

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 1 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 1

Название ОП: «Общая медицина»

Код дисциплины: OVP 6301-1

Название дисциплины: Амбулаторно - поликлиническая терапия

Объем учебных часов/кредитов: 240 часов, 15 кредитов

Курс и семестр изучения: 6 курс, 12 семестр



Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура

044-79/22
Стр. 2 из 92

Составитель: ассистент Баймакова Г.Ш.

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент Оспанов К.Е.

Протокол № 1 Дата 01.09.2023 г.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 3 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

<question>У больного 47 лет 2 недели назад при быстром подъеме на 4 этаж возникла боль в нижней трети грудины, прошедшая в покое. Подобные боли возникли впервые. В дальнейшем они стали появляться при быстрой ходьбе, подъеме на 2 этаж. Определите форму стенокардии и выберите тактику ведения:

<variant> ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Направить на госпитализацию, назначить антиангинальную терапию

<variant> ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Направить на госпитализацию

<variant> ИБС. Стенокардия напряжения ФК 2. Назначить антиангинальную терапию

<variant> Кардиалгия может быть обусловлена не коронарным заболеванием. Провести обследование

<variant> ИБС. Стенокардия Принцметала. Назначить нитраты

<question>Из нитратов пролонгированного действия по современным представлениям наиболее эффективны как антиангинальные средства:

<variant> изосорбид -5- моонитрат

<variant> нитролонг

<variant> нитросорбид

<variant> нитролонгранулонг

<variant> сустонит

<question>К наиболее эффективному препарату для снижения уровня холестерина и триглицеридов относится:

<variant> ловастатин (мевакор)

<variant> никотиновая кислота (эндурацин)

<variant> холестирамин (квестран)

<variant> гемфиброзил (гевилон)

<variant> пробукол (липомал)

<question>Согласно Канадской классификации стабильной стенокардии напряжения II функциональный класс характеризуется:

<variant> приступы возникают при обычной нагрузке

<variant> приступы возникают только при экстремальных напряжениях

<variant> приступы возникают при незначительной нагрузке

<variant> неспособность к выполнению минимальной нагрузки

<variant> приступы возникают в покое

<question>Приступы стенокардии возникают у больного при ходьбе в среднем темпе на расстояние менее 500 м, при подъеме по лестнице на 1-2 пролета, изредка приступы возникают в покое. Согласно канадской классификации стабильной стенокардии напряжения у больного устанавливается:

<variant> III функциональный класс

<variant> I функциональный класс

<variant> II функциональный класс

<variant> IV функциональный класс

<variant> 0 функциональный класс

<question>К понятию «интервальная терапия» для предотвращения толерантности к нитратам относится:

<variant> перерыв в приеме нитратов на 8-12 часов

<variant> перерыв в приеме нитратов на 4-6 часов

<variant> перерыв в приеме нитратов на 24 часа

<variant> перерыв в приеме нитратов на трое суток

<variant> перерыв в приеме нитратов на 1-2 часа

<question>Женщина, 30 лет обратилась к врачу с жалобами на внезапные приступы сердцебиения, сопровождающиеся тошнотой, вздутием живота, потливостью и заканчивающиеся обильным

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 4 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

мочеиспусканием. Приступы появились впервые около 3-х месяцев назад, к врачам не обращалась. При осмотре патологии со стороны внутренних органов не выявлено. АД 110/80 мм рт.ст., ЧСС 78 ударов в 1 минуту. На ЭКГ укорочение интервала PQ, уширение и деформация комплекса QRS, переднее колено QRS в виде «лесенки», дискордантное смещение интервала ST. Ваша интерпретация клинических и ЭКГ данных:

<variant>синдром Уайта-Паркинсона-Вольфа с пароксизмами предсердной тахикардии

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>полная блокада правой ножки пучка Гиса

<variant>синдром слабости синусового узла

<variant>атриовентрикулярная блокада II степени с приступами Адамса-Моргани-Стокса

<question>Женщина 40 лет. Жалобы на одышку, сердцебиение. В анамнезе: ревматическая лихорадка. Объективно: акроцианоз, I тон ослабленный, грубый, систолический шум в IV межреберье справа. На ЭКГ: синусовый ритм прерывается внеочередными значительно расширенными (более 0,11 сек) деформированными желудочковыми комплексами перед которыми отсутствуют зубцы P. Ваше ЭКГ заключение:

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>мерцание предсердий

<variant>наджелудочковая экстрасистолия

<variant>пароксизмальная тахикардия

<variant>предсердная экстрасистолия

<question>Мужчина 66 лет. Жалобы на одышку при физической нагрузке. 4 месяца назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка. Объективно: тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС 78 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Печень 10x8x7 см. В крови: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, Hb 137 г/л, лейкоциты $4,5 \times 10^9/л$, СОЭ 10 мм/ч. На ЭКГ: синусовый ритм прерывается внеочередными PQRS комплексами (QRS не более 11 сек), рубцовые изменения заднебоковой стенки левого желудочка. Ваше ЭКГ заключение:

<variant>предсердная экстрасистолия

<variant>синусовая тахикардия

<variant>фибрилляция предсердий

<variant>желудочковая тахикардия

<variant>желудочковая бигеминия

<question>На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы P (в отведениях I,II,AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Ваше заключение:

<variant>ритм синусовый, регулярный

<variant>ритм синусовый нерегулярный

<variant>мерцательная аритмия

<variant>ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный

<variant>ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный

<question>При профилактическом осмотре у мужчины 25 лет на ЭКГ выявлены следующие изменения: укороченный P-R (менее 120 мс), наличие дельта-волны, уширение комплекса QRS, дискордантные отношения к направленности комплекса QRS, изменения сегмента ST и зубца T. Дайте ЭКГ заключение:

<variant>WPW-синдром

<variant>синдром слабости синусового узла

<variant>полная блокада правой ножки пучка Гиса

<variant>полная блокада левой ножки пучка Гиса

<variant>CLC-синдром

<question>Мужчина 25 лет периодически жалуется на приступы сердцебиения, слабость, потеря сознания, головокружение до обморочного состояния, чувство нехватки воздуха, одышку. На ЭКГ:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 5 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

укороченный P-R (менее 120 мс), наличие дельта-волны, уширение комплекса QRS, дискордантные отношения к направленности комплекса QRS, изменения сегмента ST и зубца T. Определите следующий шаг обследования:

<variant>суточное ЭКГ мониторирование

<variant>эхокардиография

<variant>вентрикулография

<variant>коронароангиография

<variant>тредмил-тест

<question>На профилактическом осмотре у мужчины 20 лет на ЭКГ выявлены глубокие и узкие зубцы Q в отведениях II, III, а VF, V5-V6. Из анамнеза брат отца умер в молодом возрасте от заболеваний сердца. Определите следующий шаг обследования:

<variant>эхокардиография

<variant>суточное ЭКГ мониторирование

<variant>повторная ЭКГ

<variant>коронароангиография

<variant>тредмил-тест

<question>У 65-летнего больного с бронхообструктивным синдромом многолетней давности отмечаются приступы удушья, кашель с отделением небольшого количества мокроты, тяжесть в правом подреберье, уменьшение количества отделяемой мочи. Объективно: акроцианоз, набухание шейных вен, пульсация в эпигастральной области, акцент II тона на легочной артерии, тахикардия, увеличение печени, отеки. Ожидаемые изменения на ЭКГ больного:

<variant>признаки гипертрофии правого желудочка

<variant>признаки гипертрофии левого предсердия

<variant>признаки внутрижелудочковой блокады

<variant>признаки блокады правой ножки пучка Гиса

<variant>признаки блокады левой ножки пучка Гиса

<question> Больная 22 лет обратилась к врачу общей практики по поводу повышение Т- тела 2 дня назад до 37,5 - 37,8, сухого кашля, насморка. Кашель влажный, непродуктивный. ЧСС - 100 в мин. ЧДД - 28 в мин. Укорочение перкуторного звука под легкими нет. Дыхание жесткое, с обеих сторон, больше в базальных отделах определяются сухие свистящие и жужжащие, а также влажные среднекалиберные хрипы. Диагноз больного:

<variant>бронхит необструктивный

<variant>пневмония

<variant>ларинготрахеит

<variant>бронхиальная астма

<variant>туберкулез.

<question>В норме давление в легочной артерии:

<variant>систолическое 28-30 мм/рт.ст., диастолическое 12-16 мм/рт.ст

<variant>систолическое 23-26 мм/рт.ст., диастолическое 7-9 мм/рт.ст

<variant>систолическое 11-20 мм/рт.ст., диастолическое 16-18 мм/рт.ст

<variant>систолическое 25-28 мм/рт.ст., диастолическое 13-16 мм/рт.ст

<variant>систолическое 5-9 мм/рт.ст., диастолическое 15-18 мм/рт.ст

<question>Больной, 50 лет, вызвал скорую помощь по поводу внезапно развившейся одышки. В анамнезе тромбоз нижних конечностей. Объективно: цианоз лица и верхней половине туловища. Шейные вены набухшие, пульсирующие. В легких ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы на ограниченном участке. ЧДД – 26 в мин. Границы сердца расширены вправо. Определяется эпигастральная пульсация, усиливающаяся на вдохе.

Аускультативно акцент 2 тона на легочной артерии. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 100 в мин.

Изменения на ЭКГ в данной ситуации:

<variant>признаки перегрузки правых отделов S1, QIII, TIII

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 6 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>патологические зубцы Q, подъем сегмента ST, инверсия зубца T
- <variant>подъем сегмента ST во многих отведениях
- <variant>отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка
- <variant>снижение сегмента ST
- <question>Чреспищеводная электростимуляция сердца эффективно устраняет ...:
- <variant>Атриовентрикулярную блокаду сердца II степени
- <variant>Трепетание предсердий
- <variant>Желудочковую экстрасистолию
- <variant>Желудочковую тахикардию
- <variant>Синусовую тахикардию
- <question>К изменяемым факторам риска ИБС относят:
- <variant>гиперхолестеринемия
- <variant>пол
- <variant>возраст
- <variant>семейный анамнез ИБС
- <variant>аллергический анамнез
- <question>Показаниями для назначения бета-адреноблокаторов считают:
- <variant>синусовую тахикардию
- <variant>синусовую брадикардию
- <variant>артериальную гипотензию
- <variant>бронхиальную астму
- <variant>психогенную депрессию
- <question>Специфичные сывороточные маркеры инфаркта миокарда:
- <variant>тропонины
- <variant>сialовые кислоты, СРБ
- <variant>АСТ
- <variant>ЛДГ
- <variant>МВ фракции КФК
- <question>В реанимационное отделение поступил больной с острым инфарктом миокарда. Объективно: бледно-цианотическая влажная кожа, спавшиеся периферические вены, АД 80/60 мм рт. ст., диурез менее 20 мл/час. Приоритетный препарат в лечении пациента:
- <variant>Допамин
- <variant>Дигоксин
- <variant>Дроперидол
- <variant>Морфин
- <variant>Изадрин
- <question>Мужчина 60 лет жалуется на выраженную одышку и удушье, усиливающиеся в горизонтальном положении. В анамнезе два перенесенных инфаркта миокарда. Об-но: акроцианоз, в легких множество разнокалиберных влажных хрипов. Тоны сердца глухие, ритм галопа. На ЭКГ: элевация ST_{V1-V6}. Давление наполнения левого желудочка 20 мм рт.ст. **НАИБОЛЕЕ** вероятное осложнение инфаркта миокарда:
- <variant>Отек легких
- <variant>Кардиогенный шок
- <variant>Острая аневризма
- <variant>Разрыв миокарда
- <variant>Тромбоэмболия
- <question>У больного 63 лет в течение года боли в области сердца при физической нагрузке средней интенсивности, 2 недели назад боли стали возникать при небольшой нагрузке. Сегодня болевой приступ развился в покое и продолжался 1,5 часа. Не купировался нитроглицерином,

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 7 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

сопровождался холодным потом, слабостью. Через 4 часа после начала приступа осмотрен семейным врачом на дому. Ваш диагноз:

- <variant>Инфаркт миокарда
- <variant>Стабильная стенокардия 4 ФК
- <variant>Прогрессирующая стенокардия
- <variant>Вариантная стенокардия
- <variant>Впервые возникшая стенокардия

<question>Мужчина 30 лет. Жалобы на боль в левой половине грудной клетки, связанную с движениями туловища. При глубоком дыхании усиления боли не происходит. Боль возникла утром. Несколько дней назад болел гриппом. При перкуссии и аускультации легких патологических изменений не выявлено. При пальпации резкая болезненность в IV межреберье слева. Ваш предположительный диагноз:

- <variant>острая межреберная невралгия
- <variant>пневмония
- <variant>ишемическая болезнь сердца
- <variant>остеохондроз грудного отдела позвоночника
- <variant>расслаивающаяся аневризма аорты

<question>В реанимационное отделение доставили больного 19 лет в состоянии клинической смерти. На тренировке внезапно потерял сознание, произошла остановка сердца. Реанимационные мероприятия, проведенные в полном объеме, не имели успеха. На аутопсии выявлена кардиомегалия с выраженной гипертрофией верхней трети межжелудочковой перегородки и свободной стенки левого желудочка с выраженной обструкцией выходного тракта. Наиболее вероятная причина летального исхода:

- <variant>Фибрилляция желудочков
- <variant>Наджелудочковая тахикардия
- <variant>Фибрилляция предсердий
- <variant>Атриовентрикулярная блокада
- <variant>Мерцательная аритмия

<question>Больной 43 лет, повар, курит с 14 лет. В течение 4 лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, не приносящий облегчения, одышка при нагрузке. Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно коробочный звук. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. Предварительный диагноз больного:

- <variant>ХОБЛ
- <variant>бронхиальная астма
- <variant>пневмония
- <variant>трахеит
- <variant>бронхит

<question>Организация первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан. Нормативно-правовая база работы врача общей практики. Индивидуальное и популяционное здоровье, типы, оценка, индикаторы. Менеджмент в ПМСП. Принципы страховой медицины (обязательное социальное медицинское страхование). Принципы оказания стационарозамещающей помощи в условиях ПМСП и на дому.) Выделить, амбулаторно-поликлиническую помощь (ПМСП), НЕ предусматривающую при обслуживании населения:

- <variant>вызов по неотложным экстренным состояниям на дому
- <variant>в амбулаторных условиях
- <variant>на дому
- <variant>в дневном стационаре
- <variant>стационаре на дому

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 8 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>Выбрать № приказа МЗ РК от 03.07.2012г "О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста":

<variant>452

<variant>90

<variant>145

<variant>626

<variant>885

<question>Выделить № приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17 февраля 2012 года «О совершенствовании профилактических услуг в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь»:

<variant>89

<variant>90

<variant>145

<variant>626

<variant>885

<question>Выделить основные задачи и направления деятельности органов и организаций системы здравоохранения:

<variant>Обеспечение эффективности, безопасности и качества лекарственных средств

<variant>Обеспечение граждан РК гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, преемственность действий медицинских организаций

<variant>Обеспечение граждан РК гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи

<variant>Преемственность действий медицинских организаций при оказании медицинской помощи

<variant>Научные организации в области здравоохранения и организации образования в области Здравоохранения

<question>Ваша задача, определить требование, которому необходимо соответствовать для включения в реестр потенциальных поставщиков при подготовке к участию в конкурсе на оказание медицинских услуг в рамках ОСМС:

<variant>обладание правоспособностью

<variant>отсутствие платежеспособности

<variant>подлежание процедуре банкротства либо ликвидации

<variant>отсутствие материальных, но наличие трудовых ресурсов

<variant>наличие налоговой задолженности

<question>Больной лечился в дневном стационаре поликлиники по поводу эрозивного гастрита. На 5-е сутки явился в стационар с признаками алкогольного опьянения. Определите тактику врача дневного стационара:

<variant>продлила больничный лист с отметкой о нарушении режима

<variant>закрыла больничный лист и выдала справку о том, что больной находился на лечении в дневном стационаре поликлиники

<variant>отказала больному в приеме в этот день

<variant>отправила на МСЭК

<variant>закрыла больничный лист

<question>Больная лечится в дневном стационаре поликлиники с диагнозом « обострение хронического холецистита». Больничный лист открыт 3 недели назад. На фоне лечения состояние стабилизировалось, однако накануне выписки вечером заметила в кале примесь алой крови (в анамнезе геморрой). Тактика дальнейшего ведения больного:

<variant>больная направляется на консультацию к проктологу, который после уточнения диагноза решает о нетрудоспособности

<variant>больничный лист закрывается, больной рекомендуется лечиться у проктолога амбулаторно

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 9 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>больничный лист продлевается по основному заболеванию

<variant>больная переводится в проктологию

<variant>больничный лист закрывается, лечение геморроя проводится в домашних условиях

<question>Функциями Службы по управлению качеством медицинской помощи являются:

1. анализ эффективности деятельности подразделений организации по оценке собственных процессов и процедур, применению индикаторов оценки качества медицинской помощи, внедрению стандартов здравоохранения

2. анализ деятельности внутрибольничных комиссий;

3. соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

4. обучение и методическая помощь персоналу организации по вопросам обеспечения качества медицинской помощи

5. изучение мнения сотрудников самой организации

<variant>1,3

<variant>1,2,4,5

<variant>1, 2, 3,4

<variant>1,4,5

<variant>1,2,3

<question>Основными задачами и направлениями деятельности органов и организаций системы здравоохранения являются:

<variant>Обеспечение эффективности, безопасности и качества лекарственных средств

<variant>Обеспечение граждан РК гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, преемственность действий медицинских организаций

<variant>Обеспечение граждан РК гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи

<variant>Преимственность действий медицинских организаций при оказании медицинской помощи

<variant>Научные организации в области здравоохранения и организации образования в области здравоохранения

<question>Укажите определение здоровья, данное в уставе Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ):

<variant>состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов

<variant>это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции

<variant>состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения

<variant>это отсутствие дефектов в организме и психосоциальное благополучие

<variant>состояние, связанное с отсутствием болезней и физических дефектов

<question>Каковы главные особенности врача семейной практики?

<variant>владение знаниями и практическими навыками по терапии, педиатрии и смежным специальностям

<variant>владение знаниями и практическими навыками по терапии

<variant>владение знаниями и практическими навыками по педиатрии

<variant>владение знаниями и практическими навыками по стоматологии и гинекологии

<variant>владение знаниями и практическими навыками по стоматологии

<question>Среди пациентов общей врачебной практики увеличивается число лиц преклонного и старческого возраста. Преобладание какой патологии следует ожидать в структуре заболеваемости?

<variant>Хронической

<variant>Инфекционной

<variant>Острой

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 10 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>Производственной

<variant>Врожденной

<question>Какие из перечисленных документов относятся к учетным формам?

1. Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях

2. Контрольная карта диспансерного наблюдения

3. Отчет о больных туберкулезом

4. История развития ребенка

5. Врачебное свидетельство о смерти

<variant>2,4,5

<variant>1,2

<variant>3,5

<variant>1,3,5

<variant>2,3,4

<question>Какие из перечисленных документов относятся к отчетным формам?

<variant>Отчет лечебно-профилактического учреждения

<variant>Контрольная карта диспансерного наблюдения

<variant>Список лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру

<variant>История развития ребенка

<variant>Врачебное свидетельство о смерти

<question>При посещении на дому ребенка 2-х лет врач общей практики поставил диагноз «Корь».

Ребенок посещает ясли, есть сестра 5-ти лет. Какой документ необходимо заполнить для

оперативного проведения противоэпидемических мероприятий на участке?

<variant>Экстренное извещение об инфекционном заболевании

<variant>Книга записи вызовов врачей на дом

<variant>История развития ребенка

<variant>Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком

<variant>Справка по уходу за больным ребенком

<question>На прием к врачу общей практики пришла женщина с ребенком с жалобами на плохое

самочувствие ребенка. ВОП диагностировал у ребенка ангину, а при профилактическом осмотре

матери обнаружил впервые в жизни повышенные цифры АД. Какой из документов, заполняемый

врачом, используется для расчета первичной заболеваемости?

<variant>Статистический талон для регистрации заключительных диагнозов

<variant>Экстренное извещение об инфекционном заболевании

<variant>История развития ребенка

<variant>Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком

<variant>Справка по уходу за больным ребенком

<question>В ПМСП является приоритетным:

<variant>профилактика болезней

<variant>лечение болезней

<variant>диагностика болезней

<variant>социальное партнерство

<variant>скрининг

<question>К первичной медико-санитарной помощи относится:

<variant>санитарно-гигиеническое просвещение

<variant>охрана окружающей среды

<variant>вторичная профилактика

<variant>медицинское страхование

<variant>скрининг

<question>В каком документе впервые была определена концепция ПМСП?

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 11 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>Алма-атинская декларация (1978 г)
- <variant>Хартия по общей практике (семейной медицине) (1995 г)
- <variant>Люблянская хартия (1996 г)
- <variant>Доклад ВОЗ: «Интеграция служб медико-санитарной помощи» (1996 г)
- <variant>Задачи по достижению здоровья для всех в 21 веке (1998 г)
- <question>Внутренние индикаторы – это:
- <variant>индикаторы оценки качества деятельности организации по каждому структурному подразделению
- <variant>ожидаемые результаты от реализации программы
- <variant>определение соответствия протоколам диагностики и лечения
- <variant>определение соответствия стандартам аккредитации
- <variant>анализ деятельности внутрибольничных комиссий
- <question>Обеспечение прав граждан на свободный выбор медицинской организации, доступность и прозрачность плановой госпитализации в рамках Гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи, это основная цель:
- <variant>бюро госпитализации
- <variant>стационара
- <variant>поликлиники
- <variant>диспансера
- <variant>санатория
- <question>Основными элементами ПМСП НЕ являются:
- <variant>обеспечение людей необходимыми денежными ресурсами
- <variant>охрана материнства и детства, включая планирование семьи
- <variant>иммунизация против основных инфекционных заболеваний
- <variant>обеспечение населения основными лекарственными средствами
- <variant>просвещение население по основным проблемам, связанным со здоровьем
- <question>Отметьте начало диалога, препятствующее эффективному общению с пациентом:
- <variant>«Сейчас я буду задавать вопросы, а Вы должны отвечать по существу»
- <variant>«Скажите, пожалуйста, что Вас беспокоит»
- <variant>«Побеседуем о Ваших проблемах»
- <variant>«Садитесь, пожалуйста, я с Вами сейчас побеседую»
- <variant>«Не стоит так волноваться, мы сейчас с Вами все обсудим»
- <question>Найдите ошибочное использование вербальных средств, создающее барьер в общении с пациентом:
- <variant>Дорогой Алибек, мы сделаем «квантум сатис» и всё будет «леге артис»
- <variant>Дорогой мой, один в поле не воин, давайте вместе бороться с болезнью
- <variant>Не думайте, что медицина бессильна, мы справимся с этим случаем
- <variant>Я хотел бы побеседовать с Вами о результатах исследования
- <variant>Здравствуйте, я Ваш лечащий врач. Давайте познакомимся
- <question>Выделите наиболее важное качество, формирующее коммуникативную компетентность врача:
- <variant>эмпатия
- <variant>проецирование
- <variant>терпение
- <variant>интуиция
- <variant>привычка
- <question>Оцените способность к анализу собственного психического состояния:
- <variant>рефлексия
- <variant>эмпатия
- <variant>эмоциональная стабильность

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 12 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>сенситивность
- <variant>аффилиация
- <question>Оцените официальную (общественную) дистанцию общения:
- <variant>от 0,4 м до 1,5 м
- <variant>от 0 до 0,4 м
- <variant>от 1,5 до 3-4 м
- <variant>свыше 4 м
- <variant>свыше 6 – 19 м
- <question>Определите “Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи”:
- <variant>Соблюдение этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников
- <variant>Оказание медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния
- <variant>Обеспечение ухода при оказании медицинской помощи
- <variant>Организация оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени
- <variant>Организация оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования времени его родственников
- <question>Личностная реакция на болезнь, проявляемая повышенным фоном настроения, легкомыслием к болезни и лечению, называется:
- <variant>эйфорической
- <variant>паранойяльной
- <variant>ипохондрической
- <variant>тревожно - депрессивной
- <variant>меланхолической 3-тема
- <question>У каждого коммуниканта вырабатывается свой собственный коммуникативный стиль. Какой пункт в этом списке лишний?
- <variant>Привлекательный
- <variant>Демократичный
- <variant>Аргументативный
- <variant>Доминантный
- <variant>Спокойный
- <question>Наиболее эффективным каналом коммуникации (из перечисленных) считается:
- <variant>разговор «лицом к лицу»
- <variant>письмо
- <variant>новости в печатных СМИ
- <variant>выступление перед большой аудиторией
- <variant>все вышеуказанные функции
- <question>К видам децентрализованных коммуникативных структур в организации относятся:
- <variant>замкнутая
- <variant>круговая
- <variant>полная
- <variant>цепочка
- <variant>фронтальная
- <question>Какой вопрос является закрытым?
- <variant>Где у Вас болит
- <variant>Почему Вы так думаете
- <variant>Что Вас беспокоит
- <variant>С чем Вы ко мне пришли
- <variant>С чем связываете Ваши боли

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 13 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>Стук в дверь. В кабинет заглядывает пациент. Врач: «Здравствуйте, проходите, присаживайтесь поудобнее. Меня зовут Альмира Хасановна, я Ваш новый участковый терапевт. Вас как зовут? Очень приятно. С чем Вы ко мне пришли?»

Что упустил врач?

<variant>Не назвал пациента по имени-отчеству

<variant>Не представился

<variant>Не позаботился о комфорте пациента

<variant>Не поприветствовал пациента

<variant>Не назвал свою роль

<question>Выберите вариант, включающий в себя сбор обратной связи у пациента:

<variant>Что Вы будете делать, когда придете домой? Давайте повторим нашу схему лечения

<variant>Мы с Вами решили принимать по две таблетки два раза в день, правильно?

<variant>Тут написано либо в таблетках, либо в уколах. Вам понятно?

<variant>Как Вы поняли, я Вам назначил два препарата – первый надо пить утром, второй – два раза в день

<variant>Помните, что между приемами лекарств должно пройти не менее 30 минут, хорошо?

<question>Самооценка в медицинских организациях - это:

1. определение соответствия деятельности подразделения (организации) нормативно-правовым актам

2. определение соответствия протоколам диагностики и лечения (клинический аудит)

3. определение соответствия стандартам аккредитации

4. разработка и анализ качественных показателей деятельности организации

5. анализ деятельности внутрибольничных комиссий

<variant>1, 2, 3, 5

<variant>1, 2, 3

<variant>1, 2, 3, 4

<variant>1, 4, 5

<variant>1

<question>Система клинического аудита - это:

1. оценка собственных систем, процедур и работ, их адекватности и эффективности, с последующей разработкой мер, направленных на улучшение результатов деятельности

2. ретроспективный анализ проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам

3. разработка, внедрение и оценка эффективности программ по управлению качеством медицинской помощи в организации

4. разработка мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе по результатам анализа деятельности и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи

5. оценка процессов, осуществляемых в организации, на предмет соответствия

<variant>1

<variant>1, 3, 4, 5

<variant>2, 5

<variant>2

<variant>1, 2, 3

<question>К нарушению лечебно - охранительного режима относят:

<variant>неявка в назначенный день на КЭС

<variant>отказ от операции

<variant>отказ от направления на обследование

<variant>отказ от госпитализации

<variant>отказ от любого вида лечения

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 14 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>К какому виду заболеваемости можно отнести данные регистрации гастрита у 40-летней домохозяйки, страдающей костной формой неактивного туберкулеза:

<variant>общей

<variant>инфекционной

<variant>заболеваемости важнейшими неэпидемическими заболеваниями

<variant>с временной утратой трудоспособности

<variant>заболеваемости важнейшими эпидемическими заболеваниями

<question>Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан

«О проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний» от 20 февраля 2012 года:

<variant>№ 104

<variant>№102

<variant>№97

<variant>№7

<variant>№145

<question>Какое направление специфической профилактики в здравоохранении является основным?

<variant>Иммунизация и вакцинация

<variant>Диспансерный метод

<variant>Санитарный надзор

<variant>Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)

<variant>Эпидемиологический контроль

<question>Правила проведения скринингового исследования целевых групп населения утверждены приказом № ... МЗ РК:

<variant>145

<variant>7

<variant>90

<variant>626

<variant>885

<question>Деятельность, которая не предусматривается в рамках № 145 Приказа «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»:

<variant>анализ летальности

<variant>ежегодное проведение скрининговых осмотров целевых групп населения

<variant>формирование электронной базы данных скрининговых осмотров

<variant>создание постоянно действующей рабочей группы по координации, мониторингу

<variant>анализа скрининговых осмотров

<question>Скрининговые осмотры с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением для городского населения осуществляют:

<variant>городские поликлиники, врачебные амбулатории, поликлиники независимо от форм собственности

<variant>частные поликлиники по своему усмотрению

<variant>центры ЗОЖ

<variant>госпитали

<variant>все медицинские организации

<question>Скрининговые осмотры с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением для сельского населения осуществляют:

<variant>медицинские пункты, ФАП, врачебные амбулатории, районные поликлиники

<variant>частные поликлиники по своему усмотрению

<variant>центры ЗОЖ

<variant>госпитали

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	
044-79/22 Стр. 15 из 92	

<variant>все медицинские организации

<question>Скрининговые осмотры с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением для сельского населения осуществляют:

<variant>мобильные бригады (передвижные медицинские комплексы на базе специального

<variant>автотранспорта и железнодорожного транспорта (поезд);

<variant>частные поликлиники по своему усмотрению

<variant>центры ЗОЖ

<variant>госпитали

<question>Укажите пункт, который НЕ входит в основные задачи поликлиники по диспансеризации:

<variant>контроль качества экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности

<variant>Формирование диспансерных контингентов

<variant>Оценка состояния здоровья и динамическое наблюдение

<variant>Проведение комплекса оздоровительных мероприятий

<variant>Обеспечение эффективности диспансеризации

<question>Показатель который можно рассчитать, зная количество проживающих на терапевтическом участке взрослого населения, и состоящих на диспансерном учете у участкового терапевта:

<variant>Объем диспансерного обслуживания (наблюдения)

<variant>Своевременность взятия на диспансерный учет

<variant>Регулярность диспансерного наблюдения

<variant>Полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий

<variant>Эффективность диспансеризации

<question>Основным методом изучения образа жизни является:

<variant>Опрос-интервью

<variant>Наблюдение

<variant>Тестирование

<variant>Анкетирование

<variant>Эксперимент

<question>Этика медицинских работников - это:

1. наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников

2. специфическое проявление общей этики в деятельности врача

3. наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

4. верно все перечисленное

<variant>4

<variant>1, 2

<variant>1, 3

<variant>3

<variant>1, 4

<question>Форма справки о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию

<variant>095/y

<variant>035/y

<variant>058/y

<variant>060/y

<variant>094/y

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 16 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>Скрининг на раннее выявление болезней системы кровообращения, у лиц не состоящих на диспансерном учете по артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, проводится периодичностью:

<variant>1 раз в 2 года

<variant>1 раз в год

<variant>1 раз в 3 года

<variant>1 раз в 4 года

<variant>1 раз в 5 лет

<question>Возможность восстановления трудовых навыков, восстановление поведенческой активности личности и формирование уверенности в собственной социальной пригодности это цель ...

<variant>третичной профилактики

<variant>вторичной профилактики

<variant>первичной профилактики

<variant>лечения

<variant>исследования

<question>Здоровый образ жизни – это

<variant>Индивидуальная система поведения, направленная на сохранение и укрепление здоровья

<variant>Перечень мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья

<variant>Занятия физической культурой

<variant>Лечебно-оздоровительный комплекс мероприятий

<variant>Способность организма к выполнению профессиональных функций.

<question>Определение режима дня

<variant>установленный распорядок жизни человека, включающий в себя труд, сон, питание и отдых

<variant>порядок выполнения повседневных дел

<variant>строгое соблюдение определенных правил

<variant>перечень повседневных дел, распределенных по времени выполнения

<variant>поддержания высокого уровня работоспособности организма

<question>Что такое двигательная активность?

<variant>Любая мышечная активность, обеспечивающая оптимальную работу организма и хорошее самочувствие

<variant>Выполнение каких-либо движений в повседневной деятельности

<variant>Занятие физической культурой и спортом

<variant>Количество движений, необходимых для работы организма

<variant>Утренняя прогулка

<question>Устным методом пропаганды ЗОЖ является

<variant>лекция

<variant>повседневное общение с окружающими

<variant>аудиозаписи

<variant>диалог с врачом

<variant>коммуникативные навыки

<question>Какие из перечисленных факторов оказывают наибольшее влияние на индивидуальное здоровье человека?

<variant>индивидуальный образ жизни

<variant>окружающая среда

<variant>служба здоровья

<variant>биологические

<variant>Физические

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 17 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>Социальное явление, влекущее за собой социальные последствия - невозможность или резкое ограничение возможности работать в результате нарушений функций организма называется:

- <variant>инвалидность
- <variant>опекунство
- <variant>отягощенность
- <variant>заболеваемость
- <variant>алкоголизм

<question>Комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности является:

- <variant>Третичной профилактикой
- <variant>Вторичной профилактикой
- <variant>Первичной профилактикой
- <variant>Лечением
- <variant>Исследованием

<question>Статьи, санитарные листки, памятки, листовки, стенные газеты, журналы, буклеты, брошюры, книги, лозунги это метод ... пропаганды.

- <variant>печатной
- <variant>двойной
- <variant>наглядной
- <variant>комбинированной
- <variant>устной

<question>... - это распространенность зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, при первичном обращении в календарном году:

- <variant>Болезненность
- <variant>Смертность
- <variant>Инвалидность
- <variant>Рождаемость
- <variant>Физической активности

<question>Листок нетрудоспособности является:

- <variant>основанием на получение пособия из средств социального страхования
- <variant>документом дающим право на получение льготного проезда
- <variant>Основным документом, удостоверяющим стойкую нетрудоспособность
- <variant>Освобождающий от общественных нагрузок
- <variant>документом дающим право на получение инвалидности

<question>Листок нетрудоспособности выдаётся:

- <variant>Гражданам Республики Казахстан
- <variant>студентам
- <variant>школьникам
- <variant>Беженцам из других стран
- <variant>Вынужденным переселенцам, работающим в частных учреждениях Казахстана
- <variant>при травмах в алкогольном состоянии

<question>Лица имеющие право выдачи листка нетрудоспособности:

- <variant>Лечащие врачи государственной системы здравоохранения
- <variant>Врачи страховых компаний
- <variant>Врачи скорой медицинской помощи
- <variant>врачи санаторий
- <variant>Медицинский работник со средним медицинским образованием

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 18 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>При обнаружении у больного инфекционного заболевания участковый врач заполняет:

<variant>извещение в кабинет инфекциониста

<variant>экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении

<variant>карту инфекционного больного

<variant>экстренное уведомление главного врача и заведующего отделением

<variant>амбулаторную карту больного

<question>Орган осуществляющий экспертизу постоянной или длительной нетрудоспособности

<variant>МСЭК

<variant>ВКК

<variant>Главный врач

<variant>Заведующий отделением

<variant>Лечащий врач

<question>Лица, кому в отдельных случаях, по решению местных органов управления здравоохранением может быть поручена экспертиза временной нетрудоспособности:

<variant>Средним медицинским работникам учреждений государственной системы здравоохранения

<variant>Работникам страховой медицинской организации

<variant>Представителям органов социальной защиты населения

<variant>Представителям профессиональной медицинской организации

<variant>Представителям профсоюзов медицинской организации

<question>Экспертиза трудоспособности - это вид медицинской деятельности, целью которой НЕ является:

<variant>Определения критериев экономической эффективности

<variant>Оценка состояния здоровья пациента

<variant>Определение сроков и степени нетрудоспособности пациента

<variant>Установление возможности осуществления трудовой деятельности

<variant>Обеспечение качества и эффективности проводимого лечения

<question>Основанием для направления на МСЭК НЕ является:

<variant>Необходимость повышения выплат

<variant>Наличие признаков инвалидности

<variant>Окончание сроков инвалидности

<variant>Переосвидетельствование

<variant>Необходимость продления больничного листка

<question>Укажите полное определение инвалидности:

<variant>Инвалидность - социальное явление, влекущее за собой социальные последствия - невозможность или резкое ограничение возможности работать в результате нарушений функций организма

<variant>Инвалидность - расстройства функций жизненно важных органов, как результат заболеваемости

<variant>Инвалидность - стойкая или значительная потеря трудоспособности вследствие которой продолжать профессиональную деятельность частично или полностью невозможно

<variant>Инвалидность - длительная потеря трудоспособности

<variant>Инвалидность - острое расстройство функций жизненно важных органов

<question>Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, который выдается студенту ПТУ, если он заболел во время производственной практики:

<variant>справка 095/y

<variant>справка произвольной формы

<variant>лист нетрудоспособности

<variant>выписка из истории болезни

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 19 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>справка 095/у и больничный лист

<question>Экспертизе качества медицинских услуг подлежат все случаи:

1. летальных исходов;
2. фактов возникновения внутрибольничных инфекций;
3. осложнений, в том числе послеоперационных;
4. повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца.

<variant>1, 4

<variant>1, 2, 3, 4

<variant>1, 2, 3

<variant>1, 2, 4

<variant>1, 3

<question>Экспертиза качества медицинских услуг - это:

<variant>совокупность организационных, аналитических и практических мероприятий, осуществляемых для вынесения заключения по уровню качества медицинских услуг, предоставляемых физическими и юридическими лицами, с использованием индикаторов, отражающих показатель эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам

<variant>совокупность мероприятий, направленных на экспертизу качества, предоставляемых субъектами здравоохранения вне зависимости от формы собственности

<variant>совокупность мероприятий, направленных на установление соблюдения субъектами здравоохранения вне зависимости от формы собственности и ведомственной принадлежности стандартов аккредитации

<variant>совокупность организационных, аналитических и практических мероприятий, осуществляемых для вынесения заключения по уровню качества медицинских услуг

<variant>все выше перечисленное верно

<question>Срок переосвидетельствования инвалидов III группы:

<variant>1 раз в 2 года

<variant>ежегодно

<variant>1 раз в 3 года

<variant>ежеквартально

<variant>1 раз в полгода

<question>У больной с хроническим панкреатитом нарушение функций поджелудочной железы, это привело к ограничению трудоспособности II степени, ограничению способности к самообслуживанию II степени, ограничению к самостоятельному передвижению I степени.

Степень ее трудоспособности:

<variant>II группа инвалидности

<variant>I группа инвалидности

<variant>III группа инвалидности

<variant>трудоспособна

<variant>нетрудоспособна в течение 2-3 дней

<question>Для установление группы инвалидности гражданами Республики Казахстан осуществляется в соответствии с Правилами проведения медико-социальной экспертизы, утверждены постановлением Правительства и пациенты имеют право на оформление инвалидности и всех сопутствующих льгот. Укажите дату и время документа?

<variant>Постановление Правительства № 750 от 20 июля 2005 года

<variant>Постановление Правительства № 751 от 10 июля 2005 года

<variant>Постановление Правительства № 755 от 15 июля 2005 года

<variant>Постановление Правительства № 756 от 25 июля 2005 года

<variant>Постановление Правительства № 758 от 05 июля 2005 года

<question>На прием к семейному врачу обратилась семья, где одновременно болеют двое детей, по уходу за ними выдается:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 20 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

- <variant>Один лист временной нетрудоспособности
- <variant>Два отдельных больничных листа одному члену семьи
- <variant>Два больничных листа разным членам семьи
- <variant>Справка по уходу за больными детьми
- <variant>Лист временной нетрудоспособности по уходу не выдается
- <question>До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач?
- <variant>До 45 дней
- <variant>До 3 дней
- <variant>До 10 дней
- <variant>До 30 дней
- <variant>До 60 дней
- <question>Кем осуществляется контроль за состоянием экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактической организации (ЛПО)?
- <variant>Главным врачом, его заместителем и заведующими отделениями
- <variant>Участковыми врачами и участковыми медицинскими сестрами
- <variant>Врачами общей практики и главной медицинской сестрой
- <variant>Менеджером и заместителем главного врача
- <variant>Участковыми терапевтами, врачами общей практики
- <question>Что из нижеперечисленного относится к I группе инвалидности?
- <variant>Выраженный парез трех конечностей
- <variant>Паралич верхней конечности с частичной афазией
- <variant>Выраженный гемипарез
- <variant>Выраженный верхний или нижний парапарез
- <variant>Паралич верхней конечности
- <question>Что из нижеперечисленного относится к III группе инвалидности?
- <variant>Отсутствие одного легкого
- <variant>Слепота на оба глаза
- <variant>Культя обеих голеней
- <variant>Двусторонний коксартроз (III-IV ст.)
- <variant>Состояние после эндопротезирования двух коленных суставов
- <question>Больной лечился в дневном стационаре поликлиники по поводу эрозивного гастрита. На 5-е сутки явился в стационар с признаками алкогольного опьянения. Врач дневного стационара ...:
- <variant>продлила больничный лист с отметкой о нарушении режима
- <variant>закрыла больничный лист и выдала справку о том, что больной находился на лечении в дневном стационаре поликлиники
- <variant>отказала больному в приеме в этот день
- <variant>отправила на МСЭК
- <variant>закрыла больничный лист
- <question>Совместно проживающему родственнику по уходу за заболевшим взрослым членом семьи больничный лист ...:
- <variant>не выдается
- <variant>выдается до 3 дней
- <variant>выдается до 6 дней
- <variant>выдается до 7 дней
- <variant>выдается до 14 дней
- <question>Грузчик 59 лет, дважды перенес ОИМ, есть СН II “А” стадии, определите трудоспособность:
- <variant>инвалидность II группы
- <variant>трудоспособен

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 21 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>инвалидность I группы
- <variant>инвалидность III группы
- <variant>нетрудоспособен в течение 2-3 дней
- <question>Больной циррозом печени с выраженной гепатоцеллюлярной недостаточностью с нарушением трудоспособности II степени, ограничению способности к самообслуживанию II степени, ограничению к обучению II степени признан:
- <variant>инвалидом II группы
- <variant>инвалидом I группы
- <variant>трудоспособным
- <variant>инвалидом III группы
- <variant>нетрудоспособным в течение 2-3 дней
- <question>Вопрос о необходимости направления на МСЭК должны решить
- <variant>ВКК, по представлению лечащего врача и заведующего отделением
- <variant>лечащий врач
- <variant>заведующий отделением
- <variant>ВКК
- <variant>врач дневного стационара
- <question>По правилам выдачи больничного листа на период проведения инвазивных методов обследования и прерывистого лечения больничный лист ...:
- <variant>выдается прерывисто по решению ВКК на дни проведения процедуры
- <variant>выдается на 1 день
- <variant>не выдается
- <variant>выдается на 2 дня
- <variant>выдается на 4 дня
- <question>Выдается листок нетрудоспособности по уходу за взрослым членом семьи ...:
- <variant>при тяжелом заболевании, для организации ухода (сроком до 7 дней)
- <variant>при карантине в детском саду
- <variant>в случае болезни бабушки, осуществляющий уход за ребенком (до 10 дней)
- <variant>до выздоровления
- <variant>лицу, находящемуся в очередном отпуске
- <question>Показанием к выдаче листка нетрудоспособности у больного с хроническим холециститом является
- <variant>желчная колика
- <variant>обнаружение конкрементов в желчном пузыре при инструментальном обследовании
- <variant>обнаружение большого количества лейкоцитов в дуоденальном содержимом
- <variant>обнаружение паразитов в дуоденальном содержимом
- <variant>обнаружение лейкоцитов в дуоденальном содержимом
- <question>Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь утверждены приказом № ... МЗ РК:
- <variant>7
- <variant>90
- <variant>145
- <variant>626
- <variant>885
- <question>Диспансерное наблюдение больных с хроническими заболеваниями проводится согласно приказу №:
- <variant>885
- <variant>7

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 22 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>90

<variant>125

<variant>907

<question>Диспансерное наблюдение больных с хроническими заболеваниями проводится согласно приказу №:

<variant>885

<variant>7

<variant>90

<variant>125

<variant>907

<question>Введенная в 2012 году система, которая обеспечила прозрачность маршрута онкологического больного от организации ПМСП до НИИ онкологии:

<variant>«Электронный регистр онкологических больных»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<variant>«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

<question>Созданный в 2011 году Портал, который позволил создать базу физических лиц (имеющих прописку и фактически проживающих) и прикрепить к конкретной медицинской организации:

<variant>«Регистр прикрепленного населения»

<variant>«Электронный регистр онкологических больных»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<question>Программа, которая позволяет ежедневно мониторировать рождаемость и младенческую смертность в родовспомогательных учреждениях области:

<variant>«МЛАД»

<variant>«Электронный регистр онкологических больных»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<question>Порталы и системы, позволяющие мониторировать оснащенность кадрами и медицинской техникой, медицинские организации области:

<variant>«Система управления ресурсами», «Система управления медицинской техникой»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<variant>«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

<question>Качество медицинской помощи- это:

<variant>уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологии

<variant>Уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам и протоколам диагностики и лечения

<variant>уровень соответствия оказываемой медицинской помощи потребностям пациентов

<variant>интегральный показатель соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам и протоколам

<variant>Уровень соответствия оказываемой медицинской помощи индикаторам качества

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 23 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

<question>В Республике Казахстан осуществляются следующие виды экспертиз в области здравоохранения:

<variant>Экспертиза качества медицинских услуг; экспертиза временной нетрудоспособности; военно-врачебная экспертиза; судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая экспертизы; санитарно-эпидемиологическая экспертиза; экспертиза лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники; научно-медицинская экспертиза

<variant>экспертиза временной нетрудоспособности; экспертиза лекарственных средств

<variant>экспертиза качества медицинских услуг; экспертиза временной нетрудоспособности; военно-врачебная экспертиза

<variant>экспертиза временной нетрудоспособности; военно-врачебная экспертиза

<variant>судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая экспертизы

<question>Качество медицинских услуг - это:

<variant>соответствие оказания медицинской помощи населению лечебно-профилактическими учреждениями

<variant>Соответствие оказываемой медицинской помощи определенным критериям, установленным на основе Закона о системе здравоохранения РК медицинскими организациями населению

<variant>мера соответствия оказываемой медицинской помощи критериям, установленным на основе медицинской науки и технологии в условиях существующей системы здравоохранения и удовлетворенности населения

<variant>мера соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологий

<variant>мера соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения

<question>Система здравоохранения состоит из:

<variant>Государственных и частных медицинских организаций

<variant>Государственного сектора

<variant>Государственного и негосударственного секторов здравоохранения.

<variant>Государственных, частных медицинских организаций и Национальных холдингов

<variant>Государственного, негосударственного секторов здравоохранения и страховых медицинских организаций

<question>Приоритетами современных подходов в медицинской помощи являются:

<variant>создание партнерских отношений между врачом и больным, повышение качества медицинских услуг и удовлетворенности пациентов

<variant>мнение пациента относительно программ лечения; платежеспособность пациента

<variant>платежеспособность пациента; получение максимальной прибыли медицинскими организациями

<variant>получение максимальной прибыли медицинскими организациями; обеспеченность лекарственными средствами

<variant>обеспеченность лекарственными средствами; платежеспособность пациента

<question>Приказ Ответственного секретаря Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 11 февраля 2014 года О внедрении Портала «Система управления медицинской техникой»:

<variant>№ 85

<variant>№ 123

<variant>№ 230

<variant>№ 125

<variant>№ 132

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 24 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>Для изучения, среднего койко дня, эффективности проводимой фармакотерапии проводился аудит врачом экспертом данного лечебного учреждения анализ работы отделения терапии. Вид аудита:

- <variant>Внутренний аудит
- <variant>Внешний аудит
- <variant>Финансовый аудит
- <variant>Продольный аудит
- <variant>Поперечный аудит

<question>Что входит в процесс разработки КПП?

- <variant>Определение проблемы, сбор объективной медицинской информации, подготовка руководства совместно со всеми заинтересованными лицами
- <variant>Утверждение целей и задач руководства, обсуждение положений руководства со всеми заинтересованными участниками лечебно-диагностического процесса
- <variant>Выбор темы руководства, поиск доказательств, расчет экономической эффективности предлагаемых вмешательств
- <variant>Создание и обучение рабочей группы разработчиков КПП, утверждение сметы проекта разработки, составление руководства и его утверждение
- <variant>Поиск информации в электронных базах данных, составление систематического обзора полученной информации

<question>Обследование женщин фертильного возраста на уровне ПМСП утверждено приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «3 июля» 2012 года:

- <variant>№ 452
- <variant>№ 542
- <variant>№ 543
- <variant>№ 459
- <variant>№ 457

<question>К алгоритму № 1 ежегодного обследования

Женщин фертильного возраста участковым терапевтом, ВОП, педиатром НЕ относится:

- <variant>Гинекологический осмотр
- <variant>Сбор анамнеза
- <variant>Объективный осмотр, в том числе осмотр молочных желез, области щитовидной железы
- <variant>Измерение артериального давления на обеих руках
- <variant>Электрокардиограмма

<question>К 1-ой группе динамического наблюдения женщин фертильного возраста (групп ЖФВ) относятся, женщины:

- <variant>здоровые
- <variant>с экстрагенитальной патологией
- <variant>пороками сердца
- <variant>с ИБС
- <variant>пожилые

<question>К 2-ой группе динамического наблюдения женщин фертильного возраста (групп ЖФВ) относятся, женщины:

- <variant>имеющие экстрагенитальную патологию
- <variant>здоровые
- <variant>старше 60 лет
- <variant>младше 16 лет
- <variant>инвалиды детства

<question>К 3-ей группе динамического наблюдения женщин фертильного возраста (групп ЖФВ) относятся, женщины, имеющие:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 25 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>гинекологическую патологию
 <variant>кардиологическую патологию
 <variant>гематологическую патологию
 <variant>неврологическую патологию
 <variant>урологическую патологию

<question>I посещение – рекомендовано:

<variant>в сроке до 12 недель
 <variant>в сроке 16-20 недель
 <variant>в сроке 24-25 недель
 <variant>в сроке 30-32 недели
 <variant>в сроке 36 недель

<question>II посещение – рекомендовано:

<variant>в сроке 16-20 недель
 <variant>в сроке до 12 недель
 <variant>в сроке 24-25 недель
 <variant>в сроке 30-32 недели
 <variant>в сроке 36 недель

<question>III посещение – рекомендовано:

<variant>в сроке 24-25 недель
 <variant>в сроке до 12 недель
 <variant>в сроке 16-20 недель
 <variant>в сроке 30-32 недели
 <variant>в сроке 36 недель

<question>IV посещение – рекомендовано:

<variant>в сроке 30-32 недели
 <variant>в сроке до 12 недель
 <variant>в сроке 16-20 недель
 <variant>в сроке 24-25 недель
 <variant>в сроке 36 недель

<question>V посещение – рекомендовано:

<variant>в сроке 36 недель
 <variant>в сроке до 12 недель
 <variant>в сроке 16-20 недель
 <variant>в сроке 24-25 недель

<variant>в сроке 30-32 недели

<question>При постановке на учет беременной врач общей практики заполняет «Индивидуальную карту беременной и родильницы» форму:

<variant>111/y

<variant>025/y

<variant>026/y

<variant>030/y

<variant>112/y

<question>Женщина 22 недели беременности. Обратилась к врачу общей практики по поводу декретного отпуска.

На какой период выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам?

<variant>С 30 недель на срок продолжительностью 70 календарных дней до родов и 56 дней после родов (без осложнений)

<variant>С 25 недели на срок продолжительностью 60 календарных дней до родов и 40 дней после родов (без осложнений)

<variant>С 28 недели на срок продолжительностью 30 календарных дней до родов и 36 дней после

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 26 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

родов (без осложнений)

<variant>С 30 недель на срок продолжительностью 70 календарных дней до родов и 70 дней после родов (без осложнений)

<variant>С 28 недели на срок продолжительностью 60 календарных дней до родов и 56 дней после родов (без осложнений)

<question>Метод исследования, который используется для выявления распространенности астмы у детей школьного возраста:

<variant>поперечное исследование

<variant>мета-анализ

<variant>случай-контроль

<variant>рандомизированное

<variant>когортное

<question>Чтобы изучить влияния курения беременной на развитие преждевременных родов, акушер-гинеколог при первом визите и затем опрашивал и наблюдал до родов женщин курящих и некурящих. Применимый вид исследования:

<variant>проспективное

<variant>поперечное

<variant>случай-контроль

<variant>рандомизированное контролируемое

<variant>ретроспективное

<question>Оптимальный тип исследования, который изучал бы причины и распространенность заболеваний, прогноз и выявление факторов риска:

<variant>когортное исследование (проспективное)

<variant>исследование случай – контроль (ретроспективное)

<variant>поперечное исследование

<variant>исследование серии случаев или описательное

<variant>историческое когортное исследование

<question>Мужчина 67 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на усиление кашля, появление слизисто - гнойной мокроты, одышку. В течение многих лет страдает хронической обструктивной болезнью легких. Обострение заболевания отмечает 2-3 раза в год. Курит. В легких отмечается ослабление везикулярного дыхания, по всем легочным полям свистящие сухие хрипы. Число дыхания 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 130/90 мм рт.ст., пульс 88 в минуту.

Назначение больному ... считается наиболее целесообразным:

<variant>кларитромицина per os

<variant>сальбутамола в\в

<variant>вентолина ингаляционно

<variant>сальбутамола ингаляционно

<variant>гентамицина в/м

<question>У 65-летнего больного с бронхообструктивным синдромом многолетней давности отмечаются приступы удушья, кашель с отделением небольшого количества мокроты, тяжесть в правом подреберье, уменьшение количества отделяемой мочи. Объективно: акроцианоз, набухание шейных вен, пульсация в эпигастральной области, акцент II тона на легочной артерии, тахикардия, увеличение печени, отеки. Ожидаемые изменения на ЭКГ больного:

<variant>признаки гипертрофии правого желудочка

<variant>признаки гипертрофии левого предсердия

<variant>признаки внутрижелудочковой блокады

<variant>признаки гипертрофии левого желудочка

<variant>признаки блокады левой ножки пучка Гиса

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 27 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>45 - летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на кашель, изредка с небольшим количеством слизистой мокроты в течение нескольких лет, последние 4 месяца появилась одышка при подъеме на 3-й этаж и беге. Курит более 20 лет по 1 пачке в день. При объективном обследовании выявлено дыхание с удлиненным выдохом. Единичные сухие хрипы. Ваш диагноз:

- <variant>хроническая обструктивная болезнь легких
- <variant>внебольничная пневмония
- <variant>саркоидоз легких
- <variant>бронхиальная астма
- <variant>бронхоэктатическая болезнь

<question>У больного после физической нагрузки появился приступ одышки, сопровождаемый удушьем, кашлем с выделением пенистой розовой мокроты. При осмотре: в легких влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон, мерцательная аритмия, увеличение печени, отеки на нижних конечностях. Эти симптомы характерны для:

- <variant>острой левожелудочковой недостаточности
- <variant>тромбоэмболии легочной артерии
- <variant>приступа бронхиальной астмы
- <variant>спонтанного пневмоторакса
- <variant>инфарктной пневмонии

<question>Юноша 15 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на кашель с выделением до 200 мл слизисто-гноющей мокроты с запахом, кровохарканье, повышение температуры до 38,2 С, недомогание, одышку. В детстве часто отмечал кашель. В течение последних 5 лет - ежегодные обострения. В первую очередь у больного необходимо исключить ...:

- <variant>туберкулез
- <variant>хронический абсцесс легкого
- <variant>пневмонию
- <variant>поликистоз легкого
- <variant>бронхоэктатическую болезнь

<question>Мужчина 27 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на озноб, сухой кашель, боль в правом боку, лихорадка до 38,5 С. Болеет в течение трех дней. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии от 3-го межреберья спереди и от середины межлопаточного пространства сзади отмечается тупой звук, дыхание в этой области не проводится. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>правосторонний экссудативный плеврит
- <variant>крупозная пневмония справа
- <variant>очаговая пневмония в нижней доле справа
- <variant>обострение хронического бронхита
- <variant>правосторонний гидроторакс

<question>Больные с хроническим обструктивным бронхитом, легочной недостаточностью ... вызываются к терапевту для диспансерного наблюдения.

- <variant>3-6 раз в год
- <variant>1 раз в год
- <variant>2 раза в год
- <variant>до 8 раз в год
- <variant>1-2 раза в год

<question>Для определения выраженности дыхательной недостаточности наиболее информативно ...:

- <variant>Исследование газового состава артериальной крови
- <variant>Жалобы и анамнез больного
- <variant>Спирографическое исследование

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 28 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>Рентгенологическое исследование
- <variant>Физикальное обследование больного
- <question>Картина сотового легкого и двусторонние изменения по типу «матового стекла» при компьютерной томографии наиболее характерны для ...
- <variant>Фиброзирующего альвеолита
- <variant>Двусторонней пневмонии
- <variant>Милиарного туберкулеза
- <variant>Амилويدоза легких
- <variant>Саркоидоза легких
- <question>Больной 65 лет 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Жалуется на усиливающуюся одышку. При обследовании: СОЭ – 65 мм/ч. Рентгенологически обнаружен плевральный выпот. При пункции удалено 500 мл жидкости. Через 2 дня выявлено повторное накопление жидкости в плевральной полости. ... наиболее информативно для уточнения диагноза:
- <variant>Цитологическое исследование экссудата
- <variant>Компьютерная томография
- <variant>Трансбронхиальная пункция
- <variant>Исследование на онкомаркеры
- <variant>Магнитно-резонансная томография
- <question>Критерии эффективности диспансеризации больных ХОБЛ:
- <variant>улучшение клинических показателей, уменьшение частоты обострений
- <variant>появление признаков сердечной недостаточности по правожелудочковому типу
- <variant>нарастание дыхательной недостаточности, появление на ЭКГ зубца Р-пульмонале, гипертрофии правого желудочка
- <variant>увеличение сроков временной нетрудоспособности
- <variant>увеличение случаев выхода на инвалидность
- <question>Больной И., 36 лет, страдающий ХОБЛ, находится на стационарном лечении по поводу очагового туберкулеза легких без распада. После наблюдавшегося клинического улучшения в течение последних 3-х дней отмечается повышение температуры тела до 38С, непродуктивный кашель. Для уточнения причины ухудшения состояния больного целесообразно назначить ...:
- <variant>посев мокроты на чувствительность сопутствующей микрофлоры
- <variant>брашбиопсию
- <variant>бронхоскопию
- <variant>туберкулиновую пробу
- <variant>компьютерную спирографию
- <question>К участковому терапевту обратился больной 63 лет с жалобами на надсадный кашель, выделение скудной мокроты, одышку, слабость. На рентгенограмме лёгких выявлены очаговые образования. При выявлении на рентгенограмме легких фокусов проводят дифференциальную диагностику между:
- <variant>периферическим раком, гамартохондромой, липомой, туберкулёмой
- <variant>пневмонией, карциноматозом, саркоидозом I стадии
- <variant>абсцессом лёгкого, эмпиемой плевры, сухим плевритом
- <variant>саркоидозом III стадии, фиброзирующим альвеолитом, пневмокониозом
- <variant>мезотелиомой плевры, релаксацией купола диафрагмы, плевритом
- <question>К участковому терапевту обратился мужчина 45 лет, курящий с детства, с жалобами на сильную боль в правом боку, похудание, кашель с прожилками алой крови. При осмотре обнаружено расширение вен на передней поверхности грудной клетки и шеи. При перкуссии и аускультации над верхней долей правого лёгкого выявлено выраженное притупление и ослабление дыхания. Общий анализ крови: СОЭ 62 мм/ч. Предварительный диагноз:
- <variant>опухоль лёгкого
- <variant>экзогенный аллергический альвеолит

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 29 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>внутрибольничная пневмония

<variant>инфильтративный туберкулёз

<variant>синдром Лёфгрена

<question>Больная к., 35 лет обратилась с жалобами на преходящие боли и опухание голеностопных суставов. Анамнез: последние 6 мес отмечает разбитость, утомляемость, общую слабость, одышки не было. Однажды на правой голени появилась неяркая плотная бляшка диаметром 2 x 2 см, которая через 2 нед исчезла. Анализ крови изменений не выявил. На прямой обзорной рентгенограмме грудной клетки обнаружено симметричное расширение корней лёгких. На основании этих данных можно предположить:

<variant>саркоидоз лёгких

<variant>прикорневая пневмония

<variant>периферический рак лёгкого

<variant>экзогенный аллергический альвеолит

<variant>бронхоэктатическая болезнь

<question>Тяжесть хронического обструктивного бронхита определяют объективно на основании:

<variant>исследования функции внешнего дыхания

<variant>аускультации легких

<variant>перкуссии легких

<variant>ЭКГ

<variant>бронхография

<question>Основная цель лечения хронического обструктивного бронхита:

<variant>уменьшение прогрессирования бронхита

<variant>полное излечение и реабилитация пациента

<variant>устранение бактериовыделения с мокротой

<variant>обратное развитие эмфиземы

<variant>подготовка пациента к хирургическому лечению бронхита

<question>Состояние внешнего дыхания при хроническом обструктивном бронхите характеризуется:

<variant>прогрессирующей малообратимой обструкцией

<variant>изолированным обратимым снижением объемов легких

<variant>приступами бронхообструктивных нарушений

<variant>неуклонно прогрессирующей рестрикцией

<variant>рестрикцией, обратимой после ингаляции сальбутамола

<question>Больной А., 38 лет, обратился к врачу с жалобами на кашель, временами со слизисто-гнойной мокротой. В течение последних 2 лет. Курит с 15 лет. Последние 3 месяца появилась экспираторная одышка при беге и подъеме на 3-й этаж. Аускультация: жёсткое дыхание, сухие хрипы. Индекс Тиффно равен 55%. Правильный диагноз:

<variant>хронический обструктивный бронхит

<variant>острая бронхопневмония

<variant>осумкованный плеврит

<variant>саркоидоз лёгких

<variant>бронхиальная астма

<question>Следующие признаки: в анамнезе - пользование кондиционерами, душевыми в отелях, пансионатах; фебрильная лихорадка с выраженной интоксикацией, миалгией, артралгией, кашлем, абдоминальными болями, диареей; в крови - лейкоцитоз с лимфоцитопенией, СОЭ 50 мм/час характерны для пневмонии, вызванной:

<variant>легионеллезной

<variant>микоплазменной

<variant>хламидийной

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 30 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>пневмококковой

<variant>стафилококковой

<question>23-летний пациент жалуется на сухой кашель, озноб, повышение температуры тела до 38 С, артралгии и миалгии, кожную сыпь. При объективном осмотре: лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. Рентгенологически выявлено усиление легочного рисунка, нечетко очерченное затемнение в нижних отделах левого легкого. Лечение пенициллином и цефалоспорином не дало эффекта. Причиной развития выше указанных признаков является:

<variant>пневмококк

<variant>гемофильная палочка

<variant>стафилококк

<variant>микоплазма

<variant>синегнойная палочка

<question>Мужчина 64 лет обратился к врачу с жалобами на кашель с отхождением густой, зловонной мокроты, слабость, потерю веса. Из анамнеза: страдает эпилептическими приступами в течение 10 лет. Последний приступ судорог был около 2 недель назад. На рентгенограмме легких: в верхнем сегменте справа – полость с уровнем жидкости. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>абсцесс легкого

<variant>пневмония верхней доли

<variant>туберкулез легких

<variant>фиброз легких

<variant>бронхоэктатическая болезнь

<question>Госпитальными (нозокомиальными) называются пневмонии, развивающиеся:

<variant>через 48 часов и более с момента поступления в стационар

<variant>после выписки из стационара

<variant>в связи со штаммами определенных условно-патогенных возбудителей

<variant>во время пребывания в стационаре

<variant>вне стационара, но протекающие тяжело и требующие госпитализации

<question>Острое течение заболевания, влажные хрипы, инфильтративные средней интенсивности тени в средне-нижних отделах легких, быстрая положительная динамика наиболее характерны для

<variant>очаговой пневмонии

<variant>пневмокониоза

<variant>милиарного туберкулеза

<variant>инфильтративного туберкулеза

<variant>саркоидоза

<question>У женщины, 53 лет, курящей, третий раз в течение года возникает очаговая пневмония с локализацией в S 9 правого легкого. В период между заболеваниями беспокоит повышенная утомляемость кашель, бывает мокрота с прожилками крови. Вероятнее всего у больного:

<variant>бронхогенный рак

<variant>хронический бронхит

<variant>туберкулез

<variant>инфарктная пневмония

<variant>бронхоэктатическая болезнь

<question>Больная 45 лет с жалобами на повышение температуры тела до 39 С, озноб, колющие боли слева, сухой кашель. При акте дыхания левая половина грудной клетки отстаёт. ЧСС 102 ударов в минуту, АД 120/60 мм.рт.ст. На рентгенограмме грудной клетки гомогенное затемнение нижней доли слева, смещение органов средостения вправо характерны для ...:

<variant>экссудативный плеврит

<variant>туберкулез легких

<variant>абсцесс легкого

<variant>очаговая пневмония

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 31 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>гангрена легкого

<question>23 – летний пациент жалуется на сухой кашель, озноб, повышение температуры тела до 38 С, артралгии и миалгии, кожную сыпь. При объективном осмотре: лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. Рентгенологически выявлено усиление легочного рисунка, нечетко очерченное затемнение в нижних отделах левого легкого. Лечение пенициллином и цефалоспорином не дало эффекта. Причиной развития вышеуказанных признаков является ...:

<variant>микоплазма

<variant>пневмококк

<variant>гемофильная палочка

<variant>стафилококк

<variant>синегнойная палочка

<question>Больные, перенесшие пневмонию, ... вызываются к терапевту для диспансерного наблюдения:

<variant>3 раза в течение 6 месяцев

<variant>3 раза в год

<variant>2 раза в год

<variant>4 раза в год

<variant>2 раза в течение 6 месяцев

<question>У женщины 47 лет, страдающей сахарным диабетом и получающей лечение по поводу пневмонии, отмечается повышение температуры тела до 39 С с потрясающим ознобом и проливным потом. ЧДД – 32 в мин., ЧСС – 108 в мин. В крови: лейкоциты – 18 тыс., палочкоядерные – 14, сегментоядерные – 52, лимфоциты – 34, СОЭ – 48 мм/час. Из крови высеян золотистый стафилококк. При эхокардиографическом исследовании клапаны интактны. Заболевание осложнилось ...:

<variant>сепсисом

<variant>инфекционно-токсическим шоком

<variant>инфекционным эндокардитом

<variant>острой дыхательной недостаточностью

<variant>острым респираторным дистресс-синдромом

<question>У больного 72 года с тяжелой долевой пневмонией при критическом падении повышенной температуры тела внезапно развилась резкая слабость, головокружение, шум в ушах, тошнота, позывы на рвоту. Об-но: больной бледен, выраженный акроцианоз, холодный липкий пот, тахикардия, нитевидный пульс, глухость сердечных тонов, низкое АД. Причиной резкого ухудшения состояния больного наиболее вероятно является развитие ...:

<variant>Инфекционно-токсического шока

<variant>Сепсиса

<variant>Кардиогенного шока

<variant>Тромбоземболии легочной артерии

<variant>Острого респираторного дистресс-синдрома

<question>Мужчина пожилого возраста, страдающий хроническим алкоголизмом и ХОБЛ, жалуется на кашель с трудноотделяемой вязкой, тягучей мокротой с запахом подгоревшего мяса, по виду и консистенции напоминающей черносмородиновое желе. Об-но: выраженная интоксикация, одышка, в легких незначительное количество хрипов. Рентгенологически выявлен феномен «расползающегося сотового легкого», многочисленные бронхоэктазы, остаточные полости, пневмосклероз. В данном случае ... является наиболее вероятным возбудителем заболевания:

<variant>Клебсиелла

<variant>Хламидии

<variant>Микоплазма

<variant>Вирус гриппа

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 32 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>Кишечная палочка

<question>Больной 55 лет жалуется на периодические приступы удушья, выраженную одышку, кашель со слизистой трудноотделяемой мокротой. Приступы повторяются 2-3 раза в неделю. При осмотре: положительны симптомы «барабанных палочек» и «часовых стекол», бочкообразная грудная клетка. При перкуссии определяется легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно – ослабленное везикулярное дыхание. В данном случае у больного наиболее вероятно развилась ...:

<variant>Эмфизема легких

<variant>Пневмония

<variant>Пневмоторакс

<variant>Острый бронхит

<variant>Хронический бронхит

<question>У больного после переохлаждения появился кашель со слизистой мокротой, головные боли, слабость, повысилась температура до 37,8С. Объективно: В легких укорочение перкуторного звука, дыхание везикулярное, ослабленное, влажные хрипы. ОАК: эритроциты – 3,8млн., лейкоциты - 9,2тыс., СОЭ - 18 мм/час. Правильный диагноз:

<variant>пневмония

<variant>саркоидоз

<variant>бронхоэктатическая болезнь

<variant>ХОБЛ

<variant>хронический гнойный бронхит

<question>Больной Д., 42 лет, обратился к врачу с жалобами на упорный кашель с мокротой, обычно по утрам с полным ртом, тупые боли в грудной клетке, слабость, головную боль, повышение температуры тела до 39С. Из анамнеза: кожные покровы бледные с землянистым оттенком, лицо одутловатое. Пониженного питания. Пальцы в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол. ОАК: Нв – 100г/л, лейкоциты - 20тыс., СОЭ - 28 мм/час. Бронхография: цилиндрические расширения бронхов справа в нижней доле. Общий анализ мокроты: водной консистенции, запах зловонный, трехслойный, сплошь эритроциты, лейкоциты. Правильный диагноз:

<variant>бронхоэктатическая болезнь

<variant>хронический гнойный бронхит

<variant>гангрена легкого

<variant>эмпиема плевры

<variant>пневмония

<question>Больной Н., 27 лет, обратился с жалобами на кашель со скудной мокротой, озноб, одышку, боль в правом боку во время глубокого дыхания. Над нижними и средними отделами правого лёгкого выслушивались влажные мелкопузырчатые хрипы, над средними - крепитация. На рентгенограмме в проекции сегмента S6 правого лёгкого выявлена инфильтрация. Содержание в крови лейкоцитов 12×10^9 /л, СОЭ 28 мм/ч. Больному был назначен пенициллин по 500000 ЕД в/м 6 раз в сутки. На 5-й день лечения состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 41°С, появилась обильная гнойная мокрота, усилилась тахикардия. Состояния больного ухудшилось вследствие:

<variant>образования абсцесса в лёгком

<variant>бронхообструктивного синдрома

<variant>декомпенсации сердечной деятельности

<variant>образования выпота в плевральной полости

<variant>аллергической реакции на пенициллин

<question>Участковый врач выставил диагноз пневмония больному 27 лет. Лечение нетяжелой пневмонии у молодых без сопутствующей патологии в поликлинических условиях следует

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 33 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

начинать с препаратов:

- <variant>пенициллинового ряда
- <variant>группы аминогликозидов
- <variant>цефалоспоринового ряда
- <variant>тетрациклинового ряда
- <variant>группы фторхинолонов

<question>Под термином «атипичная пневмония» принято подразумевать:

- <variant>пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами
- <variant>пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации
- <variant>вирусную бронхопневмонию
- <variant>эозинофильный инфильтрат
- <variant>пневмонию, вызванную грамотрицательной микрофлорой

<question>Препараты выбора при эмпирической терапии больных внебольничной пневмонией:

- <variant>пенициллин, эритромицин, азитромицин
- <variant>ципрофлоксацин, пefлоксацин, офлоксацин
- <variant>стрептомицин и гентамицин
- <variant>линкомицин и левомицетин
- <variant>имипенем и меропенем

<question>Бочкообразная форма грудной клетки, изменение формы ногтей пальцев рук («часовые стекла»), одышка – частые признаки:

- <variant>эмфиземы легких
- <variant>пневмоторакса
- <variant>острого респираторного заболевания
- <variant>острой пневмонии
- <variant>острого бронхита

<question>Эффективность антибактериальной терапии оценивается в течение ... суток:

- <variant>2-3
- <variant>7-8
- <variant>1
- <variant>4-6
- <variant>9-10

<question>Больной 32 лет предъявляет жалобы на кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение температуры до 39 С, одышку. Заболел остро, после переохлаждения. При обследовании: состояние тяжелое, температура 39,1 С, частота дыхания - 40 в минуту. При перкуссии справа спереди ниже IV ребра и сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония. Пульс - 94 в минуту. АД - 90/60 мм рт.ст. ОАК: Нв-128 г/л, лейкоциты - 10,8x10⁹/л, СОЭ 26 мм/час. Тактика лечения:

- <variant>госпитализация в пульмонологическое отделение
- <variant>лечение в стационаре на дому
- <variant>лечение в дневном стационаре поликлиники
- <variant>амбулаторное лечение
- <variant>госпитализация в кардиологическое отделение

<question>У больного 22 лет после переохлаждения появился кашель со слизистой мокротой, головные боли, слабость, повысилась температура до 37,8С. Объективно: В легких укорочение перкуторного звука, дыхание везикулярное, ослабленное, влажные хрипы. ОАК: эритроциты – 3,8млн., лейкоциты - 9,2тыс., СОЭ - 18 мм/час. Предварительный диагноз:

- <variant>пневмония
- <variant>саркоидоз
- <variant>бронхоэктатическая болезнь

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 34 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>ХОБЛ

<variant>хронический гнойный бронхит

<question>У 40 -летней больной жалобы на слабость, сильный кашель с желто-зеленой мокротой, боль в грудной клетке слева, повышение температуры тела до 38°C, усиление одышки при небольшой физической нагрузке. Из анамнеза: курит с 15 лет по 1 пачке сигарет в день, часто простывает, по утрам беспокоит кашель с гнойной мокротой. Ваш диагноз:

<variant>хронический гнойный бронхит

<variant>бронхиальная астма

<variant>пневмония

<variant>эмфизема легких

<variant>саркоидоз

<question>29 - летняя женщина обратилась к врачу общей практики с жалобами на дневные приступы удушья, 1-2 раза в неделю, в ночное время чаще двух раз в месяц. Приступы купируются ингаляцией сальбутамола. Болеет в течение года. Курит. Ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением. При осмотре - изменений нет. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) увеличилась на 25 % через 20 минут после вдыхания сальбутамола. Вне приступа ПСВ составляет 80% от должных величин, разброс показателей ПСВ-30%. Ваш диагноз:

<variant>бронхиальная астма, инфекционно-зависимая форма, легкое персистирующее течение

<variant>хроническая обструктивная болезнь легких, легкое течение

<variant>бронхиальная астма, инфекционно-зависимая форма, персистирующее среднетяжелое течение

<variant>бронхиальная астма, инфекционно-зависимая форма, персистирующее тяжелое течение

<variant>бронхиальная астма, инфекционно-зависимая форма, легкое интермиттирующее течение

<question>Больная 35 лет, страдающая атопическим вариантом бронхиальной астмы и НЦД с тахикардальным синдромом, принимала пропранолол в минимальной дозе в течение недели, затем уехала на дачу, где после прополки грядок развился тяжелый приступ удушья. Приступ удушья следует купировать ...:

<variant>сальбутамолом

<variant>эуфиллином

<variant>пропранололом

<variant>амброксолом

<variant>антибиотиками

<question>Мужчина 72 лет, страдающий ХОБЛ в течение многих лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на повышение температуры тела, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку, слабость, потливость, появившиеся после переохлаждения. Рентгенологически выявлена инфильтрация легочной ткани справа в нижней доле.

В плане лечения больного наиболее целесообразен назначение комплекса препаратов:

<variant>кларитромицин + амброксол + ипратропиума бромид

<variant>кларитромицин + преднизолон + бромгексин

<variant>амоксиклав + гентамицин + бромгексин

<variant>метронидазол + амброксол + ипратропиума бромид

<variant>тетрациклин + метрогил + лазолван

<question>Больной К., 28 лет жалуется на удушье, приступообразный сухой кашель. Дважды за последнюю неделю ночью просыпался от удушья, которое купировал беротеком. Принимает преднизолон по 10 мг ежедневно. При осмотре ЧДД – 22 в минуту. Пиковая скорость выдоха - 68%. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>Бронхиальная астма, средней степени, обострение, гормонозависимая форма, ДН II

<variant>Бронхиальная астма, легкой степени, обострение ДН I

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 35 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>Бронхиальная астма, тяжелое течение, обострение ДН III
- <variant>Бронхиальная астма, средней степени, обострение, ДН II
- <variant>Бронхиальная астма, тяжелое течение, обострение, гормонозависимая форма ДН
- <question>Женщина 40 лет по поводу бронхиальной астмы, смешанной формы, состоит на диспансерном учете у семейного врача. Приступы 1-2 раза в неделю, симптомы астмы в ночное время чаще 2 раза в месяц. Ежедневно использует ингаляции фенотерола. У больной ...:
- <variant>персистирующее легкое течение бронхиальной астмы
- <variant>обострение хронического бронхита
- <variant>обострение хронического обструктивного бронхита
- <variant>персистирующее среднетяжелое течение бронхиальной астмы
- <variant>острая пневмония
- <question>Больной 27 лет, обратился с жалобами на появление одышки, возникшей впервые после физических упражнений на улице. В анамнезе, отмечает аллергическую реакцию на клубнику, яйцо. Месяц назад перенес респираторное заболевание, но к врачу не обращался, лечился сам (аспирин, горчичники на грудь). Часто беспокоит кашель, при котором выделяется мокрота слизистого характера. При аускультации дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧСС-76 в мин. Тоны сердца ясные, АД-134/70 мм рт.ст. Предварительный диагноз:
- <variant>бронхиальная астма
- <variant>сердечная астма
- <variant>пневмония
- <variant>милиарный туберкулез
- <variant>ТЭЛА.
- <question>Больному Б., 38 лет, с жалобами на одышку, снижение толерантности к физической нагрузке провели тест с бронходилататором. Критерии обратимости бронхообструктивного синдрома после ингаляции бронходилататоров:
- <variant>прирост ОФВ₁ на 13% и ПСВ 16%
- <variant>прирост ЖЕЛ на 25% и МОС₇₅ на 30%
- <variant>прирост ЖЕЛ на 20% и МОС₇₅ на 25%
- <variant>прирост ОФВ₁ на 30% и ПСВ 25%
- <variant>прирост ОФВ₁ на 8% и ПСВ 5%
- <question>Больной Б., 28 лет, обратился с жалобами на периодически возникающую экспираторную одышку, сухой кашель. На рентгенограмме патология не выявлена. В периферической крови 12% эозинофилов. Суточные колебания параметров бронхиальной проходимости (ОФВ₁, ПСВ) 30%. Температура тела нормальная. В носоглотке обнаружены полипы. Вероятный диагноз:
- <variant>бронхиальная астма
- <variant>хронический обструктивный бронхит
- <variant>синдром Лёфгрена
- <variant>экзогенный аллергический альвеолит
- <variant>эозинофильный инфильтрат лёгкого
- <question>Больной А., 31 года, с диагнозом «бронхиальная астма», некурящий. Жалобы на приступы одышки 3 раза в месяц, ночной приступ 1-2 раза в месяц, вне приступа параметры внешнего дыхания и температура тела не изменены. СОЭ 10 мм/ч, содержание в крови лейкоцитов $6,5 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилов 9%. У больного ... степень бронхиальной астмы:
- <variant>1 (интермиттирующая бронхиальная астма)
- <variant>2 (лёгкая персистирующая бронхиальная астма)
- <variant>3 (персистирующая бронхиальная астма средней тяжести)
- <variant>4 (тяжёлая персистирующая бронхиальная астма)
- <variant>5 (астматический статус)
- <question>Степень 4 бронхиальной астмы -:
- <variant>тяжелая персистирующая бронхиальная астма

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 36 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>хроническое легочное сердце
- <variant>тяжелая интермитирующая бронхиальная астма:
- <variant>бронхиальная астма физического усилия:
- <variant>аспириновая бронхиальная астма
- <question>Ступень 1 бронхиальной астмы -:
- <variant>бронхиальная астма легкого интермиттирующего течения
- <variant>предастма
- <variant>астматический бронхит
- <variant>бронхиальная астма физического усилия
- <variant>персистирующая бронхиальная астма легкого течения
- <question>Ступень 3 бронхиальной астмы -:
- <variant>персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести
- <variant>декомпенсированная легочно-сердечная недостаточность
- <variant>дисгормональная бронхиальная астма
- <variant>бронхиальная астма легкого интермитирующего течения
- <variant>бронхиальная астма смешанного генеза
- <question>Больному 56 лет, жалуется на приступы удушья до 5-6 раз в сутки, кашель с мокротой слизистого характера, каждую ночь беспокоят приступы удушья, особенно под утро, одышка в покое, отеки на ногах. При осмотре ЧДД - 28 в минуту. Пиковая скорость выдоха - 52%. Ваш диагноз:
- <variant>бронхиальная астма, тяжелая степень, ДН III
- <variant>бронхиальная астма, средней степени, ДН II
- <variant>бронхиальная астма, тяжелое течение, ДН II
- <variant>хронический обструктивный бронхит, ДН II
- <variant>хронический бронхит, ДН II
- <question>Больной, 28 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на периодически возникающую экспираторную одышку, сухой кашель. На рентгенограмме патология не выявлена. В периферической крови 12% эозинофилов. Суточные колебания параметров бронхиальной проходимости (ОФВ1, ПСВ. 30%). Вероятный диагноз:
- <variant>бронхиальная астма
- <variant>хронический обструктивный бронхит
- <variant>синдром Лёфгрена
- <variant>экзогенный аллергический альвеолит
- <variant>эозинофильный инфильтрат лёгкого
- <question>Для выявления бронхиальной обструкции применяется:
- <variant>пикфлоуметрия
- <variant>рентгеноскопия органов грудной клетки
- <variant>реопульмонография
- <variant>R-графия органов грудной клетки
- <variant>пульсоксиметрия
- <question>Какой прибор можно использовать для самоконтроля при бронхиальной астме:
- <variant>Пикфлоуметр
- <variant>Спирограф
- <variant>Пневмотахометр
- <variant>Глюкометр
- <variant>Небулайзер
- <question>Максимальный объем заполнения резервуара небулайзера:
- <variant>10 мл
- <variant>14 мл

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 37 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>12 мл

<variant>16 мл

<variant>18 мл

<question>При обследовании больного 18 лет, страдающего первичной легочной гипертензией, выявлены набухание и пульсация яремных вен, положительный "венный пульс", увеличение и систолическая пульсация печени, гепато-югулярный рефлюкс. Аускультативно: систолический шум у основания мечевидного отростка, усиливающийся на высоте вдоха, с иррадиацией к верхушке; ослабление I тона. Вероятная причина иррадиации шума к верхушке сердца:

<variant>Резкое увеличение правого желудочка

<variant>Регургитация крови

<variant>Ускорение кровотока

<variant>Повышение давления в легких

<variant>Увеличение левого желудочка

<question>У больного 20 лет жалобы на ощущение удушья при небольшой физической нагрузке, приступы головокружения. Болен с детства. При осмотре: диффузный цианоз, концевые фаланги пальцев в виде «барабанных палочек», расширение границы сердца вправо, систолическая пульсация правого желудочка в эпигастральной области. При аускультации: акцент и расщепление II тона на легочной артерии, короткий систолический шум на мечевидном отростке, диастолический шум во II межреберье слева от грудины. При рентгенологическом обследовании выступание ствола легочной артерии. Ваш вероятный диагноз:

<variant>Первичная легочная гипертензия

<variant>Трикуспидальный стеноз

<variant>Недостаточность трикуспидального клапана

<variant>Врожденный стеноз легочной артерии

<variant>Тетрада Фалло

<question>Женщина 58 лет жалуется на приступ инспираторной одышки, усиливающейся в горизонтальном положении. В легких множественные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, тахикардия, акцент II тона на легочной артерии. В анамнезе: артериальная гипертензия, сахарный диабет. На ЭКГ: QS и элевация STV2-V6;желудочковые экстрасистолы. В первую очередь следует назначить терапию:

<variant>Тромболитическую

<variant>Антиаритмическую

<variant>Антиагрегантную

<variant>Оксигенотерапию

<variant>Метаболическую

<question>Укажите причину легочной гипертензии при хронических заболеваниях органов дыхания:

<variant>Легочная гипертензия возникает в результате увеличения сопротивления легочных сосудов

<variant>Легочная гипертензия возникает в результате увеличения давления в легочных венах

<variant>Легочная гипертензия связана с рефлекторным спазмом артериол легких из-за повышения давления в устьях легочных вен

<variant>Легочная гипертензия возникает в результате увеличения кровотока в системе легочной артерии

<variant>Легочная гипертензия возникает в результате повышения давления в левом предсердии

<question>ЭКГ- признаки хронического легочного сердца:

<variant>Высокий зубец Р во II и III отведениях

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 38 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>Двугорбый, умеренный зубец Р в I, II, aVL отведениях

<variant>Замедление АВ-проводимости

<variant>Комплекс QS в большинстве грудных отведений

<variant>Укорочение PQ интервала

<question>У мужчины 68 лет с частыми бронхолегочными инфекциями в анамнезе выявление на рентгенограмме значительного расширения прикорневых сосудов при обедненном периферическом сосудистом рисунке; «обрубленности» корней легких; выбухания конуса и ствола легочной артерии; увеличения правых отделов сердца **НАИБОЛЕЕ** вероятно свидетельствует о наличии:

<variant>легочной гипертензии

<variant>воспалении бронхов

<variant>плевральном выпоте

<variant>бронхоэктазов в легких

<variant>застойных изменениях в легких

<question>У мужчины с одышкой, уменьшающейся после ингаляций кислорода и бронхолитиков, наличием диффузного теплого цианоза, эпигастральной пульсации; акцента второго тона во II межреберье слева; симптома Грехема – Стилла; увеличением толщины стенки и расширением полости правого желудочка; отсутствием ортопноэ **НАИБОЛЕЕ** вероятен диагноз:

<variant>хронического легочного сердца

<variant>эмфиземы легких

<variant>бронхиальной астмы

<variant>хронического бронхита

<variant>дилатационной кардиомиопатии

<question>Для выявления бронхиальной обструкции применяется:

<variant>пикфлоуметрия

<variant>рентгеноскопия органов грудной клетки

<variant>реопульмонография

<variant>R-графия органов грудной клетки

<variant>пульсоксиметрия

<question>При дифференциальной диагностики бронхиальной астмы с новообразованиями бронхопульмонального синдрома проводится:

<variant>бронхоскопия

<variant>спирометрия

<variant>спирография

<variant>бронхография

<variant>пикфлоуметрия

<question>При тромбоэмболии легочной артерии чаще всего применяется:

<variant>Фибринолитическая терапия

<variant>Симптоматическая терапия

<variant>Хирургический метод лечения

<variant>Антибактериальная терапия

<variant>Лучевая терапия

<question>Женщина 65 лет, страдающая тромбофлебитом глубоких вен нижних конечностей, жалуется на интенсивные загрудинные боли. На ЭКГ выявлена депрессия сегмента ST_{V1-V3}. На 3-и сутки у больной внезапно развилась одышка, появились боли в грудной клетке при дыхании, кашель и однократно - кровохарканье. При осмотре: цианоз, увеличение в объеме правой нижней конечности; влажные хрипы в легких. На ЭКГ - правограмма. **НАИБОЛЕЕ** вероятная патология развившаяся у больной:

<variant>Тромбоэмболия ветвей легочной артерии

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 39 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>Отек легких
- <variant>Спонтанный пневмоторакс
- <variant>Нозокомиальная пневмония
- <variant>Расслаивающая аневризма аорты
- <question>У больной, 46 лет, внезапно развилась загрудинная боль, одышка смешанного характера, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа. На ЭКГ регистрируются глубокий зубец S в первом и глубокий зубец Q в третьем стандартных отведениях. Ваш предварительный диагноз:
- <variant>Тромбоэмболия легочной артерии
- <variant>Острый инфаркт миокарда
- <variant>Спонтанный пневмоторакс
- <variant>Бронхиальная астма
- <variant>Очаговая пневмония
- <question>При подозрении на тромбэмболию легочной артерии целесообразно назначить:
- <variant>морфин + гепарин + реополиглукин
- <variant>нитраты пролонгированного действия + пелентан
- <variant>тромболитики + антагонисты кальция
- <variant>изокет + дицинон
- <variant>антибиотики + варфарин
- <question>НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ признаки тромбэмболии легочной артерии:
- <variant>на ЭКГ признаки перегрузки левого желудочка
- <variant>развитие острой сердечной недостаточности
- <variant>на рентгенограмме – деформация корня легкого, отсутствие сосудистого рисунка
- <variant>на ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца
- <variant>наличие тромбофлебита сосудов нижних конечностей
- <question>При развитии хронического легочного сердца рентгеновское исследование выявляет характерные изменения:
- <variant>усиление пульсации центральной ветви легочной артерии
- <variant>усиление пульсации периферических отделов легочной артерии
- <variant>расширение левой нисходящей ветви легочной артерии
- <variant>обеднение сосудистого рисунка легких
- <variant>несимметричная обрубленность корня легкого
- <question>Мгновенное нарастание интенсивности болевых ощущений в области сердца до максимальной характерно для:
- <variant>расслоения аорты
- <variant>спонтанной стенокардии
- <variant>инфаркта миокарда
- <variant>тромбоэмболии легочной артерии
- <variant>острого перикардита
- <question>При легочной гипертензии с целью профилактики тромбообразования целесообразно назначение:
- <variant>варфарина
- <variant>гепарина
- <variant>фраксипарина
- <variant>эноксапарина
- <variant>фондапаринукса
- <question>Для уменьшения легочной гипертензии у больных, страдающих хроническим обструктивным бронхитом, НЕ применяется:
- <variant>Обзидан
- <variant>Моносан

<variant>Коринфар

<variant>Капотен

<variant>Эуфиллин

<question>У 65-летнего больного с бронхообструктивным синдромом многолетней давности отмечаются приступы удушья, кашель с отделением небольшого количества мокроты, тяжесть в правом подреберье, уменьшение количества отделяемой мочи.

Объективно: акроцианоз, набухание шейных вен, пульсация в эпигастральной области, акцент II тона на легочной артерии, тахикардия, увеличение печени, отеки. Ожидаемые изменения на ЭКГ больного:

<variant>признаки гипертрофии правого желудочка

<variant>признаки гипертрофии левого предсердия

<variant>признаки внутрижелудочковой блокады

<variant>признаки гипертрофии левого желудочка

<variant>признаки блокады левой ножки пучка Гиса

<question>О деструкции легочной ткани с достоверностью свидетельствуют:

<variant>Эластические волокна

<variant>Кристаллы Шарко-Лейдена

<variant>Лейкоциты

<variant>Спирали Куршмана

<variant>Эритроциты

<question>Мужчина 52 лет обратился с жалобами на экспираторную одышку, появляющуюся при малейшей физической нагрузке, кашель со скудной мокротой. Курил в течение 25 лет. Об-но: кожа сухая с синюшно-сероватым оттенком, ногти изменены по типу «часовых стекол», грудная клетка «бочкообразная». В легких при перкуссии «коробочный звук», аускультации – ослабленное дыхание, укороченный выдох. Вероятный диагноз:

<variant>ХОБЛ, эмфизематозный тип

<variant>Бронхиальная астма, тяжелое течение

<variant>Хронический обструктивный бронхит

<variant>Бронхиальная астма, эмфизема легких

<variant>ХОБЛ, бронхитический тип

<question>Больной 46 лет жалуется на слабость, субфебрилитет, ноющие боли в правой половине грудной клетки, кашель со зловонной гнойной мокротой в большом количестве. ЧДД – 26 в мин, дыхание с амфорическим оттенком над верхней долей правого легкого. На рентгенограмме в верхней доле правого легкого обнаружена полость. Наиболее целесообразная тактика:

<variant>Санация очага + введение моксофлоксацина в полость

<variant>Ампициллин + гентамицин

<variant>Курс плазмафереза + цефтриаксон

<variant>Резекция доли легкого + цефтриаксон

<variant>Левифлоксацин + инфузионная терапия

<question>Больной 46 лет более 30 лет страдает бронхоэктатической болезнью. Последние 2 года присоединились периодические отеки, повышение АД до высоких цифр, выраженная протеинурия в моче, при чем ухудшения самочувствия не отмечает. Нужно назначить дополнительно в данном случае:

<variant>колхицин

<variant>курантил

<variant>фуросемид

<variant>эналаприл

<variant>преднизолон

<question>Мужчине 32 лет, пострадавшего в автомобильной аварии, по жизненным показаниям была проведена спленэктомия. Работает автослесарем в мастерской, в течении последнего года дважды переболел пневмонией. Для снижения риска развития инфекционных осложнений больному нужно провести:

<variant>Вакцинацию поливалентной пневмококковой вакциной

<variant>Ежегодные курсы антистафилококкового иммуноглобулина

<variant>Превентивную антибактериальную терапия

<variant>Вакцинацию от листериоза и бруцеллеза

<variant>Ежегодные курсы интерферонотерапии

<question>Больной 65 лет жалуется на прогрессирующую одышку. Результаты обследования: СОЭ – 55 мм/ч; на рентгенограмме - плевральный выпот. При пункции удалено 900 мл геморрагической жидкости. Через 2 дня выявлено повторное накопление жидкости в плевральной полости. Наиболее информативное исследование для уточнения диагноза:

<variant>цитологическое исследование экссудата

<variant>трансбронхиальная пункция

<variant>магнитно-резонансная томография

<variant>исследование на онкомаркеры

<variant>компьютерная томография

<question>Хроническая обструктивная болезнь сердца и блокады проводящей системы сердца являются противопоказаниями для применения:

<variant>бета-адреноблокаторов

<variant>диуретиков

<variant>антагонистов кальция

<variant>блокаторов ангиотензиновых рецепторов

<variant>ингибиторов ангиотензин превращающего фермента

<question>У больной 26 лет впервые возник приступ удушья с продуктивным кашлем на фоне приступообразных болей в животе, сопровождавшихся диареей. В момент приступа выраженная гиперемия лица, в лёгких множество сухих свистящих хрипов. Наиболее информативный метод обследования для уточнения диагноза:

<variant>Фибробронхоскопия

<variant>Бронхография

<variant>Рентгенография легких

<variant>Спирография

<variant>Пикфлоуметрия

<question>Больной 49 лет предъявляет жалобы на приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие в ночное время; свистящее дыхание, слышимое на расстоянии. Объективно: при аускультации везикулярное дыхание без патологических шумов. Число дыханий- 19 в мин. При бронхоскопии отёк и гиперемия слизистой верхних отделов дыхательных путей. При ФГДС: гиперемия, сливные эрозии по всей окружности нижней трети пищевода. Какова наиболее вероятная причина бронхообструкции:

<variant>Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

<variant>Бронхиальная астма

<variant>Трахеобронхиальная дискинезия

<variant>Сердечная астма

<variant>Паразитоз

<question>К врачу общей практики обратился мужчина, 45 лет, курящий с детства, с жалобами на сильную боль в правом боку, похудание, кашель с прожилками алой крови. При осмотре обнаружено расширение вен на передней поверхности грудной клетки и шее. При перкуссии и

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 42 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

аускультации над верхней долей правого лёгкого выявлено выраженное притупление и ослабление дыхания. Общий анализ крови: СОЭ 62 мм/ч. Предварительный диагноз:

<variant>опухоль лёгкого

<variant>экзогенный аллергический альвеолит

<variant>внутрибольничная пневмония

<variant>инфильтративный туберкулёз

<variant>синдром Лёфгрена

<question>У 62-летнего больного на фоне обострения бронхиальной астмы средней степени тяжести имеется постинфарктный кардиосклероз, желудочковая экстрасистолия. Больному целесообразно назначить базисную терапию:

<variant>флютиказон+ верапамил

<variant>атровент+ ателолол

<variant>сальметерол+ тромбоасс

<variant>теотард + симвастатин

<variant>преднизолон

<question>Прием ... может вызвать появление сухого кашля:

<variant>капотена

<variant>теопека

<variant>беротека

<variant>недокромила

<variant>аториса

<question>Женщина 25 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, повышение температуры до 37 С. Заболела остро после переохлаждения. Слева в межлопаточной области выслушиваются сухие хрипы. Общий анализ крови без особенностей. Больной, учитывая наличие беременности со сроком 8 -10 недель, наиболее целесообразно назначить ...:

<variant>лазолван, теплое питье

<variant>метрогил, гентамицин

<variant>ципрофлоксацин

<variant>амоксиклав, бронхолитин

<variant>бромгексин, тетрациклин

<question>Мужчина 72 лет, страдающий ХОБЛ в течение многих лет, жалуется на повышение температуры тела, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку, слабость, потливость, появившиеся после переохлаждения. Рентгенологически выявлена инфильтрация легочной ткани справа в нижней доле. Больному наиболее целесообразно назначить ...:

<variant>кларитромицин

<variant>тетрациклин

<variant>преднизолон

<variant>гентамицин

<variant>линкамицин

<question>Для эффективной антибактериальной терапии внебольничной пневмонии до верификации патогена наиболее целесообразно назначить ...:

<variant>Ровамицин

<variant>Гентамицин

<variant>Тетрациклин

<variant>Бисептол

<variant>Кефзол

<question>Больной А., 35 лет страдает бронхиальной астмой в течение 2 лет. Приступы удушья купирует беротеком, гормонозависимый. Пиковая скорость выдоха - 66%. На момент осмотра –

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 43 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

одышка в покое, при аускультации – свистящие сухие хрипы по всем легочным полям. Больной за последний час трижды применял ингалятор с беротеком. В данном случае в качестве базисной терапии наиболее целесообразно назначить ...:

<variant>Преднизолон в/в в дозе 30-60 мг

<variant>Эуфиллин per os

<variant>Эуфиллин 2,4% 10 мл в/в

<variant>Вентолин через небулайзер

<variant>Продолжать ингаляции беротеком

<question>Больному артериальной гипертензией с сопутствующей бронхиальной астмой необходимо назначить гипотензивный препарат. В данной ситуации противопоказан ...:

<variant>Карведилол

<variant>Изиноприл

<variant>Верапамил

<variant>Индапамид

<variant>Амлодипин

<question>К вам на прием пришел больной М. 30 лет, в анамнезе: кашель с выделением слизистой мокроты, осиплость голоса, першение в горле, повышение температуры до 38С. Обратился к доктору (4 дня назад). В процессе обследования (ОАК, рентгенологическое обследование) был выставлен диагноз: Острая пневмония. Было назначено лечение пенициллином. Эффекта от лечения нет. Ваша тактика:

<variant>назначить азитромицин

<variant>продолжить лечение пенициллином до 10 дней

<variant>срочно госпитализировать в стационар

<variant>отменить пенициллин и назначить кефзол

<variant>добавить сульфаниламид

<question>Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных реакций:

<variant>ипратропиум бромид

<variant>атропин

<variant>апрофен

<variant>метацин

<variant>пропантелин бромид

<question>Больную 38 лет в течение длительного времени беспокоят приступы удушья, экспираторная одышка. Приступы удушья купирует беротеком, принимает преднизолон 10 мг в сутки в течение 2 лет. Пиковая скорость выдоха - 65%. Базисная терапия для данной больной предусматривает применение:

<variant>будесонида

<variant>атровента

<variant>теотарда

<variant>сальмотерола

<variant>дексаметазона

<question>Больной 22 лет, страдающий бронхиальной астмой, доставлен в приёмный покой. Объективно: возбужден, температура тела 36,7С, ЧСС - 120 ударов в мин., число дыханий - 24 в мин. При аускультации: дыхание резко ослаблено, единичные сухие хрипы. Из анамнеза: в течение суток получил более 10 ингаляций беротека без эффекта. Врачом скорой помощи в/в введено 10 мл 2,4% раствора эуфиллина. Первый шаг экстренной помощи:

<variant>Применение кортикостероидов

<variant>Увеличение дозы симпатомиметиков

<variant>Регидратация

<variant>Увеличение дозы эуфиллина

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 44 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>Искусственная вентиляция легких

<question>Мужчина 32 лет жалуется на приступы удушья 2-3 раза в неделю, 2-3 раза в неделю просыпается ночью от затруднения дыхания. Спирография: ОФВ1=70%; ОФВ50=60%; ОФВ75=55%; после пробы с сальбутамолом все показатели пришли к норме. **НАИБОЛЕЕ** целесообразный препарат при лечении:

<variant>Будесонид

<variant>Эуфиллин

<variant>Кромогликат натрия

<variant>Триамцинолон

<variant>Преднизолон

<question>У 65-летнего больного, перенесшего полгода назад острый инфаркт миокарда, постепенно нарастает одышка, выявлен плевральный выпот при отсутствии боли в грудной клетке, субфебрильная температура. В анализах крови - эозинофилия. Больному следует назначить:

<variant>преднизолон

<variant>монокард

<variant>каптоприл

<variant>левофлоксацин

<variant>спиронолактон

<question>Мужчина 56 лет жалуется на кашель с обильной слизисто-гноющей мокротой, нарастающую одышку, повышение t тела. Объективно: кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, кисти – холодные на ощупь, ногти изменены в виде «часовых стекол», грудная клетка малоподвижна при дыхании, пастозность голеней. Аускультативно – удлинен выдох, рассеянные сухие хрипы. Аллергия на пенициллин. **НАИБОЛЕЕ** целесообразная комбинация:

<variant>Левифлоксацин, беродуал, амброксол

<variant>Фуросемид, сальметерол, беротек

<variant>Преднизолон, атровент, амброксол

<variant>Эуфиллин, милдронат, интал

<variant>Вентолин, гипотиазид, лазолван

<question>Больной, 65 лет, злостный курильщик, жалуется на одышку смешанного характера, приступообразный кашель с трудно-отделяемой мокротой, боль в области сердца давящего характера без иррадиации, уменьшающиеся после ингаляции кислорода, повышение АД. Объективно: расширение правой границы сердца, акцент и расщепление II тона на легочной артерии. Наиболее приемлема в составе комплексной терапии группа препаратов:

<variant>Антагонисты кальциевых каналов

<variant>Бета2-адреноблокаторы

<variant>Сердечные гликозиды

<variant>Петлевые диуретики

<variant>Альа-адреноблокаторы

<question>Мужчина 49 лет, больной сахарным диабетом, находится в реанимации с двусторонней пневмонией. Из мокроты высеян золотистый стафилококк. Начата антибактериальная терапия двумя антибиотиками. Какой из методов иммунотерапии **НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН** в данной ситуации с точки зрения доказательной медицины:

<variant>Рекомбинантный интерлейкин-2

<variant>Рекомбинантный гранулоцитарно-макрофагальный фактор

<variant>Внутривенное лазерное облучение крови

<variant>Ультрафиолетовое облучение крови

<variant>Рекомбинантный интерферон альфа

<question>Мужчина 52 лет жалуется на одышку в покое, сухой приступообразный кашель, сердцебиение, слабость, снижение аппетита. 4 месяца назад рентгенологически выявлены двусторонние изменения, расцененные как пневмония. При проведении антибактериальной

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 45 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

терапии состояние ухудшилось – повысилась температура, усилилась одышка, потерял в весе 6 кг. Объективно: состояние тяжелое, одышка, акроцианоз. ЧДД – 28 в мин., выслушивается ослабленное дыхание и грубая крепитация («треск целлофана»). В крови: лейкоциты – 12 тыс., СОЭ - 42 мм/ч. **НАИБОЛЕЕ** целесообразно назначение:

<variant>Преднизолон

<variant>Изониазид

<variant>Ровамицин

<variant>Метотрексат

<variant>Ампициллин

<question>Простейшим прибором для определения бронхиальной обструкции является:

<variant>Пневмотахометр

<variant>Спирограф

<variant>Плетизмограф

<variant>Электрокардиограф

<variant>Рентген аппарат

<question>Наиболее достоверным признаком при проведении дифференциального диагноза между приступом бронхиальной астмы и первой стадией астматического статуса является:

<variant>рефрактерность к бета 2-агонистам

<variant>тяжесть экспираторного удушья

<variant>ортопноэ

<variant>неэффективность внутривенного вливания эуфиллина

<variant>выраженный цианоз

<question>Ингибиторы АПФ показаны при:

<variant>сахарном диабете и артериальной гипертензии

<variant>беременности и артериальной гипертензии

<variant>артериальной гипертензии и наличии сухого кашля

<variant>артериальной гипертензии и двустороннем стенозе почечных артерий

<variant>артериальной гипертензии и выраженном стенозе устья аорты

<question>Целевой уровень АД при АГ и сахарном диабете:

<variant>130/90

<variant>150/90

<variant>120/80

<variant>125/85

<variant>140/90

<question>Целевой уровень АД при АГ и почечной недостаточности с протеинурией 1 г/л:

<variant>130/90

<variant>150/90

<variant>120/80

<variant>125/85

<variant>140/90

<question>Больной 50 лет, жалуется на сильные головные боли, одышку, давящие боли за грудиной с иррадиацией в плечо, сердцебиение, тошноту. Считает себя больным в течение недели, беспокоят головные боли, нерегулярно принимал гипотензивные препараты. При осмотре - АД 190/150 мм.рт. ст., ЧСС 110 в минуту. На ЭКГ- гипертрофия левого желудочка с систолической нагрузкой. Терапию следует начинать с:

<variant>Нитропруссид натрия

<variant>Дроперидол

<variant>Клофеллин

<variant>Пентамина

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 46 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>Лазикса

<question>Пациенту, 55 лет, страдающему ИБС (стенокардия II ФК) и АГ II-й степени целесообразно начать терапию с:

<variant>бетта-блокаторов

<variant>тиазидных мочегонных

<variant>ингибиторов АПФ

<variant>альфа-адреноблокаторов

<variant>препаратов центрального действия

<question>Женщина 59 лет. Заболела внезапно. Жалобы на сильную головную боль, головокружение, оглушенность, кратковременные судороги, тошнота, рвота. Объективно: заторможена, бледная. Тахипноэ. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс 110 в минуту. АД 210/120 мм рт ст. На электрокардиограмме: снижен сегмент ST в V₄ -V₅, признаки гипертрофии левого желудочка. На данном этапе целесообразно назначить:

<variant>Эналаприл в\в струйно

<variant>Нифедипин под язык

<variant>Пропранолол внутрь

<variant>Каптоприл по язык

<variant>Фентоламин в\в струйно

<question>При лечении больных АГ с подагрой противопоказаны:

<variant>диуретики

<variant>антагонисты рецепторов ангиотензина II

<variant>антагонисты кальция

<variant>бета-адреноблокаторы

<variant>ингибиторы АПФ

<question>Мужчина 50 лет, обратился к врачу общей практики для обычного медицинского осмотра. Жалоб нет. При осмотре: АД 160/100 мм.рт.ст, ЧСС 72 в 1 минуту, ритм правильный, усиление верхушечного толчка, температура тела нормальная. Глазное дно- сужение артериол и извитость сосудистого рисунка. На ЭКГ: гипертрофия левого желудочка. В анализах электролитов и креатинина изменений нет. Тактика врача:

<variant>назначить гипотензивную терапию и исключить симптоматические гипертензии

<variant>экстренно ввести гипотензивные препараты

<variant>установить диагноз «гипертонической болезни» и назначить гипотензивную терапию

<variant>повторно измерить АД в течение трех дней и затем наблюдать пациента

<variant>направить в стационар для обследования

<question>Этот пероральный препарат используется в терапии стенокардии и гипертензии. По сравнению с другими препаратами своего класса, он более безопасен для больных с нарушениями атриовентрикулярного проведения. Однако препарат может вызвать утяжеление сердечной недостаточности из-за отрицательного инотропного действия. Выберите соответствующий препарат:

<variant>нифедипин

<variant>лидокаин

<variant>нитропруссид

<variant>гидралазин

<variant>метилдопа

<question>Больной 66 лет два года назад перенес транзиторную ишемическую атаку. Нерегулярно принимает амлодипин 5 мг. АД 190/100 мм РТ. Ст. На ЭКГ: синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка. В анализе крови холестерин 8,5 мг/дл. Определите степень и группу риска артериальной гипертензии:

<variant>артериальная гипертензия III степени, риск IV

<variant>артериальная гипертензия II степени, риск III

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		Стр. 47 из 92

<variant>артериальная гипертензия II степени, риск IV

<variant>артериальная гипертензия III степени, риск III

<variant>артериальная гипертензия I степени, риск IV

<question>Мужчина, 45 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на головную боль, тошноту, давящие боли в области сердца. В течение двух лет состоит на диспансерном учете по поводу артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Артериальное давление максимально повышается до 150/95 мм РТ.ст. Результаты клинико-лабораторных исследований без изменений. Определите степень и группу риска артериальной гипертензии:

<variant>артериальная гипертензия I степени, риск IV

<variant>артериальная гипертензия II степени, риск III

<variant>артериальная гипертензия II степени, риск IV

<variant>артериальная гипертензия III степени, риск III

<variant>артериальная гипертензия, III степени, риск IV

<question>Больная 67 лет, страдает повышением артериального давления в течение 10 лет, курит в течение 15 лет, страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 4 лет, принимает глюкофаж в дозировке 850 мг в сутки. Индекс массы тела 29 кг/м², уровень холестерина 5,0 ммоль/л. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. На момент осмотра уровень АД 180/110 мм РТ.ст. Ваш диагноз

<variant>артериальная гипертензия 3 степени, риск 4

<variant>артериальная гипертензия 2 степени, риск 3

<variant>артериальная гипертензия 2 степень, риск 4

<variant>артериальная гипертензия 1 степени, риск 4

<variant>артериальная гипертензия 3 степени, риск 3

<question>Больной 78 лет страдает артериальной гипертензией. Состоит на учете у уролога по поводу аденомы предстательной железы. Больному для снижения АД и уменьшения обструкции мочеиспускательного канала наиболее предпочтительно назначить

<variant>доксазозин

<variant>эсмолол

<variant>урегит

<variant>периндоприл

<variant>верапамил

<question>Мужчина 57 лет, у которого в течение последних двух лет повышается артериальное давление, проходит обследование в клинике. НАИБОЛЕЕ доступный и информативный метод диагностики гипертрофии левого желудочка сердца у данного больного:

<variant>Эхокардиография

<variant>Велоэргометрия

<variant>Сцинтиграфия

<variant>Рентгенография

<variant>Вентрикулография

<question>Больной, 68 лет, поступил в стационар с жалобами на головные боли, головокружение, одышку при подъеме на первый этаж, общую слабость. В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом. Объективно: в легких в нижних отдела влажные незвучные хрипы; тоны сердца приглушены, ритмичные, число сердечных сокращений 82 в минуту, АД 170/100 мм.рт.ст. В проекции почечных артерий выслушивается систолический шум. В анализе крови: гипергликемия, гиперхолестеринемия. На ЭКГ– ритм синусовый, правильный, чсс 78 в мин., отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка. На ангиограмме выявлен двухсторонний стеноз почечных артерий. Какой препарат противопоказан в данной ситуации?

<variant>Моноприл

<variant>Арифон

<variant>Конкор

ONȚŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 48 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>Нормодипин

<variant>Верапамил

<question>Повышение АД, уровня альдостерона в крови, мышечная слабость, изредка отеки характерны для:

<variant>синдрома Конна

<variant>первичной артериальной гипертензии

<variant>феохромоцитомы

<variant>атеросклероза почечных артерий

<variant>гиреотоксикоза

<question>Мужчина, 35 лет обратился к врачу с жалобами на головную боль, мышечную слабость, жажду, обильное мочеиспускание, проходящие судороги. Болеет в течение нескольких месяцев, начало болезни ни с чем не связывает. При осмотре у больного было выявлено повышение артериального давления до 170/100 мм РТ.ст. В анализах отмечается гипокалиемия – 2,5 ммоль/л, гипернатриемия – 170 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз:

<variant>первичный гиперальдостеронизм

<variant>реноваскулярная гипертония

<variant>диабетическая нефропатия

<variant>феохромоцитома

<variant>поликистоз почек

<question>Больная, 17 лет, отмечает повышение массы тела, нарушение менструального цикла в течение года. На коже бедер, живота, молочных желез широкие багровые стрии. АД - 140/90 мм.рт.ст. Тест толерантности к глюкозе: натощак – 4,5 ммоль/л; через 2 часа после нагрузки глюкозой – 8,6 ммоль/л. КТ: гиперплазия обеих надпочечников. Уровень кортизола в крови в 8 часов -1060 нг/л (норма – 260-720 нг/л., в 14 часов -1250 нг/л) Ваш предварительный диагноз:

<variant>болезнь Иценко-Кушинга

<variant>гипоталамический синдром

<variant>синдром Штейна-Левенталья

<variant>экзогенно-конституциональное ожирение

<variant>церебральное ожирение

<question>У больной 45 лет наблюдаются стойкое повышение АД до 200/110 мм. РТ.ст., мышечная слабость, судороги, учащенное мочеиспускание. Данные симптомы беспокоят в течение года. На компьютерной томограмме выявлено увеличение левого надпочечника. Диагностирован первичный гиперальдостеронизм, синдром Конна. Наиболее целесообразно назначение

<variant>верошпирона

<variant>конкора

<variant>физиотенза

<variant>фуросемида

<variant>индапамида

<question>У женщины, 48 лет отмечается чувство тревоги, полидипсия, тахикардия, покраснение лица. При обследовании: артериальное давление 300/130 мм РТ.ст., частота сердечных сокращений – 90 в мин., масса тела – 68 кг. В крови глюкоза - 20 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз:

<variant>Феохромоцитома

<variant>Синдром Иценко-Кушинга

<variant>Артериальная гипертензия

<variant>Тиреотоксикоз

<variant>Синдром Конна

<question>Больная, 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на головные боли, быструю прибавку в весе. Объективно: непропорциональное ожирение, артериальное давление 180/100 мм

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 49 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

рт ст, багровые полосы растяжения на коже живота, гиперпигментация кожи. В анализе: умеренное повышение уровня адренокортикотропного гормона (АКТ) плазмы крови.

Предварительный диагноз

<variant>Болезнь Иценко – Кушинга

<variant>Болезнь Аддисона

<variant>Гипоталамический синдром

<variant>Алиментарное ожирение

<variant>Синдром Конна

<question>Больной 26 лет жалуется на усиление жажды, появление отеков на лице. 9 лет страдает сахарным диабетом, получает 24 ЕД инсулина в сутки. Пониженного питания. АД 160/100 мм рт.ст. ЧСС-80/мин. С-м "поколачивания" по почечному ложу отрицательный с обеих сторон.

Сахар крови- 6,8 ммоль/л, остаточный азот 30 мкмоль/л, об. белок-63 г/л. Анализ мочи: уд. вес-1010, белок-0,66 г/л. В пробе Реберга-креатинин крови-1,1 ммоль/л, клубочковая фильтрация-60 мл/мин. Ваш диагноз:

<variant>диабетическая нефропатия

<variant>хронический пиелонефрит

<variant>синдром Киммельстиль-Уилсона

<variant>хронический гломерулонефрит

<variant>амилоидоз почек

<question>Мужчина 57 лет, в течение 12 лет страдает от болей в суставах стоп, последние месяцы стал отмечать отеки на нижних конечностях, слабость утомляемость, головную боль. Об-но: АД 170/80, повышенного питания, кожа бледная с желтушным оттенком, на ушных раковинах тофусы. Пастозность лица; отеки голеней и стоп. В крови: лейкоциты - $7,5 \times 10^9$ /л, СОЭ-25 мм/час, мочевая кислота - 0,670 ммоль/л (норма 0,18-0,53 ммоль/л), креатинин - 250 мкмоль/л (норма 60-130 мкмоль/л), мочевины-20 ммоль/л (норма 3,5-9 ммоль/л). Ан. мочи: уд. вес-1009, белок-0,55 г/л, цилиндры гиалиновые-5-7 в п/зр. Причина ХПН:

<variant>Подагрическая нефропатия

<variant>Амилоидоз почек

<variant>Мочекаменная болезнь

<variant>Хронический гломерулонефрит

<question>У больных с сахарным диабетом для лечения артериальной гипертензии целесообразно применение:

<variant>Ингибиторы АПФ и антагонисты кальция

<variant>Адреноблокаторы

<variant>Диуретики

<variant>Диуретики и антагонисты кальция

<variant>Ингибиторы АПФ и диуретики

<question>Артериальная гипертензия на фоне массивной протеинурии со снижением клубочковой фильтрации наиболее характерна для:

<variant>Гломерулонефрита

<variant>Пиелонефрита

<variant>Поликистоза почек

<variant>Мочекаменной болезни

<variant>Нарушения кровоснабжения почек

<question>У больной, 27 лет, наблюдаются кризовый характер течения АГ, сильная головная боль, потливость и сердцебиение, трудно контролируемая АГ, необъяснимая синусовая тахикардия, ортостатическая гипотензия. Ваш предварительный диагноз:

<variant>феохромоцитома

<variant>первичный гиперальдостеронизм

<variant>синдром или болезнь Кушинга

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 50 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>коарктация аорты

<variant>реноваскулярная артериальная гипертензия

<question>Больная 40 лет в течение года отмечает стойкое повышение АД до 220/120 мм.рт.ст., головные боли, периодически резкую слабость нижних конечностей, судороги, полиурию, приступы болей в области сердца

<variant>Ингибиторы АПФ и гипотиазид эффекта не оказывают. На компьютерной томографии – увеличение правого надпочечника. Вероятный диагноз:

<variant>синдром Конна

<variant>аденома надпочечника

<variant>андростерома

<variant>синдром Иценко-Кушинга

<question>У больного 26 лет в течение 2 лет наблюдаются периодические повышения АД до 260/180 мм.рт.ст., которые наступают внезапно, длятся от нескольких минут до нескольких часов, также внезапно прекращаются; в конце криза наблюдается гиперсаливация, профузное потоотделение, выделяется 3-5 литров светлой мочи, больной ощущает слабость, разбитость. За время болезни больной похудел на 5 кг. Наблюдается ортостатическая гипотензия при вставании. Укажите возможную причину АГ:

<variant>феохромоцитома

<variant>эссенциальная АГ

<variant>синдром Кона

<variant>болезнь Иценко-Кушинга

<variant>синдром Пейджа

<question>У больной, 35 лет, отмечаются повышение артериального давления, ожирение, луноподобное лицо с плеторой, стрии растяжения шириной более 1см обычно белого цвета, подушечки жира над ключицами, нарушение толерантности к глюкозе, гипокалиемия, аспе, особенно не на лице, гирсутизм. Инструментальные исследования, которые нужно провести для дифференциального диагноза синдрома или болезни Кушинга:

<variant>R-графия турецкого седла, КТ надпочечников

<variant>Денситометрия

<variant>СМАД

<variant>УЗИ почечных сосудов

<variant>УЗИ каротидных сосудов

<question>К врачу общей практики обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на сердцебиение, слабость, раздражительность, потливость, похудание. Больна более года. Объективно. Суевлива. Глаза блестят. Тремор пальцев рук, в позе Ромберга не устойчива. Гипергидроз. В легких везикулярное дыхание. Сердце: тахикардия, пульс 110 в 1 мин, АД 150/30, 160/40 мм рт ст. Стул – склонность к поносам. Предварительный диагноз больного:

<variant>гипертиреоз

<variant>нейроциркуляторная дистония

<variant>гипотиреоз

<variant>феохромоцитома

<variant>первичный альдостеронизм

<question>Больная 48 лет жалуется на увеличение веса, головные боли, боли в области поясницы, рост волос на лице. Лицо с багрово-красным румянцем на щеках, увеличенный живот, похудание рук и ног. АД 190/110 мм рт. ст. На рентгенограммах: остеопороз костей таза. Умеренное повышение уровня кортикотропина в крови и моче. Рекомендуемое лечение

<variant>Удалить опухоль надпочечников

<variant>гидрокортизон

<variant>гипотензивные препараты

<variant>аноректические средства

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 51 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>спиронолактон
- <question>Секреция альдостерона усиливается при непосредственном влиянии на его рецепторы
- <variant>ренина
- <variant>ангиотензина-1
- <variant>дезоксикортикостерона
- <variant>ангиотензина-2
- <variant>прогестерона
- <question>Больной Р., 40 лет, в течении 10 лет страдает гипертоническим вариантом хронического гломерулонефрита, СКФ по формуле Кокрофта-Голта 35 мл/мин. Определите стадию хронической почечной недостаточности:
- <variant>ХГН, гипертонический вариант, ХБП 3 ст.
- <variant>ХГН, гипертонический вариант, ХБП 1ст.
- <variant>ХГН, гипертонический вариант, ХБП 2ст.
- <variant>ХГН, гипертонический вариант, ХБП 4 ст.
- <variant>ХГН, гипертонический вариант, ХБП 5ст.
- <question>49-летний больной страдает заболеванием почек многие годы. При осмотре отмечается незначительная пастозность лица и век. АД повышено. Почки при пальпации болезненны. В анализах мочи: гипостенурия 1007-1010, лейкоцитурия, микрогематурия. На УЗИ: размеры почек увеличены, контуры неровные, определяются полости диаметром до 2х3 см в обеих почках. Ваш предполагаемый диагноз:
- <variant>поликистоз почек
- <variant>хронический пиелонефрит
- <variant>хронический гломерулонефрит
- <variant>туберкулез почек
- <variant>мочекаменная болезнь
- <question>Мужчина 57 лет, в течение 12 лет страдает от болей в суставах стоп, последние месяцы стал отмечать отеки на нижних конечностях, слабость утомляемость, головную боль. Об-но: АД 170/80, повышенного питания, кожа бледная с желтушным оттенком, на ушных раковинах тофусы. Пастозность лица; отеки голеней и стоп. В крови: лейкоциты $-7,5 \times 10^9 / \text{л}$, СОЭ-25 мм/час, мочева кислота - 0,670 ммоль/л (норма 0,18-0,53 ммоль/л), креатинин - 250 мкмоль/л (норма 60-130 мкмоль/л), мочевины-20 ммоль/л (норма 3,5-9 ммоль/л). Ан. мочи: уд. вес-1009, белок-0,55 г/л, цилиндры гиалиновые-5-7 в п/зр. Причина ХПН:
- <variant>Подагрическая нефропатия
- <variant>Амилоидоз почек
- <variant>Мочекаменная болезнь
- <variant>Хронический гломерулонефрит
- <variant>Обострение хронического пиелонефрита
- <question>Возникновение гипертонических кризов, сопровождающихся резкой головной болью, выраженной потливостью и сердцебиением ("пароксизмальная триада") наблюдается у больных:
- <variant>феохромоцитомой
- <variant>первичным альдостеронизмом
- <variant>синдромом Иценко-Кушинга
- <variant>тиреотоксикозом
- <variant>коарктацией аорты
- <question>Препараты для снижения АД при гипертоническом кризе в сочетании с инфарктом миокарда:
- <variant>нитраты
- <variant>бетта-адреноблокаторы
- <variant>антагонисты кальция
- <variant>ингибиторы АПФ

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 52 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>симпатолитики

<question>Больной 45 лет, страдающий артериальной гипертензией с высокими цифрами АД до 200/120 мм рт.ст., внезапно после эмоционального напряжения почувствовал слабость и онемение в правых конечностях, затруднение речи. В неврологическом статусе: элементы моторной афазии, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, легкий правосторонний гемипарез. Все указанные симптомы регрессировали в течение трех часов. Методы профилактики развития инсульта:

<variant>Гипотензивная терапия

<variant>Витамиотерапия

<variant>Антибиотикотерапия

<variant>Седативная терапия

<variant>Антикоагулянтная терапия

<question>Препарат для снижения АД при гипертоническом кризе в сочетании с инфарктом миокарда:

<variant>нитроглицерин

<variant>анаприлин

<variant>верапамил

<variant>каптоприл

<variant>фуросемид

<question>Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является

<variant>ингибитор ангиотензинпревращающего фермента

<variant>нативная плазма

<variant>глюкокортикостероиды

<variant>цитостатики

<variant>бета-адреноблокаторы

<question>Препарат, благоприятно влияющий на внутривисочечную гемодинамику

<variant>каптоприл

<variant>спиронолактон

<variant>гидрохлортиазид

<variant>гуанитидин

<variant>клофелин

<question>Противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ при АГ является:

<variant>гиперкалиемия

<variant>сердечная недостаточность

<variant>дисфункция левого желудочка

<variant>состояние после инфаркта миокарда

<variant>диабетическая нефропатия

<question>Больной 43 лет поступил с жалобами на загрудинные боли, иррадиирующие в левую руку и под лопатку. При осмотре: приглушенность тонов сердца, умеренная тахикардия. АД – 110/70 мм.рт.ст. На ЭКГ: элевация сегмента STV2-V4. Наиболее информативный метод исследования для верификации диагноза:

<variant>Коронарография

<variant>Велоэргометрия

<variant>Вентрикулография

<variant>Эхокардиография

<question>Согласно классификации артериальной гипертензии экспертов ВОЗ-МОГ (2003 г.) гипертензии I степени относят значения:

<variant>140/90

<variant>125/85

<variant>135/85

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 53 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>145/105

<variant>160/85

<question>Противопоказанием к назначению блокаторов АТ1-ангиотензиновых рецепторов и ингибиторов АПФ является:

<variant>беременность

<variant>сердечная недостаточность

<variant>дисфункция левого желудочка

<variant>постинфарктный кардиосклероз

<variant>диабетическая нефропатия

<question>Ингибиторы АПФ противопоказаны при сочетании артериальной гипертензии с:

<variant>беременностью

<variant>сахарным диабетом

<variant>заболеваниями почек

<variant>сердечной недостаточностью

<variant>метаболическим синдромом

<question>Патогномоничным признаком для стенокардии является:

<variant>загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента ST на 1мм и более

<variant>загрудинная боль вне связи с физической нагрузкой

<variant>желудочковая экстрасистолия после нагрузки

<variant>подъем сегмента ST менее чем на 1мм

<variant>увеличение зубца Q в I стандартном и aVF отведениях.

<question>Появление на ЭКГ зубца Q в V1-V3 в сочетании с монофазной кривой при наличии выраженных болей в груди говорит в пользу:

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q передне-перегородочной области левого желудочка

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q задне-боковой области левого желудочка

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q боковой области левого желудочка

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q верхушки левого желудочка

<variant>острого инфаркта миокарда с зубцом Q заднее-диафрагмальной области

<question>Мужчина 59 лет потерял сознание дома. Жалуется на боли за грудиной, сжимающего характера. На ЭКГ — подъем сегмента ST в I aVL, V2-V6 отведениях; АД 100/70 мм рт.ст.

Предположительный диагноз:

<variant>обширный инфаркт миокарда

<variant>брадикардия

<variant>вазовагальный синдром

<variant>транзиторная ишемическая атака в бассейне вертебробазиллярной артерии

<variant>тромбоэмболия легочной артерии

<question>Мужчина 47 лет после нервно-психического напряжения почувствовал интенсивную боль в груди, слабость, лицо покрылось липким потом. Самостоятельно на машине приехал в больницу. При осмотре бледен, продолжает жаловаться на сильную боль за грудиной. На ЭКГ — синусовая тахикардия, PQ 0,14 с, в отведениях V1-V3 сегмент ST начинается от середины R и переходит в высокий зубец T. Ваш предположительный диагноз:

<variant>инфаркт миокарда

<variant>нестабильная стенокардия

<variant>стенокардия напряжения

<variant>спонтанная стенокардия

<variant>миокардит

<question>У больного диагностирован острый крупноочаговый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка на основании типичного болевого синдрома за грудиной и данных ЭКГ исследования. На ЭКГ характерны:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 54 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>во II, III, AVF – отведениях есть широкий и глубокий зубец Q, подъем ST и зубца T над изолинией. В I стандартном отведении и AVL регистрируется депрессия сегмента ST на 3 мм ниже изолинии

<variant>в I отведении глубокий зубец S, в III отведении глубокий зубец Q, ST - на изолинии, T – положительный

<variant>подъем ST на 1мм в отведениях V3R- V6R

<variant>в отведении I, AVL, V1 и V2 регистрируется комплекс QS с подъемом ST выше изолинии

<variant>в отведении AVL, AVF, I, II, III, V3, V4 регистрируется зубец QrS, сегмент ST на изолинии

<question>Больной 32 лет предъявляет жалобы на давящие, длительные боли за грудиной, без иррадиации, уменьшающиеся в положении сидя, субфебрильную температуру. Заболевание связывает с переохлаждением. Для данного заболевания характерно

<variant>смещение вверх от изолинии ST во всех отведениях

<variant>нейтрофильный лейкоцитоз

<variant>нормальные показатели АСТ и ЛДГ

<variant>повышение в крови показателей холестерина

<variant>повышение острофазовых показателей

<question>Мужчина 47 лет в течение двух месяцев жалуется на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м, или при подъеме по лестнице на 3-й этаж. Изредка боли появляются и в покое. Данный случай стенокардии можно классифицировать как ...

<variant>Стабильная стенокардия напряжения II ФК

<variant>Стабильная стенокардия напряжения I ФК

<variant>Стабильная стенокардия напряжения III ФК

<variant>Стабильная стенокардия напряжения IV ФК

<variant>Функциональный класс определить невозможно

<question>При наличии у больного хронического обструктивного бронхита в качестве антиангинального препарата предпочтительны

<variant>Антагонисты кальция

<variant>Бета-блокаторы

<variant>Нитраты (в качестве монотерапии)

<variant>Ингибиторы ИАПФ

<variant>Сиднонимины

<question>У больного имеется высокий риск развития ИБС. Обучение больного позволит контролировать

<variant>факторы риска

<variant>лечение

<variant>депрессию

<variant>АД

<variant>фобии

<question>Мгновенное нарастание интенсивности болевых ощущений в области сердца до максимальной характерно для:

<variant>расслоения аорты

<variant>спонтанной стенокардии

<variant>инфаркта миокарда

<variant>тромбоэмболии легочной артерии

<variant>острого перикардита

<question>Больной Б. 40 лет, страдает бронхиальной астмой более 10 лет. Регулярно принимает холинолитики, ингаляционные ГКС, бета-агонисты, теofilлин. Последнее время стал отмечать изжогу, дисфагию, жжение за грудиной в ночное время. Диагноз больного:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 55 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>ГЭРБ

<variant>кандидозный фарингит

<variant>ИБС, стенокардия напряжения

<variant>стеноз гортани

<variant>язвенная болезнь желудка

<question>У больного 47 лет 2 недели назад при быстром подъеме на 4 этаж возникла боль в нижней трети грудины, прошедшая в покое. Подобные боли возникли впервые. В дальнейшем они стали появляться при быстрой ходьбе, подъеме на 2 этаж. Определите форму стенокардии и выберите тактику ведения:

<variant>ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Направить на госпитализацию, назначить антиангинальную терапию

<variant>ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Направить на госпитализацию

<variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК 2. Назначить антиангинальную терапию

<variant>Кардиалгия может быть обусловлена не коронарным заболеванием. Провести обследование

<variant>ИБС. Стенокардия Принцметала. Назначить нитраты

<question>Из нитратов пролонгированного действия по современным представлениям наиболее эффективны как антиангинальные средства:

<variant>изосорбид -5- мононитрат

<variant>нитролонг

<variant>нитросорбид

<variant>нитролонгранулонг

<variant>сустонит

<question>К наиболее эффективному препарату для снижения уровня холестерина и триглицеридов относится:

<variant>ловастатин (мевакор)

<variant>никотиновая кислота (эндурацин)

<variant>холестирамин (квестран)

<variant>гемфиброзил (гевилон)

<variant>пробукол (липомал)

<question>Согласно Канадской классификации стабильной стенокардии напряжения II функциональный класс характеризуется:

<variant>приступы возникают при обычной нагрузке

<variant>приступы возникают только при экстремальных напряжениях

<variant>приступы возникают при незначительной нагрузке

<variant>неспособность к выполнению минимальной нагрузки

<variant>приступы возникают в покое

<question>На приеме больная 55 лет, которая состоит на диспансерном учете с диагнозом ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ХСН ФК II. В анамнезе - приступы стенокардии. На ЭхоКГ обнаружена диастолическая дисфункция левого желудочка. Для улучшения функционального состояния сердца целесообразно использовать :

<variant>селективные бета-адреноблокаторы

<variant>сердечные гликозиды

<variant>антагонисты альдостерона

<variant>петлевые диуретики

<variant>негликозидные инотропные препараты

<question>Патогномичным признаком для стенокардии является:

<variant>загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента ST на 1мм и более

<variant>загрудинная боль вне связи с физической нагрузкой

<variant>желудочковая экстрасистолия после нагрузки

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 56 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>подъем сегмента ST менее чем на 1мм

<variant>увеличение зубца Q в Истандартном и aVF отведениях

<question>У больного, страдающего в течение года стабильной стенокардией напряжения II ФК, в последние 5 дней значительно увеличилось количество болевых приступов, резко снизилась толерантность к физическим нагрузкам, появились приступы болей в покое, возросло потребление нитроглицерина. Поставьте правильный диагноз:

<variant>ИБС. Прогрессирующая стенокардия

<variant>ИБС. Впервые возникшая стенокардия

<variant>ИБС. Стабильная стенокардия ФК III

<variant>ИБС. Стенокардия Принцметала

<variant>ИБС. Q-негативный инфаркт миокарда

<question>У больного со стабильной стенокардией напряжения III ФК появились приступы стенокардии в покое, увеличились частота, интенсивность и длительность приступов, на ЭКГ появились изменения, которых не было, и сохраняются несколько дней, присоединились вегетативные сдвиги (испарина, сердцебиение), удушье, а динамика ЭКГ и исследование активности ферментов позволяют исключить инфаркт миокарда. Ваш диагноз:

<variant>нестабильная стенокардия

<variant>стабильная стенокардия напряжения IV ФК

<variant>стенокардия Принцметала

<variant>стабильная стенокардия II ФК

<variant>стабильная стенокардия III ФК

<question>Мужчине 52 лет по данным холтеровского мониторирования установлен диагноз вазоспастической стенокардии. Наиболее приемлемой фармакотерапией является:

<variant>антагонисты кальция

<variant>нитраты

<variant>бета-блокаторы

<variant>ингибиторы АПФ

<variant>антикоагулянты

<question>Мужчина 45 лет в течение последнего месяца стал просыпаться от болей за грудиной, купирующихся самостоятельно через 15-20 минут. При болях на ЭКГ зарегистрирован подъем сегмента ST в грудных отведениях. При проведении эргометриновой пробы получен положительный результат. Патогенетическая группа препаратов при данной патологии:

<variant>Антагонисты кальция

<variant>Нитраты

<variant>В-блокаторы

<variant>Дезагреганты

<variant>Ингибиторы АПФ

<question>Сжимающие боли за грудиной, возникающие при быстром беге по утрам, проходящие самостоятельно при прекращении физической нагрузки характерны для ...

<variant>стабильной стенокардии напряжения I ФК

<variant>прогрессирующей стенокардии

<variant>стабильной стенокардии напряжения III ФК

<variant>стабильной стенокардии напряжения IV ФК

<variant>нестабильной стенокардии

<question>У больного 49 лет с ИБС, стенокардией напряжения ФК III во время ангинозного приступа на ЭКГ выявлена депрессия сегмента ST на 1 мм ниже изолинии. На контрольной ЭКГ через 3 дня появилась отрицательная динамика (смещение ST и отрицательный зубец T). Тактика врача в данной ситуации:

<variant>госпитализировать в специализированный кардиологический стационар

<variant>организовать лечение на дому

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 57 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

<variant>направить в дневной стационар

<variant>назначить лечение в амбулаторных условиях

<variant>направить к кардиологу

<question>Больной 40 лет, жалобы на длительные ноющие боли в прекардиальной области, нечетко связанные с волнениями, ощущения "проколов" в левой половине грудной клетки. При осмотре патологии не выявлено, ЭКГ без особенностей. Обследование пациента следует начать с:

<variant>велозергометрии

<variant>исследования крови на сахар и холестерин

<variant>исследования крови на липопротеиды

<variant>эхокардиографии

<variant>фонокардиографии

<question>Прямые признаки заднего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируется в следующих отведениях:

<variant>II, III, aVF

<variant>aVL, V1-V4

<variant>I, aVL, V5-V6

<variant>aVL, V1-V2

<variant>V1-V6

<question>Назовите НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ препарат для предупреждения повторного инфаркта миокарда:

<variant>бисопролол

<variant>нифедипин

<variant>нитронг-форте

<variant>нитронг-мите

<variant>тиклид

<question>Больной 68 лет жалуется на давящие боли за грудиной при малейшей физической нагрузке и в покое, одышку. В анамнезе – перенесенный инфаркт миокарда. ЧСС – 62 в мин. АД – 110/60 мм.рт.ст. Тропонин I - 0 нг/мл. На ЭКГ – признаки хронической коронарной недостаточности. Наиболее целесообразно назначить:

<variant>Кардикет

<variant>Кетонал

<variant>Дигоксин

<variant>Коринфар

<variant>Эуфиллин

<question>Больной 47 лет поступил с крупноочаговым заднедиафрагмальным инфарктом миокарда. Состояние больного средней тяжести. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС-110 в мин. АД - 150/100 мм рт.ст. На ЭхоКГ выявлена зона гипокинезии. Назначение тромболитиков наиболее целесообразно:

<variant>В первые 6 часов

<variant>В первые 24 часа

<variant>На вторые сутки

<variant>В периоде рубцевания

<variant>В течение острого периода

<question>У 52-летней пациентки, перенесшей трансмуральный инфаркт миокарда, через 2 недели появились субфебрильная температура, одышка, боли в суставах. При осмотре выявлен выпот в плевральной полости. Аускультативно определяется шум трения перикарда. ЭКГ в динамике без ухудшения. Причиной ухудшения самочувствия больной явилось развитие ...

<variant>синдрома Дресслера

<variant>сердечной недостаточности

<variant>пневмонии, осложненной плевритом

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 58 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>системной красной волчанки

<variant>инфекционного эндокардита

<question>К мужчине, 65 лет, вызвана бригада скорой помощи, по поводу приступа удушья и чувства сдавления грудной клетки. Из анамнеза: в последние годы страдал стенокардией и хроническим обструктивным бронхитом. При осмотре: ритм галопа, рассеянные сухие хрипы, влажные в нижних сегментах легких. АД 85/50 мм.рт.ст. Прием нитроглицерина не улучшил состояние. Ваш предварительный диагноз:

<variant>инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком

<variant>инфаркт миокарда, неосложненный

<variant>тромбоэмболия легочной артерии

<variant>бронхиальная астма

<variant>двухсторонняя пневмония

<question>К мужчине, 48 лет, была вызвана бригада скорой помощи, по поводу тяжести в левой половине грудной клетки, чувства нехватки воздуха, кратковременной потери сознания.

Объективно: кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, тоны сердца глухие. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс 180 уд. в мин. На мониторе пароксизмальная желудочковая тахикардия с переходом в фибрилляцию желудочков. Ваш диагноз:

<variant>острый инфаркт миокарда

<variant>стенокардия напряжения

<variant>нестабильная стенокардия

<variant>стенокардия покоя

<variant>вариантная стенокардия

<question>Мужчина 66 лет доставлен бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость. Об-но: кожные покровы бледные, влажные, серый цианоз, похолодание конечностей. Тоны сердца глухие, ритм галопа, ЧСС-115 в мин. АД 80/40 мм рт.ст., олигурия. На ЭКГ: синусовая тахикардия, QS V1-V6, сегмент ST V1-V6 в виде монофазной кривой приподнят над изолинией. Препарат для купирования периферических признаков острой сосудистой недостаточности.

<variant>Допамин

<variant>Атропин

<variant>Нитроглицерин

<variant>Фуросемид

<variant>Гепарин

<question>Мужчина 50 лет обратился с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, возникающую при резком физическом напряжении. При движениях левой рукой и глубоком вдохе боль резко усиливается. При аускультации легких дыхание слева значительно ослаблено. Перкуторно тимпанит. Ваш предположительный диагноз:

<variant>спонтанный пневмоторакс

<variant>остеохондроз

<variant>межреберная невралгия

<variant>стенокардия

<variant>выпотной плеврит

<question>Больной М., 40 лет жалуется на острые боли за грудиной, отдающие в шею и усиливающиеся при дыхании. Боль появилась вчера вечером и, постоянно нарастая, достигла максимума к утру. Неделю назад болел гриппом. Кашля нет. Ваш предположительный диагноз:

<variant>острый перикардит

<variant>острый трахеобронхит

<variant>инфаркт миокарда

<variant>остеохондроз

<variant>синдром Титце.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 59 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>При внезапно возникшей одышке, болях в груди, тахикардии, кровохарканье, шуме трения плевры, цианозе и коллапсе у больного с варикознозным расширением вен нижних конечностей в первую очередь необходимо исключить:

- <variant>тромбозмболию легочной артерии
- <variant>астматический статус
- <variant>прободение язвы желудка
- <variant>ателектаз доли легкого
- <variant>очаговый туберкулез легких

<question>Основным электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:

- <variant>появление комплекса QS в двух и более отведениях
- <variant>подъем сегмента ST в нескольких отведениях
- <variant>депрессия сегмента ST в нескольких отведениях
- <variant>блокада левой ножки пучка Гиса
- <variant>корытообразное смещение сегмента ST

<question>Прямые признаки заднего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируется в следующих отведениях:

- <variant>II, III, aVF
- <variant>aVL, V1-V4
- <variant>I, aVL, V5-V6
- <variant>aVL, V1-V2
- <variant>V1-V6

<question>Основным ЭКГ- признаком стадии повреждения при инфаркте миокарда является:

- <variant>формирование монофазной кривой
- <variant>патологический зубец QS
- <variant>смещение сегмента ST ниже изолинии
- <variant>отрицательный "коронарный" зубец T
- <variant>расширение комплекса QRS

<question>Больной 16 лет предъявляет жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение после физической нагрузки. При осмотре - диффузный цианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти - «часовых стекол». Граница сердца расширена вправо. При аускультации сердца - грубый систолический шум во II межреберье слева от грудины. Укажите вероятный порок сердца:

- <variant>Тетрада Фалло
- <variant>Дефект легочной артерии
- <variant>Стеноз легочной артерии
- <variant>Пролапс митрального клапана
- <variant>Коарктация аорты

<question>Женщину 50 лет, беспокоят жгучие боли за грудиной. Частота пульса в норме. Приливы жара несколько раз в день. Анаприлиновая проба – положительная. Ваш диагноз:

- <variant>Климактерическая кардиомиопатия
- <variant>Миокардит
- <variant>Тиреотоксикоз
- <variant>Острый инфаркт миокарда
- <variant>НЦД, кардиальный тип

<question>Больная, 45 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку, учащенное сердцебиение, потливость, раздражительность, субфебрильную температуру. Из анамнеза: данные симптомы в течение 3-х месяцев. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ангины. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2С, эмоционально лабильна, пониженного питания, кожные покровы влажные на ощупь; определяется диффузное увеличение щитовидной железы; тоны сердца ритмичные, громкие, тахикардия, пульс 100 в

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 60 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

минуту, артериальное давление 150/70 мм.рт.ст. В анализе крови снижение уровня тиреотропного гормона, повышение трийодтиронина, тироксина; На электрокардиограмме – синусовая тахикардия с числом сердечных сокращений 100 в минуту; метаболические изменения в миокарде. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ** диагноз:

- <variant>Гипертиреоидная кардиомиопатия
- <variant>Климактерическая кардиомиопатия
- <variant>Неревматический миокардит
- <variant>Эндемический зоб
- <variant>Гипотиреоидная кардиомиопатия

<question>У больного 39 лет, в прошлом перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после аорто-коронарного шунтирования на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличились размеры сердца и сгладились дуги контуров. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ** причины:

- <variant>постперикардитомный экссудативный перикардит
- <variant>гидроперикард
- <variant>экссудативный перикардит
- <variant>повторный инфаркт миокарда
- <variant>тромбоэмболические осложнения

<question>Молодой человек 22 лет жалуется на длительные однообразные боли тупого характера в области сердца с иррадиацией в обе руки и эпигастральную область, усиливающиеся в положении лежа на спине и ослабевающие после приема анальгетиков, в положении сидя. За неделю до появления болей пациента беспокоили познабливание, субфебрильная температура, боли и тяжесть в скелетных мышцах. При осмотре: вынужденное сидячее положение больного. При аускультации сердца выявляется шум, напоминающий скрип снега под ногами. Вероятный диагноз:

- <variant>Сухой перикардит
- <variant>Миокардит
- <variant>Эндокардит
- <variant>Стенокардия
- <variant>Адгезивный перикардит

<question>У больной с дилатационной кардиомиопатией предполагается трансплантация сердца. Какой предполагаемый препарат можно назначить для улучшения гемодинамики перед операционным вмешательством:

- <variant>Допамин
- <variant>Циклоспорин
- <variant>Дигоксин
- <variant>Строфантин
- <variant>Рибоксин

<question>У пациента с гипертрофической кардиомиопатией, выявленной несколько лет назад, появились обмороки. На ЭКГ не появилось динамики, по сравнению с ЭКГ шестимесячной давности. Следующий необходимый метод диагностики:

- <variant>суточное мониторирование ЭКГ
- <variant>эхокардиография
- <variant>компьютерная томография головного мозга
- <variant>коронароангиография
- <variant>исследование ферментов крови

<question>Бета-адреноблокаторы являются препаратами выбора при:

- <variant>Гипертрофической кардиомиопатии
- <variant>Миокардите
- <variant>Феохромоцитоме

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 61 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>Вазоренальной артериальной гипертензии

<variant>Хроническом легочном сердце

<question>Мужчина 63 лет жалуется на острые мигрирующие, волнообразные боли за грудиной и вдоль позвоночника. Выявлены асимметрия пульса на руках и ногах, систолический шум над аортой, гипотония. Метод исследования позволяющий верифицировать диагноз

<variant>Аортография

<variant>ЭКГ

<variant>Эхокардиография

<variant>Вентрикулография

<variant>Коронарография

<question>Большой 73 лет поступил в тяжелом состоянии в отделение реанимации. Интенсивные давящие боли за грудиной купированы на догоспитальном этапе. Об-но: кожные покровы серые, покрыты холодным липким потом. В легких – застойные хрипы. Тоны сердца глухие, выраженная тахикардия, АД 30/0 мм рт.ст. ЭКГ: депрессия сегмента STV2-V6. Для купирования признаков острой сердечной недостаточности наиболее целесообразно ввести в первую очередь:

<variant>допамин

<variant>лазикс

<variant>изокет

<variant>промедол

<variant>тромбофлюкс

<question>У больных с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST чувствительным и специфичным маркером некроза кардиомиоцитов являются:

<variant>Тропонины

<variant>Креатинфосфокиназа

<variant>Аспартатаминотрансфераза

<variant>Аланинаминотрансфераза

<variant>Лактатдегидрогеназа

<question>ЭКГ – критерий положительной пробы с физической нагрузкой:

<variant>горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм

<variant>косоходящая депрессия сегмента ST

<variant>косонисходящая депрессия сегмента ST

<variant>умеренная синусовая тахикардия

<variant>горизонтальная депрессия сегмента ST более 0,5 мм

<question>Достоверным критерием ишемии миокарда при выполнении велоэргометрической пробы считается:

<variant>депрессия сегмента ST на 2 мм и более

<variant>появление зубца Q

<variant>депрессия сегмента ST во всех отведениях менее чем на 1 мм

<variant>инверсия зубца ST

<variant>подъем сегмента ST на 0,5 мм

<question>У пациентки 55 лет возникают боли в области сердца сжимающего характера, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, но проходящие после приема нитроглицерина. Она страдает также варикозным расширением вен нижних конечностей. У нее бывают повышения АД до 160/90 мм рт.ст. На ЭКГ в 12 стандартных отведениях нет специфических изменений. Следующим диагностическим обследованием будет:

<variant>суточное мониторирование ЭКГ

<variant>велоэргометрия

<variant>проба с обзиданом

<variant>коронароангиография

<variant>уровень кардиоспецифических ферментов

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 62 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>У 37 -летнего мужчины по утрам во время ходьбы периодически возникает кратковременное чувство сжатия за грудиной с онемением кистей. При глубоком дыхании боли не усиливаются. Во время боли больной замедляет ходьбу. Впервые подобные явления возникли около месяца назад. Необходимый метод диагностики:

- <variant>электрокардиография
- <variant>радиоизотопное сканирование сердца
- <variant>коронарография
- <variant>эхокардиография
- <variant>рентгенологическое исследование грудной клетки

<question>Основным атерогенным классом липопротеидов являются:

- <variant>Липопротеиды низкой плотности.
- <variant>Липопротеиды очень высокой плотности
- <variant>Липопротеиды высокой плотности
- <variant>Хиломикроны
- <variant>Липопротеиды средней плотности

<question>Специальными исследованиями доказано, что у больных ИБС с гиперлипидемией продолжительность жизни можно увеличить путем систематического приема:

- <variant>Ловастатина
- <variant>Клофибрата
- <variant>Пробукола
- <variant>Никотиновой кислоты
- <variant>Холестирамина

<question>Мужчина 52 лет жалуется на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку при ходьбе до 150-200 м и подъеме по лестнице на один этаж, купирующиеся приемом изокет-спрея. Об-но: тоны сердца приглушены, ритм прерывается единичными экстрасистолами. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. Назначена стандартная терапия, через месяц отмечает полное купирование стенокардии. **НАИБОЛЕЕ** информативный метод обследования для определения прироста толерантности к физической нагрузке:

- <variant>Велозргометрия
- <variant>Сцинтиграфия
- <variant>Рентгенография
- <variant>Коронарография
- <variant>Электрокардиография

<question>Мужчина 40 лет обратился с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной, возникающие в ночное время и ранние предутренние часы. Днем хорошо переносит большие физические нагрузки. При коронароангиографии выраженных атеросклеротических изменений не выявлено. **НАИБОЛЕЕ** вероятный диагноз:

- <variant>ИБС. Вазоспастическая стенокардия
- <variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК II
- <variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК III
- <variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФК IV
- <variant>ИБС. Прогрессирующая стенокардия

<question>Больной, 48 лет жалуется на приступообразные, сжимающие боли за грудиной длительностью около 2 минут, отдающие в левую половину шеи и ключицу, возникающие при подъеме на 2-ой этаж, проходящие в покое. Первый раз болевой синдром появился 2 недели назад. Лечение не принимал. Объективно: состояние удовлетворительное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Частота сердечных сокращений 68 в минуту, артериальное давление 120/70 мм.рт.ст. На электрокардиограмме без патологии. **НАИБОЛЕЕ** вероятный диагноз:

- <variant>Впервые возникшая стенокардия
- <variant>Вазоспастическая стенокардия

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 63 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

<variant>Стабильная стенокардия напряжения III ФК

<variant>Стабильная стенокардия напряжения II ФК

<variant>Прогрессирующая стенокардия

<question>Женщина 53 лет, маляр. В течение длительного времени беспокоят боли колющего, давящего, жгучего характера в левой половине грудной клетки. При глубоком дыхании боль усиливается. Боли связаны с движениями туловища, левой руки, с ходьбой, часто возникают без видимой причины. При пальпации в области остистых отростков I и II грудных позвонков резкое усиление боли. Трудоспособность больной:

<variant>временно нетрудоспособна

<variant>трудоспособность сохранена

<variant>инвалид III группы

<variant>инвалид II группы

<variant>инвалид I группы.

<question>У 37 -летнего мужчины по утрам во время ходьбы периодически возникает кратковременное чувство сжатия за грудиной с онемением кистей. При глубоком дыхании боли не усиливаются. Во время боли больной замедляет ходьбу. Впервые подобные явления возникли около месяца назад. Необходимый метод диагностики:

<variant>электрокардиография

<variant>радиоизотопное сканирование сердца

<variant>коронарография

<variant>эхокардиография

<variant>рентгенологическое исследование грудной клетки

<question>Больной 17 лет жалуется на боли ноющего и давящего характера в области сердца, перебои в работе сердца. Неделю назад отметил повышение температуры тела до 37,7 градусов, появились боли в области сердца. При аускультации сердца после I тона выслушивается шум в IV межреберье слева от грудины, тоны приглушены. Пульс 90 в мин., единичные экстрасистолы. АД 110/70 мм.рт.ст. Реакция на С-реактивный белок положительная. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ** диагноз:

<variant>острый неревматический миокардит

<variant>мелкоочаговый инфаркт миокарда

<variant>острый перикардит

<variant>острая нижнедолевая левосторонняя пневмония

<variant>левосторонний плеврит

<question>Для тахисистолической формы мерцательной аритмии характерным является:

<variant>дефицит пульса

<variant>парадоксальный пульс

<variant>альтернирующий пульс

<variant>пульсация яремных вен

<variant>расширение желудочковых комплексов

<question>Признаки «митрального» зубца Р на ЭКГ могут отсутствовать при:

<variant>фибрилляции предсердий

<variant>выраженной легочной гипертензии

<variant>при легочном сердце

<variant>гипертрофии правого предсердия

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана

<question>Для тахисистолической формы мерцательной аритмии характерным является:

<variant>дефицит пульса

<variant>парадоксальный пульс

<variant>альтернирующий пульс

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 64 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

- <variant>пульсация яремных вен
- <variant>расширение желудочковых комплексов
- <question>Развитие мерцательной аритмии на фоне полной АВ-блокады называется синдромом:
- <variant>Фредерика
- <variant>Вольфа-Паркинсона-Уайта
- <variant>Морганьи-Эдемса-Стокса
- <variant>Дресслера
- <variant>Слабости синусового узла
- <question>Отсутствие предвестников (предобморочных реакций) характерно для обмороков при:
- <variant>аритмиях
- <variant>функциональной ортостатической гипотонии
- <variant>желудочковой тахикардии
- <variant>предсердной тахикардии
- <variant>желудочковой экстрасистолии
- <question>Наиболее эффективным препаратом для предупреждения повторного возникновения пароксизмальной тахикардии является:
- <variant>кордарон
- <variant>нифедипин
- <variant>ритмилен
- <variant>бета-блокаторы
- <variant>этмозин
- <question>Больной 65 лет, в течение 2-х лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния. Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 ударов в минуту, АД 160/70 мм рт ст. На ЭКГ: Синусовая брадиаритмия, ЧСС 50-58 в минуту. Диффузные изменения миокарда. Тактика ведения больного:
- <variant>имплантация искусственного водителя ритма
- <variant>антагонисты кальция + ингибиторы АПФ
- <variant>амиодарон+препараты калия
- <variant>коронаролитики, аорто-коронарное шунтирование
- <variant>бета-блокаторы + сердечные гликозиды + диуретики
- <question>Желудочковые экстрасистолы у больных инфарктом миокарда, которые являются прогностически наиболее благоприятными в плане возможного развития фибрилляции желудочков:
- <variant>монотопные
- <variant>политопные
- <variant>ранние типа R на T
- <variant>парные
- <variant>групповые
- <question>Наиболее эффективным препаратом для предупреждения повторного возникновения пароксизмальной желудочковой тахикардии является:
- <variant>кордарон
- <variant>нифедипин
- <variant>ритмилен
- <variant>метопролол
- <variant>этмозин
- <question>Желудочковая экстрасистолия в остром периоде инфаркта миокарда является показанием к терапии:
- <variant>лидокаином

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 65 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

<variant>дигоксином

<variant>верапамилом

<variant>аденозином

<variant>хинидином

<question> Абсолютным показанием к экстренной электроимпульсной терапии (ЭИТ) является:

<variant>фибрилляция желудочков

<variant>наджелудочковая пароксизмальная тахикардия

<variant>мерцательная аритмия

<variant>атриовентрикулярная блокада III степени

<variant>трепетание предсердий

<question> Женщина 40 лет. Жалобы на одышку, сердцебиение. В анамнезе: ревматическая лихорадка. Объективно: акроцианоз, I тон ослабленный, грубый, систолический шум в IV межреберье справа. На ЭКГ: отсутствие зубца Р и значительное расширение (более 0,11 сек) деформированного желудочкового комплекса. Ваше ЭКГ заключение:

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>мерцание предсердий

<variant>наджелудочковая экстрасистолия

<variant>пароксизмальная тахикардия

<variant>предсердная экстрасистолия

<question> На приеме 63 –летний больной, который наблюдается с диагнозом: ИБС.

Постинфарктный кардиосклероз. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Артериальная гипертензия III степени, риск IV. НКПБ. Жалобы на ухудшение состояния в течение последних 2-х недель. Лекарства принимает регулярно. АД 150/90 мм рт.ст., ЧСС 54 ударов в 1 минуту. ЭКГ: PQ 0,26 с, QRS деформирован, смещение ST ниже изоэлектрической линии практически во всех отведениях, регистрируются групповые желудочковые экстрасистолы. Причина ухудшения состояния больного:

<variant>гликозидная интоксикация

<variant>гипертонический криз

<variant>повторный инфаркт миокарда

<variant>декомпенсация сердечной недостаточности

<variant>преходящее нарушение мозгового кровообращения

<question> 60 летний мужчина доставлен в отделение интенсивной терапии с острым инфарктом миокарда, начавшимся 4 часа назад. На ЭКГ - нарастающая частота коротких пробежек желудочковой тахикардии. В данном случае наиболее целесообразно назначить ...

<variant>лидокаин

<variant>флеканид

<variant>амиодарон

<variant>хинидин

<variant>верапамил

<question> У больного, 49 лет, находящегося на ЭКГ-мониторном наблюдении развилась внезапная потеря сознания. Зрачки расширены. Кожные покровы бледно – серой окраски. Пульс на сонных артериях и дыхание отсутствуют. На ЭКГ хаотичные, нерегулярные, резко деформированные, различной высоты, ширины и формы волны высокоамплитудные фибрилляции с частотой около 600 в минуту. Причина данного состояния у больного:

<variant>фибрилляция желудочков

<variant>трепетание желудочков

<variant>желудочковые аритмии

<variant>желудочковая тахикардия

<variant>мерцательная аритмия

<question> Мужчина 44 лет, вызвал участкового терапевта по поводу болей в области сердца,

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 66 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

сердцебиения. Электрокардиографически обнаружены политопные групповые желудочковые экстрасистолы на фоне острого инфаркта миокарда. Тактика врача:

<variant>лидокаин

<variant>аденозин

<variant>новокаиномид с мезатоном

<variant>этакизин

<variant>строфантин

<question>Причиной синкопальных состояний у больных с синдромом удлиненного интервала QT обычно является:

<variant>Пароксизма желудочковой тахикардии типа "пируэт"

<variant>Нормосистолическая мерцательная аритмия

<variant>Синусовая тахикардия

<variant>Синусовая брадикардия

<variant>Предсердная экстрасистолия

<question>Больная 25 лет, жалуется на сердцебиение, кратковременную потерю сознания после эмоциональных нагрузок. Из анамнеза – тиреотоксикоз. Объективно: при аускультации тахикардия. ЧСС 102 ударов в мин. На ЭКГ: укорочение интервала Т – Р, форма предсердного и желудочкового комплекса не изменена. Наиболее вероятное нарушение ритма сердца:

<variant>Синусовая тахикардия

<variant>Синусовая аритмия

<variant>Синусовая брадикардия

<variant>Синдром слабости синусового узла

<variant>Атриовентрикулярный ритм

<question>На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы Р (в отведениях I, II, AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Ваше заключение:

<variant>ритм синусовый, регулярный

<variant>ритм синусовый нерегулярный

<variant>мерцательную аритмию

<variant>ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный

<variant>ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный

<question>К врачу общей практики обратился больной с жалобами на перебои в области сердца. На ЭКГ на фоне синусового ритма определяются частые внеочередные нормальные комплексы QRS с деформированным предшествующим зубцом Р, укорочением интервала PQ и неполной компенсаторной паузой. ЭКГ заключение:

<variant>предсердная экстрасистолия

<variant>синусовая аритмия

<variant>атриовентрикулярная блокада II ст

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>мерцательная аритмия

<question>Женщина, 30 лет обратилась к врачу с жалобами на внезапные приступы сердцебиения, сопровождающиеся тошнотой, вздутием живота, потливостью и заканчивающиеся обильным мочеиспусканием. Приступы появились впервые около 3-х месяцев назад, к врачам не обращалась. При осмотре патологии со стороны внутренних органов не выявлено. АД 110/80 мм рт.ст., ЧСС 78 ударов в 1 минуту. На ЭКГ укорочение интервала PQ, уширение и деформация комплекса QRS, переднее колесо QRS в виде «лесенки», дискордантное смещение интервала ST.

Ваша интерпретация клинических и ЭКГ данных:

<variant>синдром Уайта-Паркинсона-Вольфа с пароксизмами предсердной тахикардии

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>полная блокада правой ножки пучка Гиса

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 67 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>синдром слабости синусового узла

<variant>атриовентрикулярная блокада II степени с приступами Адамса-Морганьи-Стокса

<question>Мужчина 66 лет. Жалобы на одышку при физической нагрузке. 4 месяца назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка. Объективно: тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС 78 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Печень 10x8x7 см. В крови: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв 137 г/л, лейкоциты $4,5 \times 10^9/л$, СОЭ 10 мм/ч. На ЭКГ: синусовый ритм прерывается внеочередными PQRS комплексами (QRS не более 11 сек), рубцовые изменения заднебоковой стенки левого желудочка. Ваше ЭКГ заключение:

<variant>предсердная экстрасистолия

<variant>синусовая тахикардия

<variant>фибрилляция предсердий

<variant>желудочковая тахикардия

<variant>желудочковая бигеминия

<question>При профилактическом осмотре у мужчины 25 лет на ЭКГ выявлены следующие изменения: укороченный P-R (менее 120 мс), наличие дельта-волны, уширение комплекса QRS, дискордантные отношения к направленности комплекса QRS, изменения сегмента ST и зубца T. Дайте ЭКГ заключение:

<variant>WPW-синдром

<variant>синдром слабости синусового узла

<variant>полная блокада правой ножки пучка Гиса

<variant>полная блокада левой ножки пучка Гиса

<variant>CLC-синдром

<question>ЭКГ признаки синусовой тахикардии:

<variant>ритм правильный: частота P- P соответствует R- R

<variant>частота R- R нерегулярный

<variant>наличие волн f

<variant>наличие компенсаторной паузы

<variant>наличие измененных по форме P/ перед QRS

<question>Признаком дисфункции синусового узла является:

<variant>синдром слабости синусового узла

<variant>мерцательная аритмия;

<variant>предсердная экстрасистолия;

<variant>атриовентрикулярная блокада I степени;

<variant>пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

<question>Юноша, 20 лет, жалуется на одышку, учащенное сердцебиение при быстрой ходьбе, периодические головные боли и головокружение. При осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски, выраженная пульсация сонных артерий, увеличение границы относительной сердечной тупости влево, тоны сердца ритмичные, ослабление II тона во Пмежреберье у правого края грудины, диастолический шум в точке Боткина-Эрба и у правого края грудины., пульс 92 в минуту, артериальное давление 150/40 мм.рт.ст. Вероятный диагноз:

<variant>Аортальная недостаточность

<variant>Аортальный стеноз

<variant>Трикуспидальный стеноз

<variant>Митральная недостаточность

<variant>Митральный стеноз

<question>Молодой возраст, хронический тонзиллит, периодические артралгии, субфебрилитет, одышка при физической нагрузке, а при аускультации: трехчленный ритм на верхушке, громкий первый тон, диастолический шум на верхушке характерны для :

<variant>митрального стеноза

<variant>аортального стеноза

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 68 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>аортальной недостаточности

<variant>сочетанного митрального порока

<variant>митральной недостаточности

<question>Больная, 30 лет жалуется на быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, отеки на стопах. В детстве перенесла ревматическую атаку. Объективно: сердечные тоны приглушенные, ритм правильный, диастолический шум на верхушке, отеки на стопах. В общем анализе крови – эритроциты - $4,6 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин - 120 г/л , скорость оседания эритроцитов – 25 мм/ч. Ваш предварительный диагноз:

<variant>Митральный стеноз

<variant>Острая ревматическая лихорадка

<variant>Митральная недостаточность

<variant>Острый миокардит

<variant>Инфекционный эндокардит

<question>Мужчина, 22 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на быструю утомляемость, одышку при незначительной физической нагрузке. При объективном осмотре на лице отмечается цианотический румянец, верхушечный толчок смещен влево, при аускультации сердца определяется ослабление I тона, на верхушке сердца сразу за I тоном выслушивается систолический шум, который проводится в левую подмышечную область, также выслушивается патологический III тон. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка. Предварительный диагноз:

<variant>митральная недостаточность

<variant>митральный стеноз

<variant>аортальный стеноз

<variant>аортальная недостаточность

<variant>недостаточность трикуспидального клапана

<question>Приступы стенокардии, обмороки, одышка, систолическое дрожание справа от грудины, ослабление II тона и выраженный систолический шум на аорте, проводящийся на сосуды шеи, малый пульс характерны для:

<variant>стеноза устья аорты

<variant>недостаточности митрального клапана

<variant>недостаточности трикуспидального клапана

<variant>стеноза устья легочного ствола

<variant>стеноза митрального отверстия

<question>29 летнюю больную беспокоят одышка при физической нагрузке, боли в области сердца, в межлопаточной области. В анамнезе острая ревматическая лихорадка. Объективно: акроцианоз, границы сердца смещены вверх и вправо, I тон усилен, диастолический шум на верхушке, ритм «перепела», мерцательная аритмия. R-графия: контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса ЭКГ: P - mitrale ,гипертрофия правого желудочка

Ваш диагноз:

<variant>митральный стеноз

<variant>недостаточность аортального клапана

<variant>пролапс митрального клапана

<variant>недостаточность митрального клапана

<variant>стеноз устья аорты

<question>Юноша, 17 лет, жалоб не предъявляет. В анамнезе частые ангины. Объективно: состояние удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости незначительно увеличены вверх и влево. Тоны сердца ритмичные, ослабление I тона и систолический шум на верхушке. В анализе крови без патологии. На электрокардиограмме – ритм синусовый, правильный, частота сердечных сокращений 72 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка. Ваш вероятный диагноз:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 69 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

- <variant>Недостаточность митрального клапана
- <variant>Дефект межпредсердной перегородки
- <variant>Дефект межжелудочковой перегородки
- <variant>Митральный стеноз
- <variant>Пролапс митрального клапана

<question>У больного с подозрением на врожденный порок сердца при осмотре во II, III м/р пальпируется систолическое дрожание. II тон над легочной артерией ослаблен; вдоль левого края грудины систолический шум с максимумом звучания во II м/р. На ЭКГ -признаки гипертрофии правого желудочка. При рентгенологическом исследовании - умеренное увеличение правого желудочка, дуга легочной артерии выбухает, обеднение легочного рисунка. Укажите возможный порок:

- <variant>Стеноз легочной артерии
- <variant>Незаращение артериального протока
- <variant>Дефект межпредсердной перегородки
- <variant>Дефект межжелудочковой перегородки
- <variant>Стеноз аорты

<question>На приеме больной 28 лет с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, боли в области сердца колющего характера, перебои в работе сердца. Из анамнеза: страдает заболеванием сердца с детства. Аускультативно 1 тон на верхушке ослаблен, акцент 2 тона над легочным стволом, систолический шум на верхушке сердца, сливающийся с 1 тоном и иррадиирующий в подмышечную область. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС – 76 ударов в минуту. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>митральная недостаточность
- <variant>митральный стеноз
- <variant>аортальная недостаточность
- <variant>аортальный стеноз
- <variant>недостаточность трехстворчатого клапана

<question>Больной 34 лет жалуется на головную боль, головокружение, обмороки. Объективно: грубый систолический шум с максимальным звучанием в середине систолы на основании сердца, справа от грудины, проводится на сосуды шеи. При пробе Вальсальвы шум уменьшается и остается без изменений на вдохе. ЭКГ: гипертрофия левого желудочка. Рентгенологически: конфигурация сердца в виде «плавающей утки». Наиболее целесообразная тактика:

- <variant>протезирование аортального клапана
- <variant>медикаментозное лечение
- <variant>митральная комиссуротомия
- <variant>пластика трикуспидального клапана
- <variant>протезирование митрального клапана

<question>Больной 22 года, занимается спортом, жалобы на повышение температуры до 39⁰С и озноб, одышка при незначительной физической нагрузке, снижение аппетита. Болеет в течение месяца. При осмотре: кожные покровы желтушные, бледные, на ногах петехиальная сыпь . В легких незначительные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, в точке Боткина систолический шум, ЧСС -106 раз в 1 мин, АД -120/40 мм.рт.ст. Печень +5см из под края реберной дуги, болезненная при пальпации. Незначительные отеки на ногах. Наиболее вероятный диагноз:

- <variant>инфекционный эндокардит
- <variant>миокардит
- <variant>пневмония
- <variant>цирроз печени
- <variant>ревмокардит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 70 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>В амбулаторию обратилась больная с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39С в течение 3 месяцев с признаками аортального порока, тромбоза сосудов левой голени. 4 месяца назад перенесла двухстороннюю пневмонию, лечилась амбулаторно. Ваш предварительный диагноз:

<variant>бактериальный эндокардит

<variant>абсцесс печени

<variant>пиелонефрит

<variant>холангит

<variant>лимфогранулематоз

<question>Женщина 25 лет после обострения хр.тонзиллита. В течение месяца отмечается высокая лихорадка 39-40, с ознобами и проливным потом, общая слабость, недомогание. В течение недели пенициллин в дозе 6 млн ЕД/сут без эффекта. При осмотре в н/3 голени мелкоточечная геморрагическая сыпь, кожный покров бледный, пульсация сосудов шеи, пульс высокий, скорый 96 в мин. АД 130/50 мм рт.ст. Границы сердца расширены влево, при аускультации на верхушке ослаблен 1 тон, тоны приглушены, тахикардия, в т.Боткина и по левому краю грудины протодиастолический шум. ОАК: Нв 86, Эр 2,8; Л 12,4; ю2, п6, м5, л20, СОЭ 60 мм\ч ОАМ: белок 1,32%, Л 5-7, цилиндры гиалиновые ед. в п/зр. Кровь на стерильность-высеян золотистый стафилококк. Поставьте диагноз.

<variant>инфекционный эндокардит

<variant>ревматический митральный порок

<variant>геморрагический васкулит

<variant>сочетанный аортальный порок

<variant>сифилитический эндокардит

<question>Мужчина 35 лет через 3 недели после перенесенной тяжелой ОРВИ поступил с жалобами на ноющие боли в области сердца, одышку в покое, тяжесть в правом подреберье, отеки голени и стоп. При аускультации: тоны глухие, протодиастолический ритм галопа. В крови: умеренный лейкоцитоз. На ЭКГ: АВ блокада II степени Мобит II. НАИБОЛЕЕ информативный метод исследования:

<variant>Эндомиокардиальная биопсия

<variant>ЭхоКГ

<variant>Сцинтиграфия

<variant>Коронароангиография

<variant>Суточное мониторирование по Холтеру

<question>На приеме больной 28 лет с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, боли в области сердца колющего характера, перебои в работе сердца. Из анамнеза: страдает заболеванием сердца с детства. Аускультативно 1 тон на верхушке ослаблен, акцент 2 тона над легочным стволом, систолический шум на верхушке сердца, сливающийся с 1 тоном и иррадирующий в подмышечную область. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС – 76 ударов в минуту. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>митральная недостаточность

<variant>митральный стеноз

<variant>аортальная недостаточность

<variant>аортальный стеноз

<variant>недостаточность трехстворчатого клапана

<question>Жалобы на чувство тяжести и распирания, боли в правом подреберье, часто сопровождающиеся потерей или снижением аппетита, тошнотой, вздутием живота, пастозность в области голени, стоп, асцит. Прогрессирующая общая слабость, быстрая утомляемость, ощущение пульсации в области шеи, одышка. Эти симптомы наиболее характерны для ...

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана

<variant>митрального стеноза

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 71 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

<variant>стеноза трехстворчатого отверстия

<variant>стеноза устья аорты

<variant>недостаточности клапана аорты

<question>При ... во время систолы желудочков происходит обратный ток крови (регургитация) из левого желудочка в левое предсердие.

<variant>недостаточности митрального клапана

<variant>аортальном стенозе

<variant>недостаточности аортального клапана

<variant>митральном стенозе

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана

<question>У 50 – летней больной при осмотре на дому, отмечались одышка, сердцебиение в покое, усиливавшиеся при физической нагрузке, кашель, кровохарканье. Страдает ревматизмом. Объективно: акроцианоз. В легких - влажные, незвучные хрипы в задних отделах. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС = 110 в минуту. На верхушке выслушивается трехчленная мелодия: хлопающий 1 тон, диастолический шум и щелчок открытия митрального клапана. Край печени выступает на 2 см. Отеки голеней.

Тактика врача:

<variant>госпитализация в ревматологическое отделение

<variant>вызвать скорую помощь

<variant>организовать стационар на дому

<variant>направить на лечение в дневной стационар

<variant>амбулаторное лечение

<question>18-летний больной направлен для обследования военкоматом. Развивался нормально. над основанием сердца определяется грубый систолический шум с эпицентром во 2-м межреберье у правого края грудины, проводится на сонные артерии. Второй тон над аортой ослаблен. Пульс - 64 в минуту, ритмичный. АД плечевой артерии - 95/75 мм рт. ст., на бедренной артерии АД - 110/90 мм рт. ст. Ваш диагноз:

<variant>стеноз устья аорты

<variant>сочетанный порок сердца

<variant>коарктация аорты

<variant>дефект межжелудочковой перегородки

<variant>открытый артериальный проток

<question>Женщина 32 лет, пришла осмотр. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, к вечеру появляются отеки на тыльной поверхности стоп. В анамнезе — в 14 лет первая ревматическая атака, протекающая с поражением суставов и эндокардитом.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, тоны сердца приглушены, выслушивается довольно грубый пансистолический шум. Голеней чуть пастозны. Ваша тактика:

<variant>Направление на УЗИ сердца с доплерографией

<variant>Направление на консультацию к ревматологу

<variant>Направление на консультацию к кардиохирургу

<variant>Назначение антибиотиков и фуросемида

<variant>Наблюдение в динамике

<question>На приеме больная 55 лет, которая состоит на Д-учете с диагнозом ИБС, ПИМ, ХСН ФК II. В анамнезе - приступы стенокардии. На ЭхоКГ обнаружена диастолическая дисфункция левого желудочка. Для улучшения функционального состояния сердца целесообразно использовать :

<variant>селективные бета-адреноблокаторы

<variant>сердечные гликозиды

<variant>антагонисты альдостерона

<variant>петлевые диуретики

<variant>негликозидные иноторопные препараты

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 72 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<question>Внезапное появление одышки (без ортопноэ) является наиболее вероятным признаком:

<variant>тромбоэмболии легочной артерии

<variant>инфаркта миокарда

<variant>расслаивающей аневризмы аорты

<variant>острого плеврита

<variant>острого перикардита

<question>Мужчина 25 лет периодически жалуется на приступы сердцебиения, слабость, потеря сознания, головокружение до обморочного состояния, чувство нехватки воздуха, одышку. На ЭКГ: укороченный P-R (менее 120 мс), наличие дельта-волны, уширение комплекса QRS, дискордантные отношения к направленности комплекса QRS, изменения сегмента ST и зубца T. Определите следующий шаг обследования:

<variant>суточное ЭКГ мониторирование

<variant>эхокардиография

<variant>вентрикулография

<variant>коронароангиография

<variant>тредмил-тест

<question>Мужчина 57 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку, сопровождаемую удушьем, кашлем с выделением пенистой розовой мокроты. Ухудшение состояния связывает с физической нагрузкой. Из анамнеза: в течение 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу артериальной гипертензии. При осмотре: Ортопноэ. В легких влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон. При аускультации сердца тоны приглушены, ритм неправильный. АД 160/100 в минуту. На ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС 120 в минуту. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой.

Ваш диагноз:

<variant>острая левожелудочковая недостаточность

<variant>тромбоэмболия легочной артерии

<variant>спонтанный пневмоторакс

<variant>инфарктная пневмония

<variant>приступ бронхиальной астмы

<question>На профилактическом осмотре у мужчины 20 лет на ЭКГ выявлены глубокие и узкие зубцы Q в отведениях II, III, a VF, V5-V6. Из анамнеза брат отца умер в молодом возрасте от заболеваний сердца. Определите следующий шаг обследования:

<variant>эхокардиография

<variant>суточное ЭКГ мониторирование

<variant>повторная ЭКГ

<variant>коронароангиография

<variant>тредмил-тест

<question>В основе генеза кардиалгии при гипертрофической кардиомиопатии лежит:

<variant>относительная коронарная недостаточность

<variant>неспецифический коронарит

<variant>спазм коронарных артерий

<variant>пониженный уровень в крови эндорфинов

<variant>атеросклероз коронарных артерий

<question>Женщину 50 лет, беспокоят жгучие боли за грудиной. Частота пульса в норме. Приливы жара несколько раз в день. Анаприлиновая проба – положительная. Ваш диагноз:

<variant>Климактерическая кардиомиопатия

<variant>Миокардит

<variant>Тиреотоксикоз

<variant>Острый инфаркт миокарда

<variant>НЦД, кардиальный тип

<question>Больной 17 лет жалуется на боли ноющего и давящего характера в области сердца,

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 73 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

перебои в работе сердца. Неделю назад отметил повышение температуры тела до 37,7 градусов, появились боли в области сердца. При аускультации сердца после I тона выслушивается шум в IV межреберье слева от грудины, тоны приглушены. Пульс 90 в мин., единичные экстрасистолы. АД 110/70 мм.рт.ст. Реакция на С-реактивный белок положительная. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ** диагноз:

- <variant>острый неревматический миокардит
- <variant>мелкоочаговый инфаркт миокарда
- <variant>острый перикардит
- <variant>острая нижнедолевая левосторонняя пневмония
- <variant>левосторонний плеврит

<question>Больная, 45 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку, учащенное сердцебиение, потливость, раздражительность, субфебрильную температуру. Из анамнеза: данные симптомы в течение 3-х месяцев. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ангины. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2С, эмоционально лабильна, пониженного питания, кожные покровы влажные на ощупь; определяется диффузное увеличение щитовидной железы; тоны сердца ритмичные, громкие, тахикардия, пульс 100 в минуту, артериальное давление 150/70 мм.рт.ст. В анализе крови снижение уровня тиреотропного гормона, повышение трийодтиронина, тироксина; На электрокардиограмме – синусовая тахикардия с числом сердечных сокращений 100 в минуту; метаболические изменения в миокарде. **НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ** диагноз:

- <variant>Гипертиреозная кардиомиопатия
- <variant>Климактерическая кардиомиопатия
- <variant>Неревматический миокардит
- <variant>Эндемический зоб
- <variant>Гипотиреозная кардиомиопатия

<question>Женщина 32 лет, пришла осмотр. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, к вечеру появляются отеки на тыльной поверхности стоп. В анамнезе — в 14 лет первая ревматическая атака, протекающая с поражением суставов и миокардитом. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, тоны сердца приглушены, выслушивается довольно грубый пансистолический шум. Голени чуть пастозны. Ваша тактика:

- <variant>Направление на УЗИ сердца с доплерографией
- <variant>Направление на консультацию к ревматологу
- <variant>Направление на консультацию к кардиохирургу
- <variant>Назначение антибиотиков и фуросемида
- <variant>Наблюдение в динамике

<question>Больная, 30 лет жалуется на быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, отеки на стопах. В детстве перенесла миокардит. Объективно: сердечные тоны приглушенные, ритм правильный, систолический шум на верхушке, отеки на стопах. Наиболее целесообразно назначение:

- <variant>Доплерэхокардиографии
- <variant>Коронарографии
- <variant>Электрокардиографии
- <variant>Электромиографии
- <variant>Компьютерной томографии

<question>Мужчина 35 лет через 3 недели после перенесенной тяжелой ОРВИ поступил с жалобами на ноющие боли в области сердца, одышку в покое, тяжесть в правом подреберье, отеки голеней и стоп. При аускультации: тоны глухие, протодиастолический ритм галопа. В крови: умеренный лейкоцитоз. На ЭКГ: АВ блокада II степени Мобит II. **НАИБОЛЕЕ** информативный метод исследования:

- <variant>Эндомиокардиальная биопсия

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 74 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>ЭхоКГ

<variant>Сцинтиграфия

<variant>Коронароангиография

<variant>Суточное мониторирование по Холтеру

<question>Больная, 21 год, обратилась к врачу ВОП с жалобами на учащенное сердцебиение, ноющие боли в сердце, головокружение. Из анамнеза: данные симптомы беспокоят в течение месяца. Объективно: состояние удовлетворительное. Щитовидная железа не увеличена. Тоны сердца громкие, на верхушке систолический шум, усиливается в вертикальном положении, пульс 78 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. В анализах крови без патологии. ЭКГ – ритм синусовый, правильный, 80 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. Следующим шагом в обследовании будет:

<variant>Эхокардиография

<variant>Реоэнцефалография

<variant>Велоэргометрия

<variant>Черезпищеводная электростимуляция сердца

<variant>Электроэнцефалография

<question>65- летний больной в течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. За последние 2 месяца отмечает ухудшение самочувствия: появились кратковременные синкопальные состояния, дважды по данным «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд/мин., АД 160/70 мм рт. ст. На ЭКГ: Синусовая брадиаритмия, 50-58 уд/мин. Диффузные изменения миокарда. Тактика ведения больного:

<variant>имплантация искусственного водителя ритма

<variant>амиодарон+препараты калия

<variant>коронаролитики, аорто-коронарное шунтирование

<variant>антагонисты кальция + ингибиторы АПФ

<variant>бета-блокаторы + сердечные гликозиды + диуретики

<question>28- летний мужчина пришел на профосмотр. Жалоб не предъявляет. Объективно: акроцианоз. Частота сердечных сокращения 89 в минуту, пульс 75 в минуту. Границы сердца: правая – на 1 см снаружи от правого края грудины, верхняя – на II межреберье, левая - по среднеключичной линии. I тон усилен, акцент II тона на легочной артерии, высокочастотный тон в начале диастолы, грубый диастолический шум на верхушке. В данном случае из методов исследования первоочередным является

<variant>эхокардиография

<variant>рентгенография

<variant>доплерография

<variant>фонокардиография

<variant>электрокардиография

<question>55 - летняя женщина жалуется на одышку и сердцебиение в покое, усиливающиеся при физической нагрузке, кашель, кровохарканье. Страдает ревматизмом. Объективно: акроцианоз. В легких - влажные, незвучные хрипы в задненижних отделах. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 110 в минуту. На верхушке выслушивается трехчленная мелодия: хлопающий I тон, диастолический шум и щелчок открытия митрального клапана. Край печени выступает на 4 см. Отеки голеней. Определите трудовой прогноз у данной больной:

<variant>инвалид II группы

<variant>перевести на работу, не связанную с физическим трудом

<variant>инвалид III группы

<variant>трудоспособно после проведенного лечения

<variant>инвалид I группы

<question>При осмотре больного 42-х лет обнаружено смещение относительной тупости сердца

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 75 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

влево, усиление верхушечного толчка, симптом систолического дрожания во II-м межреберье справа от грудины, там же ослабление II тона сердца. Из аускультативных феноменов непременно должен быть у данного больного:

- <variant>Систолический шум с эпицентром во II межреберье справа от грудины
- <variant>Диастолический шум с эпицентром у верхушки
- <variant>Систолический шум с эпицентром звучания на верхушке сердца
- <variant>Диастолический шум с эпицентром по II межреберье справа от грудины
- <variant>Систолический шум с эпицентром у мечевидного отростка

<question>При осмотре у больного выявлены акроцианоз, эпигастральная пульсация и диастолическое дрожание («кошачье мурлыканье») в области верхушки. Зона относительной сердечной тупости расширена вправо и вверх. При аускультации на верхушке сердца выслушивается усиленный хлопающий I тон и щелчок открытия митрального клапана. На ЭКГ мы ожидаем увидеть:

- <variant>гипертрофию левого предсердия и правого желудочка
- <variant>гипертрофию левого предсердия и правого предсердия
- <variant>гипертрофию левого предсердия и левого желудочка
- <variant>гипертрофии правого предсердия и правого желудочка
- <variant>гипертрофию правого желудочка и левого желудочка

<question>28 - летняя женщина пришла на профилактический осмотр в СВА. В анамнезе – в 10 лет первая ревматическая атака, протекающая с поражением суставов и эндокардитом. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, к вечеру появляются отеки на тыльной поверхности стоп. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Тоны сердца приглушены, выслушивается довольно грубый пансистолический шум. Голени чуть пастозны. Ваша тактика:

- <variant>направление на УЗИ сердца с доплерографией
- <variant>направление на консультацию к ревматологу
- <variant>направление на консультацию к кардиохирургу
- <variant>назначение антибиотиков и фуросемида
- <variant>наблюдение в динамике

<question>У пациента 14 лет АД 200/120 мм.рт.ст. Жалуется на онемение ног. При объективном осмотре отмечается хорошо сложенная грудная клетка, узкий таз худые ноги. При R – графии грудной клетки выявлены узурь на ребрах. Вероятный предполагаемый диагноз:

- <variant>Коарктация аорты
- <variant>Саркоидоз
- <variant>Болезнь Иценко - Кушинга
- <variant>Иеспецифический аортоартериит
- <variant>Атеросклероз аорты

<question>Призывник обратился ВОП с целью профилактического осмотра. Периодически отмечает дискомфорт, неопределенные боли в области сердца. Над сердцем систолический шум, I тон не изменен. ЭКГ: дистрофические изменения задней стенки левого желудочка и инверсия волны Т в отведениях III, aVF, V4-V6. В первую очередь больному необходимо провести

- <variant>Допплер - Эхо-КГ
- <variant>Рентгенографию грудной клетки
- <variant>Холтеровское мониторирование
- <variant>ЭКГ
- <variant>ФКГ

<question>Больной А., 58 лет, в течении 10-15 лет страдает артериальной гипертензией II степени. Риск 4. Год назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда передней перегородочной области. Трудовой прогноз у данного больного:

- <variant>инвалид II группы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 76 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>грудоспособен, соблюдение режима

<variant>перевод на работу не связанную с физическим трудом

<variant>перевод на работу в ночную смену

<variant>инвалид 1 группы.

<question>Молодой человек, 20 лет, жалуется на головную боль, перемежающуюся хромоту и быструю утомляемость. При осмотре: хорошо развитая верхняя часть туловища при недоразвитии нижней части. АД на руках 190/100 мм рт. ст. Пульс на ногах значительно ослаблен. ЭКГ — гипертрофия левого желудочка. Вероятный диагноз:

<variant>Коарктация аорты

<variant>Феохромоцитома

<variant>Узелковый периартериит

<variant>Синдром Кона.

<variant>Синдром Иценко—Кушинга

<question>У больного с ХСН II ФК отмечаются явления застоя в легких, периферические отеки, асцит. Рассчитайте стартовую дозу гидрохлортиазида.

<variant>25 мг

<variant>100 мг

<variant>75 мг

<variant>50 мг

<variant>125 мг

<question>У больного ХСН II ФК. Разработайте частоту визитов к ВОП.

<variant>1 раз в 2 месяца

<variant>1 раз в 4 месяца

<variant>1 раз в 3 месяца

<variant>1 раз в месяц

<variant>1 раз в 5 месяцев

<question>По поводу ухудшения своего состояния к семейному врачу обратился 68 – летний больной, который наблюдается с диагнозом: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Артериальная гипертензия II ст., риск IV. НК ПБ. Жалобы на слабость, головную боль, тошноту, периодические боли в животе, двоение в глазах. Лекарства принимает регулярно. АД 150/90 мм рт.ст., ЧСС 50 ударов в 1 минуту. ЭКГ: интервал PQ 0,24 с, комплекс QRS деформирован, практически во всех отведениях «корытообразное» смещение интервала ST ниже изоэлектрической линии, желудочковые экстрасистолы по типу бигеминии. Вероятная причина ухудшения состояния больного:

<variant>гликозидная интоксикация

<variant>декомпенсация сердечной недостаточности

<variant>повторный инфаркт миокарда

<variant>гипертонический криз

<variant>проходящее нарушение мозгового кровообращения

<question>У больной К. 35 лет отмечаются повышение артериального давления, ожирение, луноподобное лицо с плеторой, стрии растяжения шириной более 1см обычно белого цвета, подушечки жира над ключицами, нарушение толерантности к глюкозе, гипокалиемия, асцит, особенно не на лице, гирсутизм. Правильный диагноз:

<variant>синдром или болезнь Кушинга

<variant>реноваскулярная артериальная гипертензия

<variant>первичный гиперальдостеронизм

<variant>феохромоцитома или хромофинные опухоли

<variant>коарктация аорты

<question>К клиническим проявлениям острой сердечной недостаточности относится:

<variant>кардиогенный шок

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 77 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

- <variant>гепатомегалия
- <variant>ХПН
- <variant>анасарка
- <variant>ортопноное
- <question>I стадия ХСН- это:
- <variant>скрытая сердечная недостаточность
- <variant>симптомы появляются только при физической нагрузке
- <variant>тяжелые нарушения гемодинамики
- <variant>легкое ограничение физической активности
- <variant>обычная физическая нагрузка не вызывает признаков СН
- <question>У мужчины 58 лет через год после перенесенного обширного инфаркта миокарда-да возникли ортопноэ, ночной кашель, тахикардия более 120 в мин. При осмотре набухание шейных вен, гепатомегалия, отеки на ногах. На ЭХОКГ: кардиомегалия.Стадия ХСН у больного:
- <variant>IIБ
- <variant>IIА
- <variant>0
- <variant>I
- <variant>III
- <question>При I ФК ХСН одышка появляется:
- <variant>при чрезмерной физической нагрузке
- <variant>в покое
- <variant>в положении лежа
- <variant>при легкой физической нагрузке
- <variant>при повседневной физической нагрузке
- <question>У больного 70 лет появилась одышка при незначительной физической нагрузке, ночные приступы удушья, сердцебиение. В анамнезе – перенесенный инфаркт миокарда. Объективно: ортопноэ, цианоз губ. В легких - влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах обоих легких. Тоны сердца приглушены. ЧСС 100 в 1 минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Печень увеличена. Массивные отеки на ногах. Уменьшение диуреза. Стадия сердечной недостаточности:
- <variant>ХСН II Б
- <variant>ХСН I
- <variant>ХСН II А
- <variant>ХСН III
- <variant>ХСН 0
- <question>У больных с коарктацией аорты чаще наблюдается осложнение:
- <variant>застойная сердечная недостаточность
- <variant>инфаркт миокарда
- <variant>тромбоэмболия легочной артерии
- <variant>эмфизема легких
- <variant>дыхательная недостаточность
- <question>Пациент 65 лет поступил в палату интенсивного наблюдения с острым передним инфарктом миокарда. АД 150/100 мм.рт.ст., ЧСС 100 в мин. Спустя 2 дня пожаловался на короткий приступ одышки; АД 100/70мм.рт.ст, ЧСС 120 в мин., ЧД 32 в мин. В нижних отделах легких появились влажные хрипы. Над нижней частью грудины выслушивается голосистолический шум в сочетании с ритмом галопа.Наиболее достоверный способ исследования для подтверждения диагноза:
- <variant>доплерэхокардиография
- <variant>электрокардиограмма в 12 отведениях
- <variant>рентгенография органов грудной клетки
- <variant>измерение давления заклинивания в легочной артерии

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 78 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>измерение газов артериальной крови

<question>Больная, 19 лет жалуется на одышку при небольшой физической нагрузке, иногда принимающей характер удушья; тяжесть в правом подреберье, отеки. При осмотре: выраженный цианоз, пальцы в виде «барабанных палочек». Над сердцем выслушивается грубый шум. На ЭхоКГ выявлены дефект межжелудочковой перегородки и сужение выносящего тракта правого желудочка. Наименее вероятным осложнением и причиной смерти при данном пороке является:

<variant>левожелудочковая недостаточность

<variant>тромбоз мозговых вен

<variant>инфекционный эндокардит

<variant>правожелудочковая недостаточность

<variant>тромбоз периферических вен нижних конечностей

<question>Больного 38 лет в течение 1,5 лет беспокоят выраженная одышка, приступы удушья, отеки на ногах, ощущение давления в правом подреберье. Объективно: ортопноэ, акроцианоз. В легких влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, систолический шум в I точке, ЧСС-120 вмин, край печени выступает на 3 см. На голени отеки. ЭхоКГ: увеличение полостей обоих желудочков. Фракция изгнания - 21%. Относительная недостаточность митрального клапана. Диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Наиболее вероятная стадия недостаточности кровообращения:

<variant>НКІВ 3 ФК

<variant>НК отсутствует

<variant>НКІ 1 ФК

<variant>НКІІ А 2 ФК

<variant>НКІІІ 4 ФК

<question>Мужчина 26 лет, через 2 недели после перенесенного гриппа отмечал одышку, боли в области сердца, повышение температуры. При осмотре: ортопноэ, отеки голеней. В легких застойные хрипы, ЧД-32 в 1 мин. Кардиомегалия. Тоны сердца глухие, выслушивается ІІІ тон, систолический шум на верхушке, мерцательная аритмия. ЧСС - 110 в мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Печень увеличена на 3см. В крови: лейкоцитоз, ускорение СОЭ, увеличение кардиоспецифичных ферментов. На ЭКГ: АВ-блокада І ст., частые желудочковые экстрасистолы. ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка, фракция выброса - 40%. Вероятный диагноз:

<variant>неревматический миокардит

<variant>ревматический порок сердца

<variant>выпотной перикардит

<variant>инфекционный эндокардит

<variant>системная красная волчанка

<question>Пациентка 38 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, одышку при ходьбе, через 2 недели после переохлаждения.

Объективно: Кожные покровы чистые. В легких без патологии. Границы сердца не расширены, Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС - 102/мин. АД - 105/65мм.рт.ст. На ЭКГ -синусовая тахикардия, блокада левой ножки пучка Гиса. ОАК: лейкоциты - 8,4 x 10⁹, СОЭ - 22 мм/ч. Вероятный диагноз:

<variant>Неревматический миокардит. НК1

<variant>ИБС, НК1

<variant>Дилатационная кардиомиопатия. НК1

<variant>Ревматическая лихорадка. НК 1

<variant>Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу. НК2

<question>Мужчина 42 лет, год назад стал отмечать одышку, тяжесть в правом подреберье. Затем присоединились приступы удушья в ночное время, отеки на голенях. В последние месяцы появлялись эпизоды кровохарканья. Об-но: в нижних отделах легких - незвучные мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца расширены влево, тоны сердца глухие. ЧСС – 90/мин.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		Стр. 79 из 92

На верхушке сердца систолический шум. ЭКГ: мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ЭхоКГ: левое предсердие – 4,4; КДР левого желудочка - 8,2. Правый желудочек – 3,2. Фракция выброса-21%. Диффузная гипокинезия. Вероятный диагноз:

<variant>дилатационная кардиомиопатия

<variant>неревматический миокардит

<variant>алкогольная кардиомиопатия

<variant>ишемическая кардиомиопатия

<variant>рестриктивная кардиомиопатия

<question>При гипертрофической кардиомиопатии наиболее часто встречается синдром:

<variant>кардиалгический

<variant>хронической недостаточности кровообращения

<variant>кардиомегалии

<variant>обморочных состояний

<variant>мышечной слабости

<question>Больной С., 42 лет в течение года отмечает одышку, тяжесть в правом подреберье, приступы удушья в ночное время, отеки на голенях. В последние месяцы появлялись эпизоды кровохарканья. Объективно: в нижних отделах легких - незвучные мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца расширены влево, тоны сердца глухие. ЧСС – 90/мин., на верхушке сердца - систолический шум. ЭКГ: мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ЭхоКГ: фракция выброса-21%. Диффузная гипокинезия. Вероятный диагноз:

<variant>дилатационная кардиомиопатия, мерцательная аритмия, ХСН IIБ (ФК III)

<variant>неревматический миокардит, мерцательная аритмия. ХСН I (ФК I)

<variant>алкогольная кардиомиопатия, мерцательная аритмия ХСН II А (ФК III)

<variant>ишемическая кардиомиопатия, мерцательная аритмия, ХСН I (ФК I)

<variant>рестриктивная кардиомиопатия, мерцательная аритмия, ХСН IIБ (ФК III)

<question>Кардиомегалия, нарушения ритма и проводимости сердца, внезапная тромбоэмболия, застойная сердечная недостаточность наиболее характерны для:

<variant>дилатационной кардиомиопатии

<variant>климактерической кардиомиопатии

<variant>неревматического миокардита

<variant>гипертиреоидной кардиомиопатии

<variant>гипертрофической кардиомиопатии

<question>У больного с ХСН II ФК отмечаются явления застоя в легких, периферические отеки, асцит. Рассчитайте стартовую дозу гидрохлортиазида:

<variant>25 мг

<variant>125 мг

<variant>100 мг

<variant>75 мг

<variant>50 мг

<question>У больного ХСН III ФК отмечаются явления застоя в легких, периферические отеки. В план поддерживающего лечения диуретиками входит:

<variant>тиазидные (петлевые) + альдактон (малые дозы)

<variant>тиазидные диуретики

<variant>петлевые (тиазидные) + антагонисты альдостерона

<variant>петлевые + тиазидные + ИКАГ

<variant>петлевые + тиазидные + антагонисты альдостерона + ИКАГ

<question>При сердечной недостаточности противопоказанием к назначению спиронолактона является:

<variant>уровень калия более 5 ммоль/л

<variant>уровень калия менее 5 ммоль/л

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	
044-79/22 Стр. 80 из 92	

<variant>уровень креатинина менее 200 ммоль/л

<variant>уровень натрия менее 130 ммоль/л

<variant>уровень натрия более 130 ммоль/л

<question>Женщине, 30 лет, месяц назад проведена операция: протезирование митрального клапана в связи с ревматическим пороком сердца. Для профилактики тромбоэмболических осложнений целесообразнее назначить:

<variant>варфарин

<variant>гепарин

<variant>тромбоасс

<variant>плавикс

<variant>тромбокард

<question>Выберите программу лечения III уровня больной с ХСН ФК III в сочетании с мерцательной аритмией:

<variant>ингибиторы АПФ + СГ + петлевые диуретики + спиронолактон + кордарон

<variant>ингибиторы АПФ + гликозиды + петлевые диуретики

<variant>ингибиторы АПФ + спиронолактон + антиаритмики

<variant>ингибиторы АПФ + гликозиды

<variant>ингибиторы АПФ + петлевые диуретики

<question>Препараты, НЕ эффективные в лечении сердечной недостаточности:

<variant>альфа-блокаторы

<variant>ингибиторы АПФ

<variant>мочегонные

<variant>бета-блокаторы

<variant>сердечные гликозиды

<question>Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, следует использовать внутривенное введение:

<variant>лазикса

<variant>финоптина

<variant>сердечных гликозидов

<variant>обзидана

<variant>эланаприла

<question>Основными способами лечения недостаточности кровообращения I стадии являются:

<variant>нормализация веса тела и ограничение употребления соли

<variant>назначение сердечных гликозидов

<variant>назначение диуретиков

<variant>назначение антикоагулянтов

<variant>назначение иммуномодуляторов

<question>При недостаточности кровообращения с выраженными периферическими отеками в сочетании с тахисистолической формой мерцательной аритмии прежде всего назначают:

<variant>сердечные гликозиды

<variant>диуретики

<variant>периферические вазодилататоры

<variant>антиагреганты

<variant>ингибиторы АПФ

<question>Максимальные суточные дозы фуросемида у больных сердечной недостаточностью достигают:

<variant>600 мг

<variant>200 мг

<variant>300 мг

<variant>500 мг

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 81 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>100 мг

<question>У женщины 23 лет без предшествующего анамнеза появились синкопальные состояния, возникающие при физической нагрузке. При осмотре: цианоз губ, расширение границ сердца преимущественно вправо. В легких при аускультации хрипов нет, акцент II тона над легочной артерией. Наиболее вероятным следует считать диагноз:

<variant>Первичной легочной гипертонии

<variant>Тромбозомболии мелких ветвей легочной артерии

<variant>Врожденного порока сердца

<variant>Митрального стеноза

<variant>Аортального стеноза

<question>При обследовании больного 18 лет, страдающего первичной легочной гипертензией, выявлены набухание и пульсация яремных вен, положительный "венный пульс", увеличение и систолическая пульсация печени, гепато-югулярный рефлюкс. Аускультативно: систолический шум у основания мечевидного отростка, усиливающийся на высоте вдоха, с иррадиацией к верхушке; ослабление I тона. Вероятная причина иррадиации шума к верхушке сердца:

<variant>Резкое увеличение правого желудочка

<variant>Регургитация крови

<variant>Ускорение кровотока

<variant>Повышение давления в легких

<variant>Увеличение левого желудочка

<question>У больного 20 лет жалобы на ощущение удушья при небольшой физической нагрузке, приступы головокружения. Болен с детства. При осмотре: диффузный цианоз, концевые фаланги пальцев в виде «барабанных палочек», расширение границы сердца вправо, систолическая пульсация правого желудочка в эпигастральной области. При аускультации: акцент и расщепление II тона на легочной артерии, короткий систолический шум на мечевидном отростке, диастолический шум во II межреберье слева от грудины. При рентгенологическом обследовании выступание ствола легочной артерии. Ваш вероятный диагноз.

<variant>Первичная легочная гипертензия

<variant>Трикуспидальный стеноз

<variant>Недостаточность трикуспидального клапана

<variant>Врожденный стеноз легочной артерии

<variant>Тетрада Фалло

<question>У мужчины 68 лет с частыми бронхолегочными инфекциями в анамнезе выявление на рентгенограмме значительного расширения прикорневых сосудов при обедненном периферическом сосудистом рисунке; «обрубленности» корней легких; выбухания конуса и ствола легочной артерии; увеличения правых отделов сердца НАИБОЛЕЕ вероятно свидетельствует о наличии:

<variant>легочной гипертензии

<variant>воспалении бронхов

<variant>плевральном выпоте

<variant>бронхоэктазов в легких

<variant>застойных изменениях в легких

<question>У больных с легочной гипертензией на R –ме органов грудной клетки имеются следующие изменения:

<variant>увеличение правого предсердия и правого желудочка

<variant>увеличение левого предсердия и левого желудочка

<variant>сужение легочной артерии

<variant>увеличение правого желудочка

<variant>увеличение левого желудочка

<question>Ведущий патогенетический механизм легочной гипертензии при ТЭЛА:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 82 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура	

<variant>рефлекторная легочная вазоконстрикция

<variant>гиперглобулинемия

<variant>механическая закупорка артерий

<variant>артериальная гипоксемия

<variant>гиперкоагуляция

<question>У больного хроническим обструктивным бронхитом и диффузным пневмосклерозом отмечаются одышка в покое, диффузный цианоз, увеличение печени, отеки на ногах. О чем это свидетельствует:

<variant>О декомпенсированном легочном сердце

<variant>О левожелудочковой сердечной недостаточности

<variant>Об острой сердечной недостаточности

<variant>О дыхательной недостаточности II ст

<variant>О компенсированном легочном сердце

<question>У мужчины с одышкой, уменьшающейся после ингаляций кислорода и бронхолитиков, наличием диффузного теплого цианоза, эпигастральной пульсации; акцента второго тона во II межреберье слева; симптома Грехема – Стилла; увеличением толщины стенки и расширением полости правого желудочка; отсутствием ортопноэ **НАИБОЛЕЕ** вероятен диагноз:

<variant>хронического легочного сердца

<variant>эмфиземы легких

<variant>бронхиальной астмы

<variant>хронического бронхита

<variant>дилатационной кардиомиопатии

<question>При легочной гипертензии с целью профилактики тромбообразования целесообразно назначение:

<variant>варфарина

<variant>гепарина

<variant>фраксипарина

<variant>эноксапарина

<variant>фондапаринукса

<question>Больному с хроническим легочным сердцем проведено R-логические исследование. Вероятные изменения у данного больного:

<variant>высокое стояние правого купола диафрагмы

<variant>выбухание конуса и ствола легочной артерии

<variant>«обрубленность» корней легких

<variant>увеличение правого желудочка и предсердия

<variant>увеличение левого желудочка

<question>У 65-летнего больного с бронхообструктивным синдромом многолетней давности отмечаются приступы удушья, кашель с отделением небольшого количества мокроты, тяжесть в правом подреберье, уменьшение количества отделяемой мочи. Объективно: акроцианоз, набухание шейных вен, пульсация в эпигастральной области, акцент II тона на легочной артерии, тахикардия, увеличение печени, отеки. Ожидаемые изменения на ЭКГ больного:

<variant>признаки гипертрофии правого желудочка

<variant>признаки гипертрофии левого предсердия

<variant>признаки внутрижелудочковой блокады

<variant>признаки гипертрофии левого желудочка

<variant>признаки блокады левой ножки пучка Гиса

<question>У больного, страдающего ХОБЛ много лет, во время очередной госпитализации, на ЭКГ было обнаружено следующее: наличие в отведениях II, III, aVF, V1 высокоамплитудных, с заостренной вершиной зубцов P, длительность зубца P не превышает 0,1с. Амплитуда R в V1 = 8 мм, RV1+SV5,6 = 12mm, электрическая ось смещена вправо (угол $\alpha+100$). Интерпретируйте

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 83 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

данные ЭКГ:

<variant>гипертрофия правых предсердия и желудочка

<variant>гипертрофия правого желудочка

<variant>гипертрофия правого предсердия

<variant>блокада правой ножки пучка Гиса

<variant>внутрипредсердная блокада

<question>Наиболее достоверным электрокардиографическим признаком тромбоэмболии легочной артерии являются:

<variant>синдром S1- Q 3 и смещение вверх сегмента ST в отведениях III, V1, V2

<variant>глубокий зубец Q в отведениях V4-V6

<variant>депрессия сегмента ST в отведениях I, II и aVL

<variant>депрессия сегмента ST в отведениях II, III и aV F

<variant>инверсия зубца T в грудных отведениях

<question>Внезапное появление одышки (без ортопноэ) является наиболее вероятным признаком:

<variant>тромбоэмболии легочной артерии

<variant>инфаркта миокарда

<variant>расслаивающей аневризмы аорты

<variant>острого плеврита

<variant>острого перикардита

<question>Заболевание, при котором отмечается внезапное появление на ЭКГ глубокого зубца S в I отведении и зубца Q в III отведении (признак Макджин-Уайта), а также смещение переходной зоны влево:

<variant>тромбоэмболия легочной артерии

<variant>нижний инфаркт миокарда

<variant>перикардит

<variant>аневризма левого желудочка

<variant>перегрузка левого желудочка

<question>При внезапно возникшей одышке, болях в груди, тахикардии, кровохарканье, шуме трения плевры, цианозе и даже коллапсе у больного с варикозным расширением вен нижних конечностей в первую очередь нужно исключить:

<variant>тромбоэмболию легочной артерии

<variant>прободение язвы желудка

<variant>астматический статус

<variant>ателектаз доли легкого

<variant>очаговый туберкулез легких

<question>Остро возникшее на фоне болей в грудной клетке отклонение электрической оси сердца вправо, изменение предсердного комплекса по типу P-pulmonale, SI-QIII, инверсия зубца T, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, а также снижение вольтажа зубцов ЭКГ (у 81 % больных) отмечается при:

<variant>тромбоэмболии легочной артерии

<variant>бактериальном эндокардите

<variant>инфаркте миокарда

<variant>инфекционном миокардите

<variant>миокардиодистрофии

<question>У больного с тромбозом глубоких вен нижних конечностей внезапно развилась одышка, появился кашель с прожилками крови, сердцебиение, выраженная слабость. Причиной развившегося состояния является:

<variant>тромбоэмболия ветвей легочной артерии

<variant>спонтанный пневмоторакс

<variant>приступ бронхиальной астмы

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22 Стр. 84 из 92
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс интернатура		

<variant>инородное тело в дыхательных путях

<variant>геморрагический пневмоторакс

<question>У больной, 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, внезапно развилась загрудинная боль, одышка смешанного характера, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа. На ЭКГ регистрируются глубокий зубец S в первом и глубокий зубец Q в третьем стандартных отведениях. Ваш предварительный диагноз.

<variant>Тромбоз эмболия легочной артерии

<variant>Острый инфаркт миокарда

<variant>Спонтанный пневмоторакс

<variant>Бронхиальная астма

<variant>Очаговая пневмония

<question>Больной 48 лет находился на лечении по поводу крупноочагового инфаркта миокарда. На 2-е сутки почувствовал сильную боль в грудной клетке, одышку, кашель со скудной мокротой, кровохарканье, что привело к резкому ухудшению состояния. На ЭКГ: острый период переднего инфаркта миокарда. На рентгенограмме: затемнение легкого в виде треугольника в средней доле правого легкого. Вероятное осложнение, развившееся у больного:

<variant>Тромбоз эмболия ветвей легочной артерии

<variant>Отек легких

<variant>Острая аневризма

<variant>Тампонада сердца

<variant>Синдром Дресслера

<question>У больной 36 лет, страдающей варикозной болезнью нижних конечностей лет, остро возникла одышка, лихорадка, кровохарканье и появились боли в грудной клетке. При обследовании выявлен плевральный выпот, расцененный как экссудат. Содержание глюкозы в плевральном выпоте <3, 3 ммоль/л. Наиболее вероятно, что у больной:

<variant>инфаркт легкого

<variant>сахарный диабет

<variant>саркоидоз

<variant>туберкулез

<variant>пневмония

<question>При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, одышка) у больного с острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как ...

<variant>тромбоз эмболия легочной артерии

<variant>разрыв межжелудочковой перегородки

<variant>инфаркт миокарда левого желудочка

<variant>разрыв сосочковых мышц

<variant>разрыв межпредсердной перегородки

<question>Женщина 35 лет, курящая, индекс массы тела 32, принимающая оральные контрацептивы более года, жалуется на одышку, повышение температуры тела до 37,5 С, мокроту при кашле с прожилками крови, слабость, боль в левой половине грудной клетки. Ваш диагноз:

<variant>тромбоз эмболия легочной артерии

<variant>очаговая пневмония

<variant>обострение хронического бронхита

<variant>бронхоэктатическая болезнь

<variant>митральный порок сердца

<question>Кардиальный синдром при ТЭЛА включает:

<variant>Кашель, кровохарканье

<variant>Судороги

<variant>Боли в правом подреберье

<variant>Олигоанурию

<variant>Головные боли

<question>Основной метод диагностики тромбоэмболии легочной артерии:

<variant>Рентгенологическое исследование

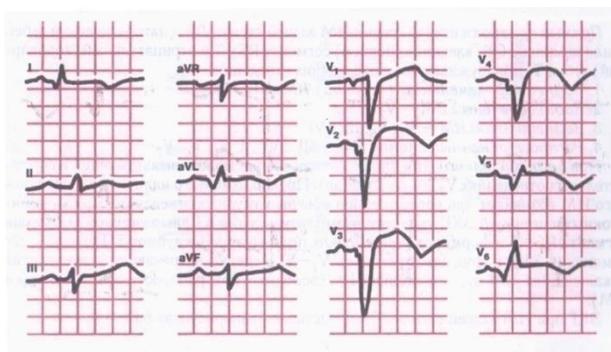
<variant>Эхокардиография

<variant>Электрокардиография

<variant>Спирометрия

<variant>Спирография

<question>Больной 56 лет обратился к ВОП с жалобами на загрудинные боли с вечера, связанные с психоэмоциональной нагрузкой, иррадиирующие в левую руку и лопатку. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного:



<variant>распространенный передний трансмуральный инфаркт миокарда

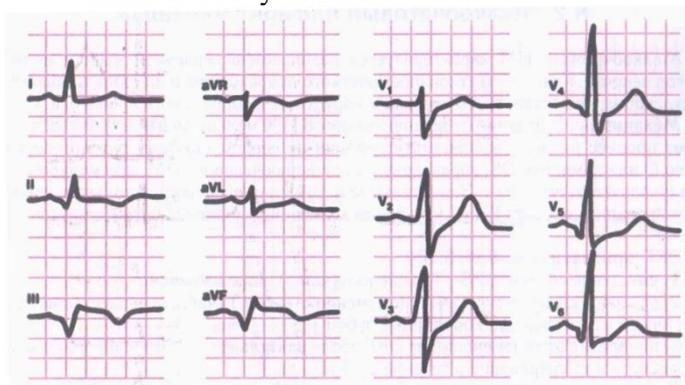
<variant>переднебоковой крупноочаговый инфаркт миокарда

<variant>заднедиафрагмальный трансмуральный инфаркт миокарда

<variant>мелкоочаговый инфаркт миокарда в области верхушки

<variant>заднедиафрагмальный крупноочаговый инфаркт миокарда

<question>Больной 65 лет обратился к ВОП с жалобами на загрудинные боли. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного:



<variant>заднедиафрагмальный крупноочаговый инфаркт миокарда

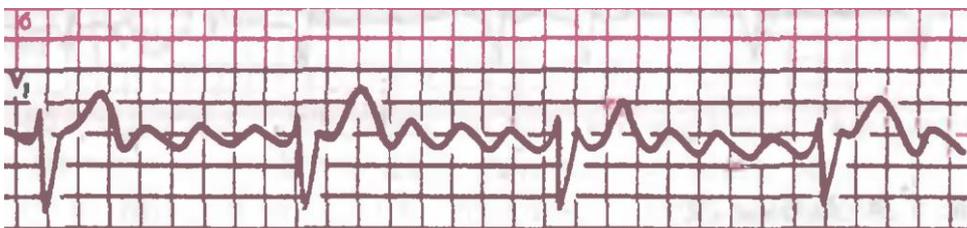
<variant>переднебоковой крупноочаговый инфаркт миокарда

<variant>распространенный передний трансмуральный инфаркт миокарда

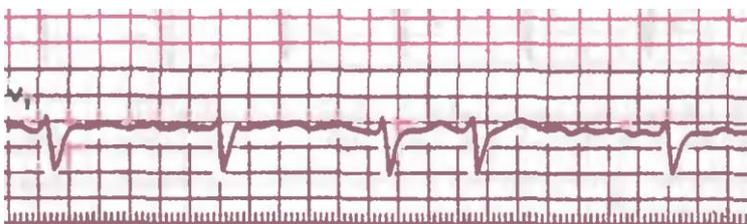
<variant>заднедиафрагмальный трансмуральный инфаркт миокарда

<variant>мелкоочаговый инфаркт миокарда в области верхушки

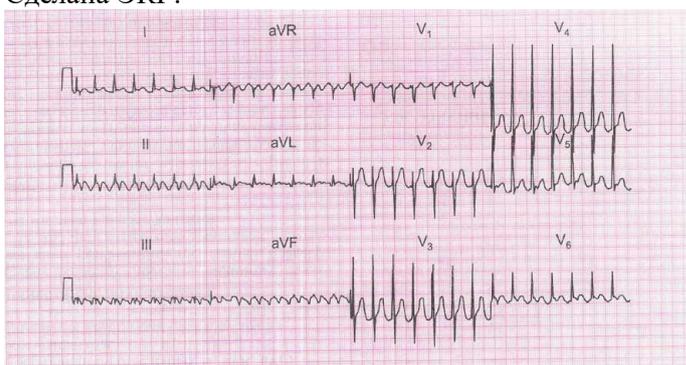
<question>Нарушение ритма или проводимости, зарегистрированное на ЭКГ:



- <variant>Трепетание предсердий
- <variant>Синусовая аритмия
- <variant>Полная А-В блокада
- <variant>Мерцательная аритмия
- <variant>Трепетание желудочков
- <question>Нарушение ритма или проводимости, зарегистрированное на ЭКГ:

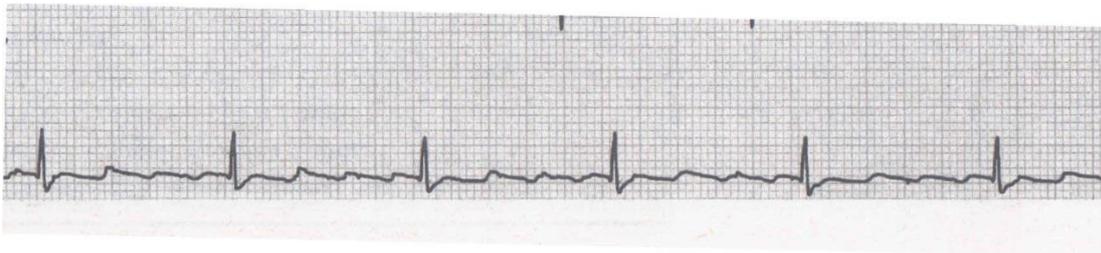


- <variant>Мерцательная аритмия (фибрилляция предсердий)
- <variant>Желудочковая пароксизмальная тахикардия
- <variant>Суправентрикулярная монотопная экстрасистолия
- <variant>Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия
- <variant>Суправентрикулярная групповая экстрасистолия
- <question>Мужчина 45 лет. Злоупотребляет алкоголем в течение 10 лет. За врачебной помощью никогда не обращался. Внезапно почувствовал себя плохо. Появилась выраженная одышка в покое, вызвал машину «скорой помощи». Врачом диагностирован начинающийся отек легких. Сделана ЭКГ:

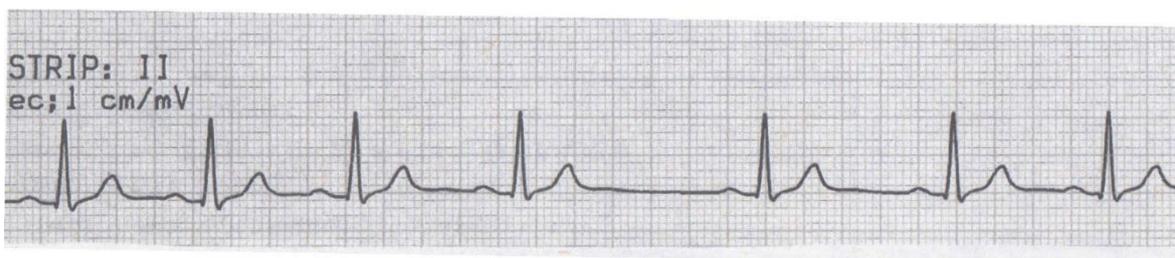


НАИБОЛЕЕ вероятная причина появления острой левожелудочковой недостаточности

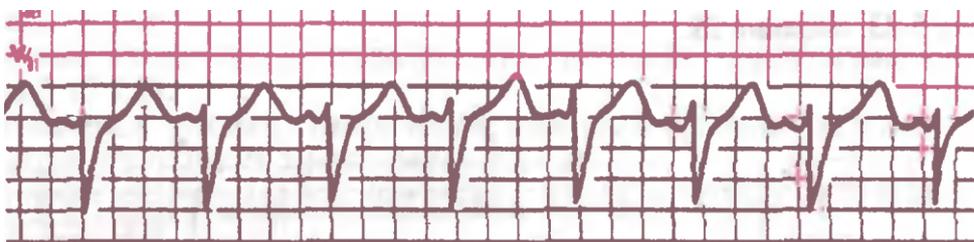
- <variant>Пароксизмальное трепетание предсердий
- <variant>Пароксизмальной желудочковой тахикардии
- <variant>Острый инфаркт миокарда
- <variant>Пароксизмальная мерцательная аритмия
- <variant>Пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- <question>Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного.



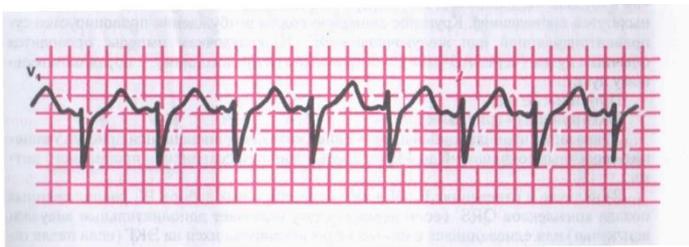
- <variant>трепетание предсердий
- <variant>пароксизмальная желудочковая тахикардия
- <variant>пароксизмальная предсердная тахикардия
- <variant>фибрилляция предсердий
- <variant>желудочковая экстрасистолия
- <question>Юноша 18 лет с хорошим самочувствием. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ.



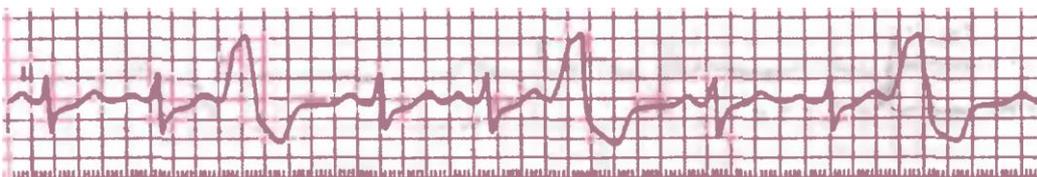
- <variant>синусовая аритмия
- <variant>синусовая тахикардия
- <variant>синусовая брадикардия
- <variant>предсердная экстрасистолия
- <variant>синдром слабости синусового узла
- <question>Больная 65 л., жалуется на внезапное начало приступа сердцебиения, стеснение в груди, приступы головокружения. Из анамнеза – в течение многих лет страдает артериальной гипертензии, ИБС. Объективно: при аускультации сердца I тон хлопающего характера, II тон ослаблен. На ЭКГ:



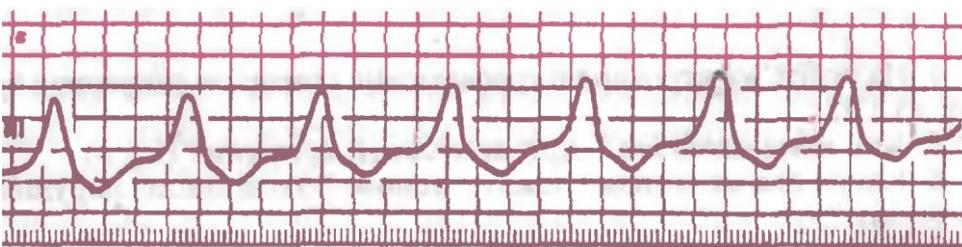
- Выбрать тактику лечения:
- <variant>Введение изоптина
 - <variant>Проведение электрокардиостимуляция
 - <variant>Проведение электрической дефибрилляции
 - <variant>Введение лидокаина
 - <variant>Введение сердечного гликозида
 - <question>Больной Б., 68 лет, жалуется на периодически возникающие сердцебиения. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного.



- <variant>пароксизмальная предсердная тахикардия
- <variant>пароксизмальная желудочковая тахикардия
- <variant>фибрилляция предсердий
- <variant>трепетание предсердий
- <variant>желудочковая экстрасистолия
- <question>Нарушение ритма или проводимости, зарегистрированное на ЭКГ:

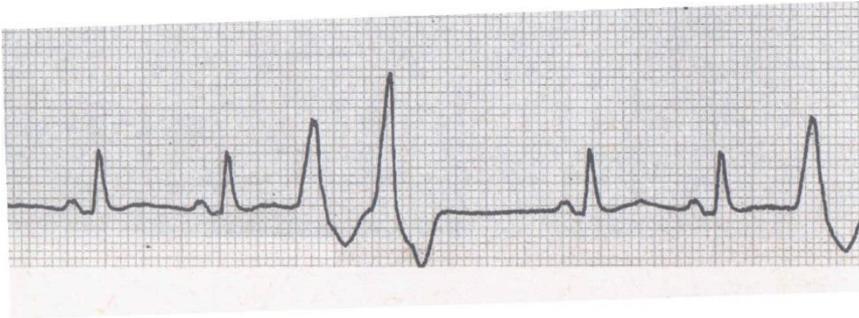


- <variant>Желудочковая экстрасистолия
- <variant>Полная блокада правой ножки пучка Гиса
- <variant>Полная блокада левой ножки пучка Гиса
- <variant>Желудочковая групповая экстрасистолия
- <variant>Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия
- <question>Больной 69 л., жалуется приступы сердцебиения, головокружения. Из анамнеза – в течение многих лет страдает артериальной гипертензии, ИБС, перенесенный инфаркт миокарда. Объективно: при аускультации сердца I тон хлопающего характера, II тон ослаблен. На ЭКГ:



Выбрать тактику лечения:

- <variant>Введение лидокаина
- <variant>Проведение электрической дефибрилляции
- <variant>Проведение электрокардиостимуляция
- <variant>Введение сердечного гликозида
- <variant>Введение изоптина
- <question>Мужчина 55 лет после операции коронарного шунтирования. Беспокоит легкое сердцебиение. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного:



<variant>желудочковая экстрасистолия

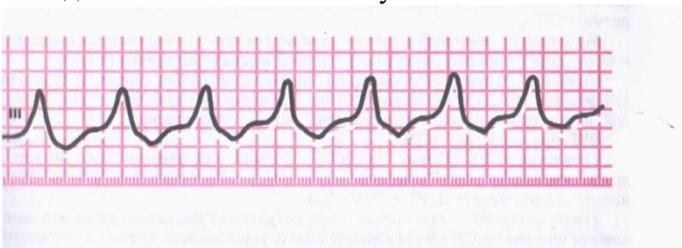
<variant>предсердная экстрасистолия

<variant>экстрасистола из АВ-соединения

<variant>желудочковая тахикардия

<variant>синдром слабости синусового узла

<question>Больной Т., 70 лет, жалуется на периодически возникающие сердцебиения. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного.



<variant>пароксизмальная желудочковая тахикардия

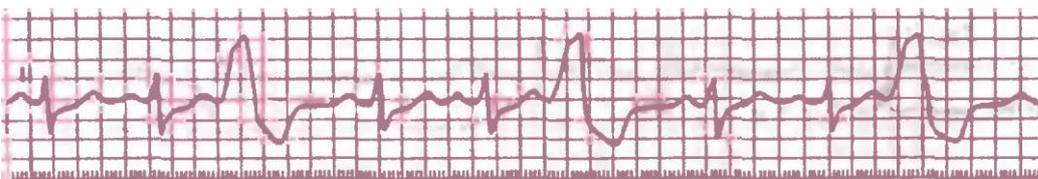
<variant>пароксизмальная предсердная тахикардия

<variant>фибрилляция предсердий

<variant>трепетание предсердий

<variant>желудочковая экстрасистолия

<question>Нарушение ритма или проводимости, зарегистрированное на ЭКГ:



<variant>Желудочковая экстрасистолия

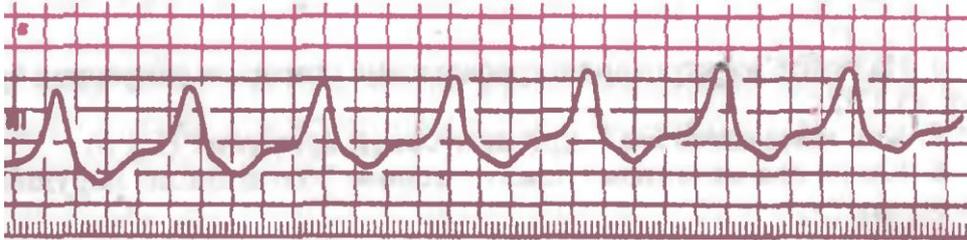
<variant>Полная блокада правой ножки пучка Гиса

<variant>Полная блокада левой ножки пучка Гиса

<variant>Желудочковая групповая экстрасистолия

<variant>Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия

<question>Больной 69 л., жалуется приступы сердцебиения, головокружения. Из анамнеза – в течение многих лет страдает артериальной гипертензии, ИБС, перенесенный инфаркт миокарда. Объективно: при аускультации сердца I тон хлопающего характера, II тон ослаблен. На ЭКГ:



Выбрать тактику лечения:

<variant>Введение лидокаина

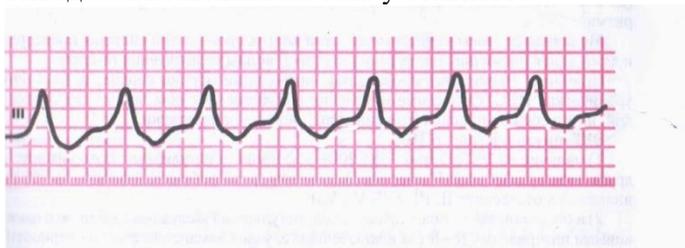
<variant>Проведение электрической дефибрилляции

<variant>Проведение электрокардиостимуляции

<variant>Введение сердечного гликозида

<variant>Введение изоптина

<question>Больной Т., 70 лет, жалуется на периодически возникающие сердцебиения. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного.



<variant>пароксизмальная желудочковая тахикардия

<variant>пароксизмальная предсердная тахикардия

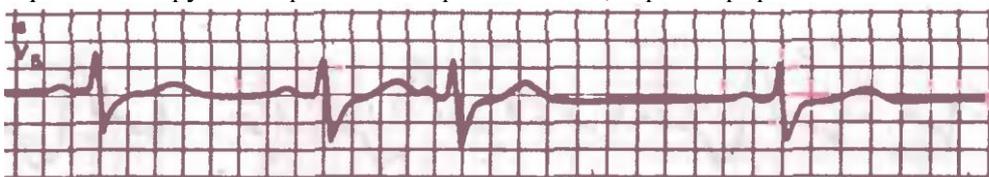
<variant>фибрилляция предсердий

<variant>трепетание предсердий

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>қарыншалық экстрасистолия

<question>Нарушение ритма или проводимости, зарегистрированное на ЭКГ:



<variant>Предсердная экстрасистолия

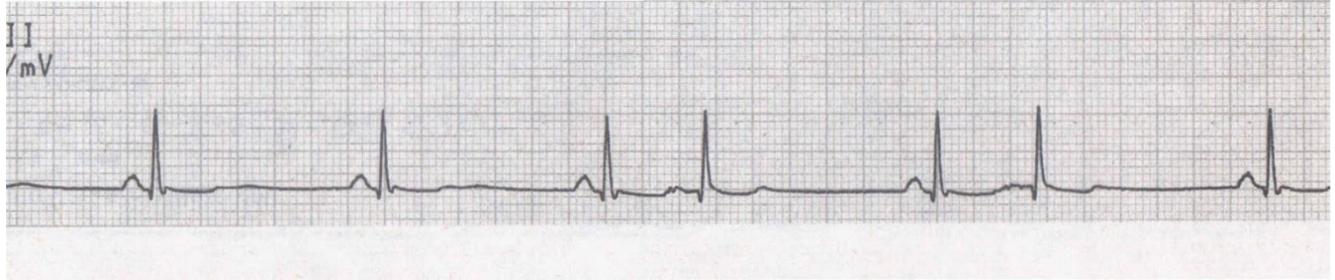
<variant>Полная блокада правой ножки пучка Гиса

<variant>Полная блокада левой ножки пучка Гиса

<variant>Желудочковая групповая экстрасистолия

<variant>Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия

<question>Мужчина 75 лет, беспокоят сердцебиения. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного.



<variant>предсердная экстрасистолия

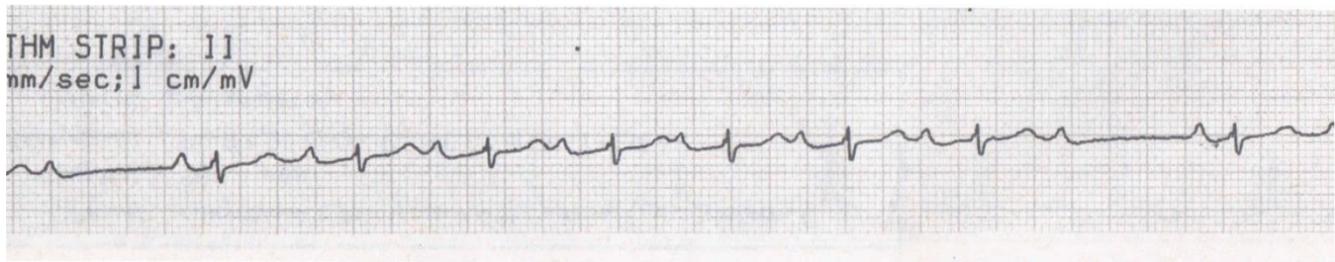
<variant>экстрасистола из АВ-соединения

<variant>желудочковая тахикардия

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>синдром слабости синусового узла

<question>Больная 68 лет с приступами сердцебиения. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больной.



<variant>АВ-блокада II степени типа Мобитц I

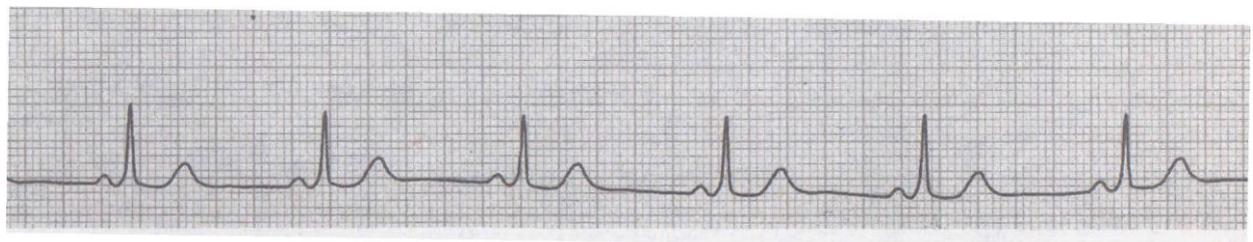
<variant>полная АВ блокада III степени

<variant>внутри предсердная блокада II степени

<variant>АВ-блокада I степени

<variant>АВ-блокада II степени типа Мобитц II

<question>Мужчина 33 года чувствует себя хорошо. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ.



<variant>синдром WPW

<variant>синусовая тахикардия

<variant>синусовая аритмия

<variant>синусовая брадикардия

<variant>синдром слабости синусового узла

<question>На электрокардиограмме отмечается увеличение длительности зубца Р в отведениях от конечностей больше 0,11 секунд являются признаками:

<variant>внутри предсердной блокады

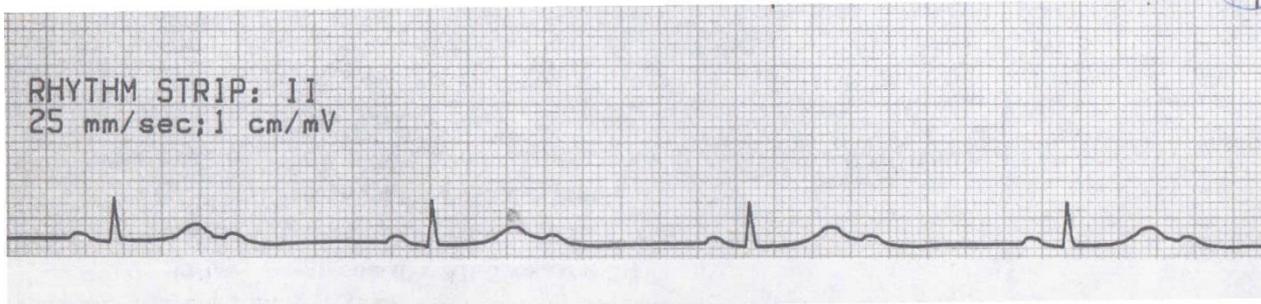
<variant>синоатриальной блокады

<variant>блокады левой ножки пучка Гиса

<variant>блокады правой ножки пучка Гиса

<variant>блокады левой передней ветви пучка Гиса

<question>Больной 62 года беспокоит головокружение. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больного.



<variant>AB-блокада II степени, 2:1

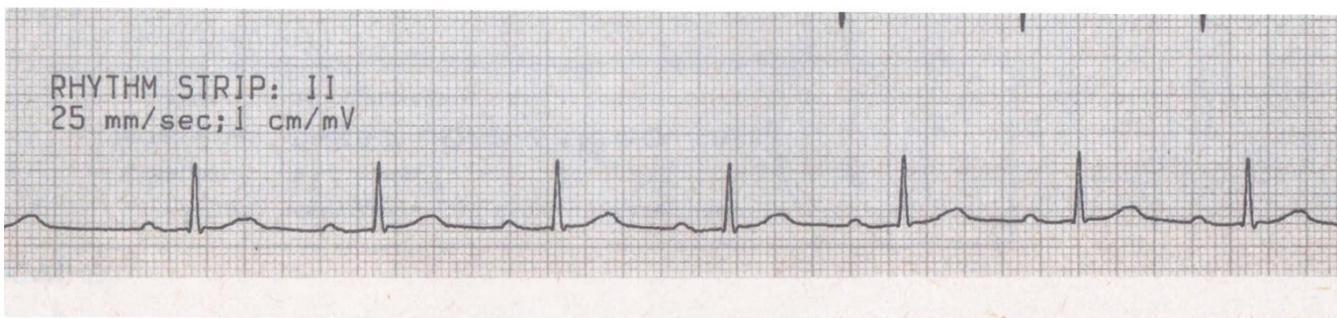
<variant>полная АВ блокада III степени

<variant>внутрипредсердная блокада II степени

<variant>AB-блокада I степени

<variant>AB-блокада II степени типа Мобитц I

<question>Больная 78 лет чувствует себя хорошо. Сделайте вывод об изменениях на ЭКГ у больной.



<variant>AB-блокада I степени

<variant>полная АВ блокада III степени

<variant>внутрипредсердная блокада II степени

<variant>AB-блокада II степени типа Мобитц I

<variant>AB-блокада II степени, 2:1

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

Кафедра «Врач общей практики-3»

**Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-
поликлиническая терапия», 6 курс интернатура**

044-79/22

Стр. 93 из 92