЛТ;
- Д. холинэстераза.

88. В репликативную фазу хронического вирусного гепатита В в крови пациентов могут определяться:

- А. HBeAg;
- Б. Анти-HBe;
- В. HBV ДНК;
- Г. HBsAg;
- Д. Анти-HBs.

89. Современные схемы противовирусной терапии хронического гепатита С включают:

- А. урсодезоксихолевую кислоту;
- Б. интерферон- α ;
- В. рибавирин;
- Г. ламивудин;
- Д. преднизолон.

90. При хронических заболеваниях печени классическим показанием для иммуносупрессивной терапии является:

- А. первичный билиарный цирроз;
- Б. хронический аутоиммунный гепатит;
- В. хронический алкогольный гепатит;
- Г. гепатоцеллюлярная карцинома;
- Д. хронический вирусный гепатит С.

Вопросы в тестовой форме по разделу (теме) 5. «Заболевания органов мочевыделительной системы»

91. К экстраренальным факторам нарушения мочеобразования относятся

- А. изменение состава крови
- Б. воспаление почек
- В. изменение работы пищеварительной системы

92. К ренальным факторам нарушения мочеобразования относятся

- А. изменение состава крови
- Б. воспаление почек
- В. изменение работы пищеварительной системы

93. Количество образовавшейся первичной мочи отмечается

- А. при повышении артериального давления крови
- Б. при уменьшении употребляемой жидкости
- В. при падении артериального давления крови

94. Внутрипочечное давление повышает при

- А. изменения состава крови
- Б. нарушение оттока мочи
- В. нарушение функции щитовидной железы

95. На процессы мочеобразования влияет работа

- А. щитовидной железы
- Б. печени
- В. ЖКТ

96. Моча красного цвета при

- А. глюкозурии
- Б. гемоглобинурии
- В. гематурии

97. В крови накапливаются азотистые шлаки при

- А. уремии
- Б. нефрозе
- В. нефрите

98. Изменение эпителия почечных канальцев при

- А. нефрозе
- Б. нефрите
- В. уремии

99. Основную функцию почек можно сформулировать как

- А выведение из организма азотистых продуктов обмена;
- Б выведение из организма излишков воды;
- В поддержание постоянства внутренней среды в организме;
- Г выведение из организма экзогенных токсинов.

100. Процессы, в результате которых происходит образование мочи- это

- А фильтрация и реабсорбция;
- Б фильтрация, реабсорбция и секреция;
- В секреция и реабсорбция;
- Г фильтрация, реабсорбция и секреция и выделение ренина.

101. уменьшение (прекращение) выделения мочи при резком снижении АД возникает из-за

- А увеличения реабсорбции в почечных канальцах;
- Б уменьшения фильтрации в почечных клубочках;
- В потери сознания;
- Г отсутствия перистальтики мочеточников.

102. Появление белка в моче называется

- А глобулинурией;
- Б поллакиурией;
- В протеинурией;
- Г гиперпротеинемией.

103. Полиурия - это

- А увеличение суточного диуреза;
- Б учащенное ночное мочеиспускание;
- В недержание мочи;
- Г низкая плотность мочи.

104. Гипостенурия- это

- А увеличение суточного диуреза;
- Б учащенное ночное мочеиспускание;
- В недержание мочи;
- Г низкая плотность мочи.

105. При гломерулонефрите преимущественно поражаются

- А почечные клубочки;
- Б почечные канальца;
- В все элементы почечной паренхимы;
- Г почечные лоханки.

106. При пиелонефрите преимущественно поражаются

- А почечные клубочки;
- Б почечные канальца;
- В все элементы почечной паренхимы;
- Г) почечные лоханки.

107. Гломерулонефрит может быть

- А острым и хроническим;
- Б острым, подострым и хроническим;
- В острым, хроническим и рецидивирующим;
- Г первичным и вторичным.

108. Нефротический синдром может быть:

- А острым и хроническим;
- Б острым, подострым и хроническим;
- В острым, хроническим и рецидивирующим;
- Г первичным и вторичным.

109. Вторично-сморщенная почка – это исход:

- А гипертонической болезни;
- Б хронического пиелонефрита;
- В хронического гломерулонефрита;
- Г атеросклероза сосудов почек.

110. Гидронефротическая трансформация – это

- А увеличение суточного диуреза;
- Б расширение полости почек;
- В пропитывание почечной паренхимы воспалительной жидкостью;
- Г отек почечной ткани при застое крови в большом круге кровообращения.

Составитель _____ С.П. Серегин

(подпись)



«31» августа 2021 г

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮГО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет ФиПИ
Направление подготовки (специальность)
30.05.03. Медицинская кибернетика
Курс 5
Дисциплина «Внутренние болезни»

Утверждено на заседании кафедры
биомедицинской инженерии
от «31» августа 2021 г.
протокол №1
Зав. кафедрой _____ Н.А. Корневский

Экзаменационный билет №1 (пример)

1. По этиологии острые бронхиты чаще всего:
 - А. инфекционные
 - Б. неинфекционные

2. Бронхиальная астма не возникает вследствие:
 - А. бронхоспазма
 - Б. нагноительного процесса
 - В. отека
 - Г. гиперсекреции
 - Д. дискринии

3. В возникновении хронического бронхита решающую роль играют:
 - а) загрязнение окружающей среды;
 - б) табачный дым;
 - в) неблагоприятные условия профессиональной деятельности (ирританты, поллютанты);
 - г) инфекция;
 - д) атопия.

4. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является ...

5. Установите правильную последовательность действий оказания помощи при приступе стенокардии
 - 1) При необходимости настойку валерианы или корвалол
 - 2) Расстегнуть стесняющую одежду.
 - 3) На область сердца горчичник (грелку)
 - 4) При неэффективности через 3 мин дать еще нитроглицерин, снять ЭКГ
 - 5) Усадить, уложить пациента.
 - 6) Измерить артериальное давление, пульс
 - 7) Дать под язык нитроглицерин или изокет-спрэй
 - 8) Вызвать врача,

6. Для базедовой болезни характерны:
 - А. одутловатое лицо с наличием слизистого отёка
 - Б. пучеглазие и блеск глаз
 - В. глазные щели уменьшены

7. Нарушения моторной функции пищевода выявляются с помощью:
 - А. фиброгастродуоденоскопии
 - Б. эзофагоманометрии
 - В. лапароскопии

8. Какие отделы дыхательных путей преимущественно поражает ХОБЛ?
 - А. проксимальные
 - Б. дистальные
 - В. центральные

9. При наличии клинических признаков респираторной инфекции при ХОБЛ показаны...
 - А. бронхолитики
 - Б. антибиотики
 - В. ГКС

10. Третьей стадией развития пневмонии является:
 - А. стадия серого опеченения

- Б. стадия красного опеченения
- В. стадия прилива
- Г. стадия разрешения

11. Изжога беспокоит практически всех пациентов с ... язвой пищевода.

- А. пептической
- Б. декубитальной
- В. симптоматической
- Г. вирусной

12. Задание на установление соответствия: Распределите лекарственные средства в правую часть таблицы соответственно фармакологической группе препаратов.

№	Фармакологическая группа препаратов	№	Лекарственные средства
1	Сердечные гликозиды	А	Сустак-форте;
2	Антиаритмические препараты	Б	Коргликон;
3	Средства, улучшающие метаболизм миокарда	В	Норваск
4	Нитраты и нитриты	Г	Энам
5	Антисклеротические (антигиперлипипроинемические) средства	Д	Кардикет
6	ИАПФ	Е	Нитронг
7	Блокаторы кальциевых каналов	Ж	Милдронат
		З	Симвастатин
		Е	Лидокаин
		И	Атенолол

13. При ишемии миокарда не:

- А. снижается активность окислительного фосфорилирования;
- Б. интенсифицируется гликолиз;
- В. накапливается молочная кислота;
- Г. быстро истощаются запасы АТФ;
- Д. возрастает концентрация креатинфосфата

14. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит)

- А. благоприятный
- Б. благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией
- В. благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения
- Г. благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит
- Д. благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктотическую болезнь

15. Какие осложнения могут возникнуть после ринита?

- А. Бронхит
- Б. Конъюнктивит
- В. Отит
- Г. Фарингит

16. Кейс задача. Больной К., 40 лет, находившийся в кардиологическом отделении (3 неделя крупноочагового передне-бокового инфаркта миокарда) в связи с резким ухудшением состояния (рецидив болей в области сердца, усугубление сердечной недостаточности, повышение температуры) был тщательно обследован. На ЭКГ появился подъем сегмента ST в отведениях I, II, aVF, V1-V6, эхокардиографически выявлена жидкость в полости перикарда, рентгенологически – жидкость в плевральной полости справа с инфильтратом в прикорневой зоне. В анализе крови найдены лейкоцитоз и ускоренное СОЭ.

Какой ваш диагноз? а) рецидив инфаркта миокарда б) повторный инфаркт миокарда в) плевропневмония г) тромбоэмболия легочной артерии д) синдром Дресслера

Инструкция по выполнению тестирования

Необходимо выполнить 16 заданий. На выполнение отводится 1 академический час.

Задания выполняются на отдельном листе (бланке ответов), который сдается преподавателю на проверку. На отдельном листе (бланке ответов) запишите свои ф.и.о. и номер группы, затем приступайте к выполнению заданий. Укажите номер задания и рядом с ним:

при выполнении заданий в *закрытой форме* запишите букву (буквы), которой (которыми) промаркированы правильные ответы;

при выполнении задания в *открытой форме* запишите пропущенное слово, словосочетание, цифру или формулу;

при выполнении задания на *установление правильной последовательности* рядом с буквами, которыми промаркированы варианты ответов, поставьте цифры так, чтобы они показывали правильное расположение ответов;

при выполнении задания на *установление соответствия* укажите соответствия между буквами и цифрами, располагая их парами.

При решении *кейс-задачи (производственной задачи)* запишите развернутый ответ. Ответ записывайте аккуратно, разборчивым почерком. Количество предложений в ответе не ограничивается.

Баллы, полученные Вами за выполнение заданий, суммируются. Каждый верный ответ оценивается следующим образом:

- задание в закрытой форме – 2 балла,
 - задание в открытой форме – 2 балла,
 - задание на установление правильной последовательности – 2 балла;
 - задание на установление соответствия – 2 балла,
 - решение кейс-задачи (производственной задачи) – 6 баллов.
- Максимальное количество баллов за тестирование – 36.