КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля-2

Название образовательной программы	«Общая врачебная практика»
Код дисциплины	OVP 7301-4
Дисциплина	«Гериатрия в практике ВОП»
Объем учебных часов кредитов	90 час/3 кред
Курс	7
Семестр	13,14

Шымкент 2024 уч.г.

Составитель: доцент Сартаева.К.А.

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор
Досыбаева Г.Н.
Протокол № 10 от «24» 05 2024 г.

<question> 61-летний мужчина обратился по поводу утомляемости, диареи и схваткообразных болей в животе в течение 3-х недель. Боль усиливается после еды. В течение прошлой недели было до 4 водянистых испражнений ежедневно. Также беспокоят боли в деснах и во рту в течение 6 дней. Принимает левотироксин, метопролол, варфарин. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 40 лет. Т тела 37, 9^{O}C, PS 81/мин, АД 120/75 мм рт ст. Отмечается легкая болезненность при пальпации в правом нижнем квадранте. ОАК: Hb 115 г/л, лейкоцитов – 11.8x109\л, тромбоцитов – 360. На колоноскопии – неказеозные гранулемы и нейтрофильное воспаление крипт.
Какой диагноз наиболее вероятен?
<variant> Болезнь Крона
<variant> Дивертикулит
<variant> Ишемический колит
<variant> Болезнь Бехчета
<variant> Болезнь Уипла
<question> Мужчина 64 года, годами беспокоят дискомфорт за грудиной, изжога. На ФГДС выявлены участки метаплазии эпителия (фото). С какой периодичностью больному необходимо проводить контрольное обследование для раннего выявления возможного осложнения?



<variant> 1 раз в три месяца
<variant> 1 раз в месяц
<variant> 1 раз в год
<variant> 1 раз в два года
<variant> 1 раз в три года
<question> Женщина 80 лет. Отмечает снижение массы тела за последние шесть месяцев на 7 кг, появления отвращения к мясу. В анамнезе - хронический гастрит. Объективно: бледность кожных покровов, пальпация живота безболезненная. В крови выявлена анемия 2 степени, СОЭ 48 мм рт.ст. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
<variant> ФЭГДС
<variant> Р-графия ОГК
<variant> Уреазный дыхательный тест
<variant> Трепанобиопсия костного мозга
<variant> CEA и CA 19-9
<question> Больной с диагнозом неспецифиеческий язвенный колит. Болен в течение 10 лет. Получает поддерживающую терапию месалазином. Придерживается диетических рекомендаций, принимает пробиотики, не курит. Относительная ремиссия последние 2 года. Какое плановое обследование необходимо провести пациенту с целью раннего выявления возможного осложнения данного заболевания у этого пациента?
<variant> Колоноскопия с прицельной биопсией
<variant> МРТ органов брюшной полости
<variant> Альфа-фетопротеин
<variant> Ирригоскопия

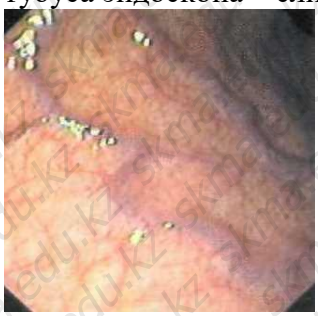
<variant> ФЭГДС
<question> 62-летний мужчина обратился по поводу потери веса 3.6 кг в течение 3-х месяцев, утомляемости. 6 лет назад был выставлен диагноз гепатит С. Его отец умер от рака толстой кишки. Курил 1 пачку сигарет в день в течение 35 лет и выпивал пиво. В прошлом – употреблял героин. Рост 175 см, вес 71 кг, ИМТ=22.9 кг/м2. Склеры желтые, двустороннее покраснение ладоней, несколько телеангиоэктазий на груди и спине. Печень плотная, узелковой консистенции. ОАК: Hb 116 г/л, лейкоцитов – 9,6х109\л, тромбоцитов – 223.
Какой результат ожидаем при дальнейшей оценке пациента?
<variant> Повышенный α-фетопротеин
<variant> Положительные культуры крови
<variant> Экзофитная опухоль при колоноскопии
<variant> Повышенный карциноэмбриональный антиген
<variant> Поражение легких на рентгенограмм
<question> Женщина 80 лет. Отмечает снижение массы тела за последние шесть месяцев на 7 кг, появление отвращения к мясу. В анамнезе – хронический гастрит. Объективно: бледность кожных покровов, пальпация живота безболезненна. В крови выявлена анемия 2 степени. СОЭ 48 мм/ч. Какое обследование необходимо провести в первую очередь для уточнения диагноза?
<variant> ФЭГДС
<variant> Р-графию ОГК
<variant> Уреазный дыхательный тест
<variant> Трепанобиопсию костного мозга
<variant> СЕА и СА 19-9
<question> Больная 74 лет жалуется на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрий, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Об-но: умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности в конечностях. В ОАК.: эр. 2,0 х 10^{12}/л, Нв 88 г/л, ЦП 1,3; лейк. 3,2 х 10^{9}/л, тромб. 150 х 10^{9}/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л).
Предположите диагноз:
<variant> B_{12}-дефицитная анемия
<variant> железодефицитная анемия
<variant> гипопластичесая анемия
<variant> гемолитическая анемия
<variant> вирусный гепатит
<question> Больная 74 лет жалуется на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Об-но: умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности в конечностях. В ОАК.: эр. 2,0 х 10^{12}/л, Нв 88 г/л, ЦП 1,3; лейк. 3,2 х 10^{9}/л, тромб. 150 х 10^{9}/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л.
Выберите все правильные суждения, в отношении изменений дополнительных исследований:
a) эндоскопически – атрофический гастрит
b) в миелограмме – мегалобластоидное кроветворение
c) в миелограмме – опустошение костного мозга
d) полисегментированные нейтрофилы в периферической крови
e) повышение трансаминаз в сыворотке крови
<variant> a,b,d
<variant> a,d,e
<variant> b,c
<variant> b,e,d
<variant> b,e

<question> Больная 74 г. жалуется на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Об-но:умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности в конечностях. В ОАК.: эр. 2,0 х 10^{12}/л, Нв88 г/л, ЦП 1,3; лейк. 3,2 х 10^{9}/л, тромб. 150 х 10^{9}/л, ретик. 0,2%, билирубин 42 ммоль/л.
Выберите препараты для лечения:
a) тардиферон
b) цианкобаламин
c) эритроцитарная масса
d) креон, панкрим
e) преднизолон
<variant> b, d
<variant> a, b
<variant> b, c
<variant> a, d
<variant> d, e
<question> Определите вероятный диагноз: 65-летний мужчина жалуется, что в течение последнего года периодически стал ощущать загрудинные боли, затруднение прохождения твердой пищи, которое исчезает после нескольких глотков воды, кроме того, стал замечать, что иногда в ротовой полости «появляются» остатки пищи, съеденной более суток назад. Масса тела стабильна. Родственники отмечают наличие у пациента неприятного запаха изо рта.
<variant> дивертикул пищевода
<variant> пилоростеноз
<variant> гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь
<variant> идиопатическая ахалазия пищевода
<variant> язвенная болезнь желудка и 12ПК
<question> Решите клиническую ситуацию: клиника этой болезни больше напоминает клинику стенокардии:
<variant> грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
<variant> болезни пищевода
<variant> язва кардий желудка
<variant> хронический колит
<variant> острый панкреатит
<question> Выберите правильное суждение. Больного 63 лет беспокоят внезапно возникшая боль в животе, частая рвота. По большому не ходил, газы не отходят. Об-но: состояние средней тяжести, беспокоен, не находит себе места. Температуры тела нет, пульс 112 в мин. Язык влажный, живот вздут, при пальпации мягкий, симптомов раздражения брюшины нет, перистальтические шумы слабые. Определяется высокий тимпанит. При исследовании через ректум – патологии нет.
<variant> острая кишечная непроходимость
<variant> острый аппендицит
<variant> пищевая токсикоинфекция
<variant> мочекаменная болезнь
<variant> желчекаменная болезнь
<question> Выберите правильную тактику. Больного 63 лет беспокоят внезапно возникшая боль в животе, частая рвота. По большому не ходил, газы не отходят. Об-но: состояние средней тяжести, беспокоен, не находит себе места. Температуры тела нет, пульс 112 в мин. Язык влажный, живот вздут, при пальпации мягкий, симптомов раздражения брюшины нет,

перистальтические шумы слабые. Определяется высокий тимпанит. При исследовании через ректум – патологии нет.
<variant> срочная консультация хирурга, госпитализация в хирургическое (абдоминальная хирургия) отделение, скорой помощью
<variant> срочная консультация хирурга, госпитализация в хирургическое (торакальная хирургия) отделение, скорой помощью
<variant> срочная консультация инфекциониста, госпитализация винфекционную больницу, скорой помощью
<variant> срочная консультация уролога, госпитализация вурологическое отделение, скорой помощью
<variant> консультация гастроэнтеролога, лечение амбулаторное
<question> Перечислите ведущие синдромы; направьте специалисту. Пенсионер 62 лет, явился в поликлинику с жалобами на резкую слабость, отсутствие аппетита, тошноту, отвращение к пище, потерю веса. За последний год потерял 15 кг. Об-но: кахектичен, бледен. Рост 172 см, вес 53 кг. Над левой ключицей пальпируется лимфоузел размерами 2 см. При пальпации болезненность в эпигастрий, умеренное напряжение мыщц. Нв 100г/л, эр. $3,6x10^{12}$/л, ЦП 0,84, лейк. $8,0x10^{9}$/л. СОЭ 42 мм/час.
<variant> желудочная диспепсия; болевой синдром – в эпигастрий; лимфаденопатия; анемия, потеря веса; онколог
<variant> гиперкинетическая дискинезия желчных путей; болевой синдром – в эпигастрий; болевой синдром – в правом подреберье; гастроэнтеролог
<variant> лимфоаденопатия, кахексия, болевой синдром – в эпигастрий; анемия; онколог
<variant> холестаз (механическая желтуха); болевой синдром – в эпигастрий; болевой синдром – в правом подреберье; хирург
<variant> миелопролиферативный; гепатоспленомегалия; анемия; болевой синдром – в правом подреберье, потеря веса; онкогематолог
<question> Определите предварительный диагноз, направьте специалисту. Пенсионер 62 лет, явился в поликлинику с жалобами на резкую слабость, отсутствие аппетита, тошноту, отвращение к пище, потерю веса. За последний год потерял 15 кг. Об-но: кахектичен, бледен. Рост 172 см, вес 53 кг. Над левой ключицей пальпируется лимфоузел размерами 2 см. При пальпации болезненность в эпигастрий, умеренное напряжение мыщц. Нв 100г/л, эр. $3,6x10^{12}$/л, ЦП 0,84, лейк. $8,0x10^{9}$</л. СОЭ 42 мм/час.
<variant> рак желудка, IV ст. (метастазы Вирхова). Осл.: железодефицитная анемия; онколог
<variant> хронический некалькулезный холецистит, фаза обострения. Осл.: железодефицитная анемия; терапевт
<variant> хронический калькулезный холецистит, фаза обострения. Осл.: железодефицитная анемия; хирург
<variant> хронический миелолейкоз. Осл.: железодефицитная анемия; онкогематолог
<variant> хронический анацидный гастрит. Осл.: железодефицитная анемия; гастроэнтеролог
<question> Мужчина 63 лет, жалуется на зуд кожи, желтуху, боли в эпигастрий, усиливающиеся в ночное время, иррадиирующие в спину, тошноту, отсутствие аппетита, раздражительность, температуру тела до 38^{0}С. Об-но: средней тяжести, желтушность кожи, слизистых. ЧСС 52 в мин., АД 105/60 мм рт. ст. Пальпаторно болезненность в эпигастрий, печень выступает на 3 см, мягкой консистенции, гладкая. Положительный симптом Курвуазье. ОАК: эр. $3,5x10^{12}$/л, гем. 80 г/л, ЦП 0,7, лейк. $10,5x10^{9}$/л, СОЭ 38 мм/час. ОАМ: темного цвета, реакция на билирубин положителен. Выберите ведущие синдромы:
<variant> холестаз (механическая желтуха), боль в эпигастрий, в правом подреберье, гепатомегалия, анемия, воспалительный; хирург-онколог

<variant> холестаз (механическая желтуха), боль правом подреберье, желчные колики, гепатомегалия; терапевт
<variant> желтуха, боль в правом подреберье, цитолиз, гепатомегалия, воспалительный; гепатолог
<variant> миелопролиферативный (синдром гиперплазии), гепатоспленомегалия, анемия; гематолог
<variant> боль в эпигастрий, синдром морфологических изменений слизистой желудка, гепатомегалия, анемия; гастроэнтеролог
<question> Мужчина 63 лет, жалуется на зуд кожи, желтуху, боли в эпигастрий, усиливающиеся в ночное время, иррадиирующие в спину, тошноту, отсутствие аппетита, раздражительность, температуру тела до 38^0С. Об-но: средней тяжести, желтушность кожи, слизистых. ЧСС 52 в мин., АД 105/60 мм рт. ст. Пальпаторно болезненность в эпигастрий, печень выступает на 3 см, мягкой консистенции, гладкая. Положительный симптом Курвуазье. ОАК: эр. $3,5x10^{12}$/л, гем. 80 г/л, ЦП 0,7, лейк. $10,5x10^9$/л, СОЭ 38 мм/час. ОАМ: темного цвета, реакция на билирубин положителен. Выберите ведущие синдромы:
<variant> рак головки поджелудочной железы
<variant> желчне-каменная болезнь
<variant> острый гепатит
<variant> острый миелолейкоз
<variant> острый гастрит
<question> Один из перечисленных жалоб наиболее характерен для рака толстого кишечника:
<variant> изменение диаметра стула (например лентаобразный кал)
<variant> чередование периодов запора и диареи
<variant> ночная боль в животе
<variant> острая боль в животе
<variant> ночная диарея
<question> Выберите правильное суждение. При хроническом панкреатите кал:
<variant> жирный, зловонный
<variant> дегтеобразный
<variant> кровянистый, без запаха
<variant> обесцвеченный, обычной формы
<variant> как рисовый отвар
<question> Выберите правильное суждение. При хроническом панкреатите развиается внешнесекреторная недостаточность, кал при этой вторичной диарее:
<variant> жирный, зловонный
<variant> дегтеобразный
<variant> кровянистый, без запаха
<variant> обесцвеченный, обычной формы
<variant> как рисовый отвар
<question> Найдите правильное суждение. Больная 66 лет, обратилась с жалобами на кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, потерю в весе, темные пятна в межлопаточной области и в области плеча. 7 лет назад появилась пигментация в межлопаточной области и в области плеча. В течение 3-4 лет беспокоит кожный зуд. Лечилась у дерматологов без особого успеха. В последнее время кожный зуд усилился и появилась желтуха. В анализах: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП, умеренное повышение трансаминаз.
<variant> первичный билиарный цирроз печени
<variant> хронический гепатит вирусной этиологии

<variant> болезнь Вильсона-Коновалова
<variant> желчнокаменная болезнь
<variant> антитрипсиновая недостаточность
<question> Выберите правильное суждение. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:
<variant> рвота пищей съеденной накануне
<variant> рвота желчъю
<variant> урчание живота
<variant> вздутие живота
<variant> диарея
<question> Выберите правильное суждение. Одно из заболеваний при естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки:
<variant> псевдомембранозный колит
<variant> болезнь Крона
<variant> неспецифический язвенный колит
<variant> ишемический колит
<variant> хроническая дизентерия
<question> Женщину 65 лет беспокоят схваткообразные боли внизу живота, иррадирующие в область крестца, вздутие живота, прекращение отхождения газов, отсутствие стула за последние 4 суток. Больная многие годы страдает от запор. Об-но: живот вздут, умеренная болезненность при пальпации. Перкуторно высокий тимпанит, выслушивается шум плеска. При пальцевом исследовании прямой кишки – ампула пустая, сфинктер расслаблен. При попытке ставит сифонную клизму, жидкость объемом 350 мл, вылилась обратно. Ваш предварительный диагноз:
<variant> обтурирующая опухоль сигмы, кишечная непроходимость
<variant> медикаментозная обстирпация
<variant> рефлекторная обстирпация
<variant> парез кишечника
<variant> инвагинация кишечника
<question> Больной Т., 65 лет. На ФГДС:
Слизистая желудка бледная, с сероватым оттенком. Складки истончены, уменьшены в размерах, местами полностью не прослеживаются. Хорошо видны подслизистые сосуды. В просвете желудка содержится большое количество мутного содержимого. При прикосновении тубуса эндоскопа – слизистая легко ранима.Ваше заключение:



<variant> диффузный (мультифокальный) атрофический гастрит
<variant> дуоденогастральный рефлюкс, хронический рефлюкс-гастрит
<variant> острый гастрит, острые эрозии желудка
<variant> стрессовая язва желудка
<variant> рак желудка

<question> Пациенту 70 лет. Слизистая желудка истончена, бледно-сероватого цвета, хорошо видны подслизистые сосуды, складки не прослеживаются. В фундальном отделе желудка имеется дефект слизистой, неправильной формы с нечеткими изъеденными контуром, размером 6х7 см, без воспалительного вала. Дно бугристое, покрытое грязно-серым налетом. Края ее ригидны. Выражена деформация стенки желудка, складки отсутствуют, перистальтика вялая.
Ваше заключение, тактика ведения больного:



<variant> рак желудка, консультация онколога
<variant> диффузный (мультифокальный) атрофический гастрит, заместительная терапия
<variant> дуоденогастральный рефлюкс, хронический рефлюкс-гастрит, лечение у врача ОВП
<variant> стрессовая язва желудка, лечение у гастроэнтеролога
<variant> полип желудка, в лечении не нуждается
<question> Предположите диагноз: больной 63 лет, длительно злоупотребляющий алкоголем, страдающий хроническим панкреатитом, обратился к участковому терапевту в связи с пожелтением кожи и склер, потемнением мочи и осветлением кала. На коже – следы расчесов, ксантомы, ксантелазмы. Размеры печени по Курлову 12х10х9 см, селезенки – 8х6 см. Общий билирубин 65 ммоль/лл, прямой – 43 ммоль/лл, АЛТ 0,76 ммоль/лл, АСТ 0,45 ммоль/лл. Какова наиболее вероятная причина желтухи:
<variant> холестаз вследствие перидуктального фиброза поджелудочной железы
<variant> хронический гепатит
<variant> желчнокаменная болезнь
<variant> внутрисосудистый гемолиз
<variant> гемолиз
<question> Примите решение: в городской онкологический диспансер обратилась больная 65 лет оперированная 2 месяца назад по поводу рака грудной железы. После выписки чувствовала себя удовлетворительно. Но в последнюю неделю появилась сильная слабость, тошнота, полностью исчез аппетит, стали беспокоить боли в крупных суставах, моча стала тёмной. При осмотре обнаружена желтушность кожи и склер. Расчёсов на коже нет. Печень пальпируется на 2 см ниже рёберной дуги, край её ровный,безболезненный. Какое исследование необходимо назначить больному для подтверждения диагноза?
<variant> antiHBcorIgM, antiHBcorIgG, HBsAg
<variant> anti HBcor Ig M, anti HAV Ig M
<variant> anti HAV Ig M, HBs Ag
<variant> anti HBcor Ig G, anti HCV Ig M
<variant> anti HEV Ig M
<question> Предположите диагноз: больная, 64 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту и чувство горечи во рту по утрам, умеренный зуд кожи. В анамнезе холецистэктомия по поводу калькулёзного холецистита. Боли в правом подреберье длятся от

нескольких часов до двух суток и повторяются по несколько раз в месяц. Последнее время у больной стали возникать приступы болей в правом подреберье. При осмотре - повышенного питания, иктеричность склер и кожных покровов, Т 37,5 С. Тоны сердца приглушены, пульс -82 в мин., ритмичный, АД – 135/80 мм рт. ст. Печень выступает изпод края реберной дуги на 4 см, болезненна при пальпации.
<variant> холангит
<variant> хронический гепатит
<variant> хронический рецидивирующий панкреатит
<variant> постхолецистэктомический синдром
<variant> рак головки поджелудочной железы
<question> Примите решение: больная, 64 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту и чувство горечи во рту по утрам, умеренный зуд кожи. В анамнезе холецистэктомия по поводу калькулёзного холецистита. Боли в правом подреберье длятся от нескольких часов до двух суток и повторяются по несколько раз в месяц. Последнее время у больной стали возникать приступы болей в правом подреберье. При осмотре - повышенного питания, иктеричность склер и кожных покровов, Т 37,5 С. Тоны сердца приглушены, пульс -82 в мин., ритмичный, АД – 135/80 мм рт. ст. Печень выступает изпод края реберной дуги на 4 см, болезненна при пальпации. Первоначальным в диагностическом процессе является:
<variant> ультразвуковое исследование печени и желчных протоков
<variant> чрезпеченочная холангиография
<variant> эндоскопическая гастродуоденоскопия
<variant> эндоскопическая ретроградная холатопанкреатография
<variant> исследование функциональных проб печени
<question> Выберите наиболее чувствительный тест синдрома гиперспленизм:
<variant> определение количества гранулоцитов и тромбоцитов в крови
<variant> определение билирубина в сыворотке крови
<variant> динамическая сцинтиграфия с радиофармпрепаратом
<variant> определение АСТ в сыворотке крови
<variant> определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
<question> Высокий уровень гаммаглутамилтранспептидазы является характерным для:
<variant> острого алкогольного гепатита
<variant> хронического гепатита В и С
<variant> гемохроматоза
<variant> сахарного диабета
<variant> хронического панкреатита
<question> Оцените клиническую ситуацию, выберите наиболее вероятное заболевание: в клинику поступил больной 67 лет с жалобами на боли в правом подреберье, в эпигастральной области, многократную рвоту. Больной 3 дня употреблял алкоголь. Общее состояние тяжелое, кода бледная сухая, температура тела 38,6 ^{0} С. Пульс 110 в мин. АД 80/40 м рт ст. Дыхание везикулярное, несколько ослабленное в нижних отделах с обеих сторон. Язык облажен, сухой. Живот вздут, мягкий, болезнен в эпигастрии. Положительные симптомы Кера, Керте, Воскресенского.
<variant> острый панкреатит
<variant> острый холецистит
<variant> острый гастрит
<variant> язвенная болезнь желудка и 12 п кишки
<variant> цирроз печени

<question> Предположите диагноз: у больной 68 лет отмечается желтуха, сильное похудание, боли в эпигастрии, тошнота и рвота. В анализе крови выявлена анемия тяжелой степени, ускорение СОЭ до 60 мм/час. Гипербилирубинемия за счет связанной фракции. Вариант предполагаемого заболевания.
<variant> рак головки поджелудочной железы
<variant> гепатоцеллюлярная карцинома
<variant> хронический гепатит с холестазом
<variant> псевдотуморозный панкреатит
<variant> дискинезия желчных протоков
<question> У больного 78 лет слабость, головокружение и примесь крови в кале, болен в течении 2 месяцев. Подозревается диагноз - опухоль восходящего отдела толстого кишечника. Какой метод может подтвердить этот диагноз:
<variant> ирригоскопия кишечника
<variant> физическое (пальпация, перкуссия и др.) обследование брюшной полости
<variant> пальцевое исследование прямой кишки
<variant> ректороманоскопия
<variant> фиброколоноскопия
<question> Больной 68 лет обратился по поводу резко выраженного гнилостного запаха изо рта. Этот симптом чаще встречается при заболевании –
<variant> дивертикул пищевода
<variant> эзофагит
<variant> рак пищевода
<variant> хронический гастрит
<variant> язвенная болезнь
<question> Больной 70 лет, жалуется на тошноту, кожный зуд, резкое снижение аппетита, боль в правом подреберье. Болен в течение 7 лет. Ухудшение самочувствия отмечает после употребления жирной пищи и алкоголя. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые иктеричные. Живот мягкий, болезнен при пальпации в правом подреберье, печень увеличена на 3 см, край заострен, поверхность бугристая, селезенка увеличена. Ваш предположительный диагноз:
<variant> Цирроз печени
<variant> Острый гепатит
<variant> Холецистит
<variant> Хронический гепатит
<variant> Панкреатит
<question> Обнаружение в легком неинтенсивного затемнения при отсутсвии кашля, жалобы на слюнотечение, снижение аппетита, боли в области пупка, наличие незначительного лейкоцитоза с гиперэозинофилей (до 25%), обнаружение яиц аскарид в кале с большей долей вероятности позволяет заподозрить:
<variant> Легочный эозинофильный инфильтрат
<variant> Туберкулез легких
<variant> Эхинококкоз
<variant> Саркоидоз
<variant> Рак легкого
<question> Наиболее частое место локализации ишемического колита:
<variant> селезеночный изгиб
<variant> слепая кишка
<variant> прямая кишка

<variant> сигмовидная кишка
<variant> печеночный изгиб
<question> К препаратам, способствующему возникновению ГЭРБ, не относится:
<variant> хлорпропамиды
<variant> дилтиазем
<variant> изосорбит динитрат
<variant> производные атропина
<variant> теофиллины
<question> Женщина 65 лет. Обратилась с жалобами на увеличение живота, недомогание слабость. УЗИ выявило свободную жидкость в брюшной полости в объеме более 1,5 л. Размеры печени и селезнки в пределах нормы, диаметр v.portae - 1,0 см. Онкомаркеры - ОММА (СА-125) резко повышен, альфа-фетопротеин - повышен в 3 раза. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?
<variant> рак яичников
<variant> гепатоцеллюлярная карцинома
<variant> рак поджелудочной железы
<variant> эндометриоидная киста
<variant> эндометриоз
<question> 75-летний мужчина жалуется на сильную, распирающую боль над симфизом, слабость, отсутствие мочеиспускания в течение суток. В анамнезе: состоит на диспансерном учете с артериальной гипертензией 1 стадии, сахарным диабетом 2 типа, доброкачественной гиперплазией простаты. Лечится регулярно. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 100ударов вмин, артериальное давление 160/90 мм рт.ст. Перкуторно мочевой пузырь определяется на 10 см над лобком.
Какое мероприятие является первоочередным в данном случае?
<variant> Выведение мочи катетером
<variant> Инъекция дротаверина
<variant> Назначение альфа-адреноблокаторов
<variant> Инъекция эналаприлата
<variant> Экстренная госпитализация
<question> Выберите правильное заключение. Поражение почек при АГ ведет к формированию:
<variant> первично-сморщенной почки
<variant> вторично-сморщенной почки
<variant> поликистоза
<variant> гидронефроза
<variant> амилоидоза
<question> Выберите лечение эффективно контролирующее АД: больной 67 лет жалуется на колющие боли в области сердца, головные боли, мышечные боли, слабость, иногда судороги, жажду, увеличение диуреза. В анамнезе повышение АД в течение 5 лет с максимальным подъемом до 230/130 мм рт. ст. Об-но: АД 190/100 мм рт. ст. ЧСС 70в мин. Уровень калия 2,2 ммоль//л. В пробе Зимницкого уд.вес мочи 1006-1015.
<variant> ингибиторы АПФ или сартаны
<variant> селективныеβ-адреноблокаторы
<variant> оперативное лечение, плановое
<variant> агонисты (I_1)имидазолиновых рецепторов
<variant> дигидропиридиновые антагонисты кальция
<question> Выберите препарат эффективно контролирующее АД: больной 67 лет жалуется на колющие боли в области сердца,головные боли, мышечные боли, слабость, иногда судороги,

жажду, увеличение диуреза. В анамнезе повышение АД в течение 5 лет с максимальным подъемом до 230/130 мм рт. ст. Об-но: АД 190/100 мм рт. ст. ЧСС 70в мин. Уровень калия 2,2 ммоль//л. В пробе Зимницкого уд.вес мочи 1006-1015.
<variant> телмисартан, ирбесартан
<variant> бисопролол, амлодипин
<variant> оперативное лечение, плановое
<variant> физиотенз, амлодипин
<variant> амлодипин, конкор
<question> Определите ведущие синдромы; предварительный диагноз. Женщину 65 лет внезапно стали беспокоить боли в поясничной области, в левой половине живота, озноб. Боли начались внезапно, в транспорте, ранее таких жалоб не было. Об-но: больной не находит себе места, возбужден. Во время осмотра у пациента появились тошнота и рвота, позывы к мочеиспусканию. Температура тела 37^0С. При пальпации живота резкая болезненность в правой половине, определяется умеренное напряжение мыщц. Роведение полного объективного обследования не было возможным.
<variant> почечная колика; мочекаменная болезнь
<variant> боль в правом мезогастрий; острая кишечная непроходимость
<variant> боль в правом мезогастрий, в правой подвздошной области; острый аппендицит
<variant> боль в правом мезогастрий, в правой подвздошной области; внематочнаы беременность
<variant> боль в поясничной части позвоночника; остеохондроз
<question> Мужчину 72 лет, в течение месяца беспокоят: макрогематурия, повышение температуры тела, особенно по вечерам, слабость, снижение массы тела. Лечение антибиотиками результата не дало. АД 150/90 мм рт. ст. В ОАМ: СОЭ 57 мм/час. Предположите диагноз:
<variant> рак почки
<variant> хронический гломерулонефрит
<variant> мочекаменная болезнь
<variant> обострение хронического пиелонефрита
<variant> туберкулез почек
<question> У пациента с лихорадкой неясного генеза, подозревается миеломная болезнь. Отметьте особенность анализа мочи при этой потологии.
<variant> протеинурия белками Бенс-Джонса
<variant> изолированная протеинурия
<variant> протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия
<variant> протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
<variant> бессимптомная бактериурия
<question> Оцените клиническую стиуацию и предположите развившееся осложнение: больная 69 лет, в течение 11 лет страдает мочекаменной болезнью, вторичным пиелонефритом,оперирован 4 года назад. Отмечает постоянное повышение АД до 160/100 мм рт.ст., в последний год до 190/100-200/110 мм рт.ст., появились отеки лица. Нв110г/л, эр. $3,0x10^{12}$/л, ЦП0,8, СОЭ20 мм/час, креатинин 200,0 мкмоль/л.
<variant> хроническая почечная недостаточность
<variant> острая почечная недостаточность
<variant> острый интерстициальный нефрит
<variant> хронический тубулоинтерстициальный нефрит
<variant> паранефрит, абсцесс околопочечной клетчатки

<question> Больной 70 лет, при поступлении в стационар предъявлял жалобы на слабость, недомогание, тупые боли в поясничной области справа, периодически частое болезненное мочеиспускание, выделение мутной мочи. Считает себя больным более 10 лет, когда впервые отметил появление болей в правой поясничной области, не лечился. Последний год стали беспокоить частые болезненные позывы на мочеиспускание, усилились боли в поясничной области справа. Объективно: АД 150/100 ммрт.ст, ЧСС 80 в минуту. Симптом поколачивания положительный справа. Область мочевого пузыря болезненна. При обследовании: ОАК эритроциты - 3,5х1012, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 7,2х109, СОЭ 35мм/ч. Биохимический анализ крови общий белок 68 г/л, мочевина 7,8 ммоль/л. ОАМ моча темно-желтая, кислая, сахара нет, белок 0,66 г/л, лейкоциты 10 в п/з, эритроциты до 30 в п/з. При посеве мочи роста микрофлоры не получили. На УЗИ почек расширение ЧЛС. На экскреторной урографии на фоне расширения ЧЛС видна колбовидная каверна. Ваш предположительный диагноз:
<variant> Туберкулез почек
<variant> Хронический пиелонефрит
<variant> Хронический гломерулонефрит
<variant> Мочекаменная болезнь
<variant> Опухоль почки
<question> 65-летняя женщина с ожирением жалуется на потерю в весе, несмотря на хороший аппетит, зуд половых органов, частое мочеиспускание по ночам
Какое из перечисленных почечных заболеваний может развиться у больной:
<variant> Внутрикапилярный гломерулосклероз
<variant> Острый гломерулонефрит
<variant> Обструктивная уропатия
<variant> Инфаркт почек
<variant> Поликистоз почек
<question> В пожилом и старческом возрастах часто встречаются
<variant> хронический пиелонефрит
<variant> мочекаменная болезнь
<variant> острый гломерулонефрит
<variant> болезнь Берже
<variant> папиллит
<question> Следующая протеинурия характерна для хронического гломерулонефрита в терминальной стадии (уремия)
<variant> 1-2 г в сутки
<variant> следовая
<variant> 10-20 г в сутки
<variant> 20 г в сутки
<variant> отсутствие белка в моче
<question> К причинам острой почечной недостаточности в пожилом и старческом возрасте НЕ относятся:
<variant> АГ, без кризов
<variant> водно - электролитные нарушения (рвота, диарея)
<variant> кардиогенный шок
<variant> острая дыхательная недостаточность
<variant> тромбоэмболическая болезнь
<question> В группу высокого риска развития поражения почек входят больные:
<variant> сахарным диабетом
<variant> остеоартрозом

<variant> хроническим персистирующим гепатитом
<variant> ишемической болезнью сердца
<variant> язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки
<question> Прием следующих лекарственных препаратов создает высокий риск поражения почек:
<variant> гентамицин
<variant> преднизолон
<variant> амоксициллин
<variant> нитронг
<variant> лизиноприл
<question> Наиболее нефротоксичными антибиотиками являются группы
<variant> аминогликозиды
<variant> пенициллины
<variant> макролиды
<variant> тетрациклины
<variant> левомицетин
<question> К характерным клинико-лабораторным симптомам нефротического синдрома НЕ относятся:
<variant> артериальная гипертензия
<variant> массивные отеки
<variant> массивная протеинурия
<variant> гипоальбуминемии
<variant> гиперхолестеринемии
<question> К характерным клинико-лабораторным симптомам нефротического синдрома НЕ относятся:
<variant> анорексии
<variant> массивные отеки
<variant> массивная протеинурия
<variant> гипоальбуминемии
<variant> гиперхолестеринемии
<question> Следующую группу лекарственных препаратов желательно назначить при гипертонической форме хронического гломерулонефрита больным пожилого и старческого возраста для контроля САГ.
<variant> ингибиторы АПФ или сартаны
<variant> диуретики
<variant> гангиоблокаторы
<variant> БАБ
<variant> антагонисты кальция
<question> При развитии ХБП у больных пожилого и старческого возрастас АГ, препаратом выбора для контроля АД являются:
<variant> сартаны
<variant> диуретики
<variant> гангиоблокаторы
<variant> БАБ
<variant> антагонисты кальция
<question> Пожилым больным артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом рекомендуется прием:
<variant> телмисартана

<variant> гидрохлотиазида
<variant> бисопролола
<variant> метопролола
<variant> амлодипина
<question> 75-летний мужчина жалуется на сильную, распирающую боль над симфизом, слабость, отсутствие мочеиспускания в течение суток. В анамнезе: состоит на диспансерном учете с артериальной гипертензией 1 стадии, сахарным диабетом 2 типа, доброкачественной гиперплазией простаты. Лечится регулярно. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 100ударов в мин, артериальное давление 160/90 мм рт.ст. Перкуторно мочевой пузырь определяется на 10 см над лобком.
Какое мероприятие является первоочередным в данном случае?
<variant> Выведение мочи катетером
<variant> Инъекция дротаверина
<variant> Назначение альфа-адреноблокаторов
<variant> Инъекция эналаприлата
<variant> Экстренная госпитализация
<question> Мужчина 69 лет, состоит с АГ на учете, АД контролирует бисопрололом 10 мг в сутки, самые высокие цифры были в пределах 180/105 мм рт. ст.. В ОАМ выявлена постоянная протеинурия (0,066-0,132); креатинин крови в норме. СКФ 115 мл/мин. Внесите изменение в прежний диагноз пациента: АГ 3 ст. Группа риска 3 (возраст, пол, ГЛЖ, МАУ).
<variant> АГ 3 ст. Группа риска 3 (возраст, пол, ГЛЖ, нефропатия гипертензивная). ХБП I ст (СКФ 115 мл/мин)
<variant> АГ 2 ст. Группа риска 3 (возраст, пол, ГЛЖ, нефропатия гипертензивная). ХБП I ст (СКФ 115 мл/мин)
<variant> АГ 1 ст. Группа риска 3 (возраст, пол, ГЛЖ, нефропатия гипертензивная). ХБП I ст (СКФ 115 мл/мин)
<variant> АГ 3 ст. Группа риска 1 (возраст, пол, ГЛЖ, нефропатия гипертензивная). ХБП I ст (СКФ 115 мл/мин)
<variant> АГ 3 ст. Группа риска 4 (возраст, пол, ГЛЖ, нефропатия гипертензивная). ХБП I ст (СКФ 115 мл/мин)
<question> Мужчина 69 лет, состоит с АГ на учете, АД контролирует бисопрололом 10 мг в сутки, самые высокие цифры были в пределах 180/105 мм рт. ст. В ОАМ выявлена постоянная протеинурия (0,066-0,132); креатинин крови в норме. СКФ 115 мл/мин. Прежний диагноз изменен: АГ 3 ст. Группа риска 3 (возраст, пол, ГЛЖ, нефропатия гипертензивная). ХБП I ст (СКФ 115 мл/мин). Откорректируйте АГП.
<variant> бисопролол отменить, заменить на ирбесартан
<variant> бисопролол отменить, заменить на кандесартан
<variant> бисорололу добавить амлодипин
<variant> рекомендовать рамиприл и телмисартан
<variant> биспролол заменить на метилдопу
<question> Мужчина 77 лет, в анамнезе ИБС. Стабильная стенокардия. Сахарный диабет 2 типа. Какой целевой уровень артериального давления наиболее приемлем для данного пациента
<variant> Ниже 130/80 мм рт ст.
<variant> Ниже 130/85 мм рт ст.
<variant> Ниже 135/85 мм рт ст.
<variant> Ниже 140/85 мм рт ст.
<variant> Ниже 140/90 мм рт ст.

<question> Мужчина 64 лет, АД поднимается до 150-160/90-95 мм рт.ст. в течение 5 лет. Сахарный диабет 2 типа, принимает диабетон. Объективно: левая граница по левой средне-ключичной линий. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС- 80 в мин. АД- 160/94 мм.рт.ст. Холестерин сыворотки -6,0 ммоль /л, креатинин сыворотки - 75 мкм/л. Сахар крови-5,4 ммоль/л. МАУ-100 мг в сутки. Выберите антигипертензивный препарат.
<variant> телмисартан
<variant> эналаприл
<variant> бисопролол
<variant> гидрохлортиазид
<variant> ирбесартан
<question> 70-летний мужчина обратился в связи с болями и судорогами, покалываниями в нижних конечностях в течение последних 6 месяцев. Симптомы усиливаются при ходьбе более 500 м, проходят в покое. В анамнезе сахарный диабет 2 типа. Курит в течение 50 лет по 1 пачке сигарет в день. Не пьет алкоголь. Принимает метформин и аспирин. Снижение температуры тела в области голеней. Что является наиболее целесообразным в ведении этого пациента?
<variant> Назначение антиагрегантов
<variant> Ношение компрессионных чулков
<variant> Эндарэктомия
<variant> Операция шунтирования
<variant> Эндовенозная термическая абляция
<question> При скрининге у мужчины 63 лет были выявлены жалобы на жажду, сухость во рту. При осмотре: Рост 176 см. Вес 84 кг. ИМТ 27,1. В крови: глюкоза натощак 6,7 ммоль/л. Какое обследование должно быть проведено на следующем этапе?
<variant> определение гликемического профиля
<variant> определение лейкоформулы в крови
<variant> определение глюкозы в моче
<variant> определение С пептида натощак
<variant> липидный профиль
<question> Женщина 72 лет, в анамнезе инфаркт миокарда, сахарный диабет. В анализах: холестерин 5,97 мммоль/л, ЛПНП 4,53 ммоль/л, ЛПВП 0,98 ммоль/л, триглицериды 2,24 ммоль/л., коэффициент атерогенности 5,09. Рассчитанный 10 летний показатель SCORE≥10%. Врач назначил аторвастатин. До какого целевого уровня необходимо снижение уровня ЛПНП (УД-1В) согласно протоколу МЗ РК?
<variant> < 1,8 ммоль/л
<variant> < 1,9 ммоль/л
<variant> < 2,0 ммоль/л
<variant> < 2,5 ммоль/л
<variant> < 2,8 ммоль/л
<question> Женщина 65 лет, обратилась с жалобами на сухость во рту, постоянную жажду и общую слабость. Им анамнеза 2 года она оперирована по поводу острого панкреатита. При осмотре живот мягкий, безболезненный. На УЗИ брюшной полости размеры поджелудочной железы в пределах нормы, без патологических образований. Лабораторное исследование, позволяющее уточнить развития отдаленного осложнения острого панкреатита?
<variant> анализ крови на глюкозу
<variant> анализ мочи на диастазу
<variant> анализ крови на диастазу
<variant> анализ кала на скрытую кровь

<variant> анализ крови на свертываемость
<question> Мужчина 62 лет, в анамнезе инсульт, сахарный диабет, 10 летний риск по шкале SCORE≥10%. Принимает антигипертензивную терапию. Участвует в программе управления заболеваниями. Какая периодичность осмотров врачом ПМСП рекомендована этому пациенту согласно «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления к организациям первичной медико-санитарной помощи» (приказ №281 от 28 апреля 2015 г.)
<variant> 1 раз в 3 месяца
<variant> 1 раз в 1 месяц
<variant> 1 раз в 2 месяца
<variant> 1 раз в 6 месяцев
<variant> 1 раз в 12 месяцев
<question> Женщина 65 лет, обратилась с жалобами на сухость во рту, постоянную жажду и общую слабость. Из анамнеза 2 года назад оперирована по поводу острого панкреатита. При осмотре живот мягкий, безболезненный. На УЗИ брюшной полости размеры поджелудочной железы в пределах нормы, без патологических образований. Выберите лабораторное исследование, позволяющее уточнить развития отдаленного осложнения острого панкреатита.
<variant> анализ крови на глюкозу
<variant> анализ мочи на диастазу
<variant> анализ крови на диастазу
<variant> анализ кала на скрытую кровь
<variant> анализ крови на свертываемость
<question> Выберите ведущий синдром и предварительный диагноз: женщина 52 лет жалуется на боли в области сердца постоянно ноющего характера, нитраты не помогают. Больной себя считает в течение 5-6 лет, за этот период менструальный цикл был нарушен, беспокоили потливость, приливы, последние 8 месяцев менструации нет. Об-но: эмоционально не устойчива, красный дермографизм. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 в мин. АД 135/80 мм рт. ст. ЭКГ: синусовый ритм, ЭОС нормальная, зубец Т V_{1-4} отрицательный, $V_{5,6}$ уплощен. В динамике эти изменения сохранялись 4 мес.
<variant> некоронарогенная кардиалгия, климактерическая дисгормональная КМП (миокардиодистрофия)
<variant> некоронарогенная кардиалгия, неревматический миокардит
<variant> коронарогенная кардиалгия (ангинозный статус), острый инфаркт миокарда
<variant> коронарогенная кардиалгия (ангинальный синдром), стабильная стенокардия напряжения
<variant> некоронарогенная кардиалгия, ГКМП
<question> Мужчина 70 лет жалуется на повышение температуры тела до 38^0С, боли в грудной клетке справа. В анамнезе язвенная болезнь желудка, сахарный диабет, ИБС. На рентгенограмме ОГК: в нижней доле правого легкого очаговая тень. Выберите этиологическое лечение:
<variant> респираторные фторхинолоны
<variant> макролиды
<variant> иммуномодуляторы
<variant> «защищенные» аминопенициллины
<variant> β-лактамные антибиотики
<question> Больная 68 лет отмечает увеличение веса, уменьшение потоотделения, пастозность лица.Живет в эндамической зоне. Об-но: рост158 см, вес 89 кг. Стрий нет, выраженный

гиперкератоз. Лицо пастозное, с заплывшими глазными щелями. ЧСС56 в мин. АД150/90 мм рт. ст. Глюкоза крови 3,3 ммоль/л. Предположите диагноз, выберите оптимальную терапию:
<variant> гипотиреоз, терапия тиреоидными препаратами
<variant> гиповитаминоз, витаминотерапия
<variant> почечные отеки, назначение мочегонных средств
<variant> почечные отеки, противовоспалительная терапия
<variant> ожирение, назначение субкалорийной диеты
<question> Женщина 64 лет, по поводу сахарного диабета 2 типа получает 500 мг сиофора в сутки, полная, соблюдает диету на 1200 ккал/день. Беспокоят боли в правом подреберье. Гликемия натощак 9,0-9,5 ммоль/лл, через 2 часа после еды 12,0-14,0 ммоль/лл. АД 140/80 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3-4 см. Определите тактику врача.
<variant> сиофор отменить, назначить пролонгированный инсулин перед сном
<variant> оставить прежнюю дозу сиофора
<variant> увеличить дозу сиофора до 1000 мг в сутки
<variant> добавить к сиофору какой-нибудь сульфаниламид
<variant> увеличить дозу сиофора до 1000 мг в сутки и добавить пролонгированный инсулин
<question> В поликлинику доставлена женщина 70 лет, страдающая сахарным диабетом 2 типа. В течение 2 дней рвота, жажда. Истощена, выраженная сухость кожи и слизистых. Заторможена, речь затруднена, подергивание отдельных мышц. Печень не увеличена. Живот "спокоен". Гликемия 35 ммоль/лл, ацетона в моче нет. ЭКГ: синусовая тахикардия, коронарных нарушений нет. Такое начало характерно для комы –
<variant> гиперосмолярной
<variant> кетоацидотической
<variant> молочнокислой
<variant> гипогликемической
<variant> гипотиреоидной
<question> Мужчина 65 лет с сахарным диабетом 2 типа, ИБС, АГ. Получает метформин 1000 ЕД 2 раза в сутки и глимепирид 2 мг 1 раз в сутки. В последние месяцы появились отеки на нижних конечностях. Поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боли в мышцах, одышку. Для установления причины ухудшения состояния важно определение анализа :
<variant> крови на лактат
<variant> мочи наглюкозу
<variant> мочи на кетоновые тела
<variant> крови на кетоновые тела
<variant> крови на гематокрит
<question> Больной 68 лет, со слов родственников в течении 8 лет страдает сахарным диабетом, принимает сахароснижающие препараты. В течение последних 7 дней у больного отмечались полиурия, полидипсия, слабость, сонливость. На момент осмотра сознание отсутствует, арефлексия поверхностная, учащённое дыхание (без запаха ацетона). Кожа сухая, тонус глазных яблок снижен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Пульс 100 в мин., АД 90/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. ОАК: гипергликемия 55 ммоль/л, осмолярность плазмы 380 мосм/л, гипернатриемия. ОАМ: глюкозурия, ацетон отсутствует. Ваш диагноз:
<variant> гиперосмолярная кома
<variant> гиперкетонемическая кома
<variant> церебральная кома
<variant> гиперлактацидемическая кома
<variant> гипогликемическая кома

<question> У больного 68 лет, выявлена гипергликемия. При осмотре: черты лица укрупнены за счет увеличения носа, ушей, нижней челюсти, увеличены кисти и стопы. На рентгенограммах черепа утолщение костей свода, затылочных бугров, увеличение турецкого седла. Гиперпродукция соматотропного гормона. Выберите предварительный диагноз:
<variant> акромегалия
<variant> сахарный диабет
<variant> болезнь Иценко-Кушинга
<variant> глюкагонома
<variant> кортикостерома
<question> У женщины 65 лет с избыточной массой тела дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 6,9 и 7,2 ммоль/лл. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?
<variant> сахарный диабет 2 типа
<variant> ожирение
<variant> сахарный диабет 1 типа
<variant> нарушение гликемии натощак
<variant> нарушение толерантности к глюкозе
<question> Врач общей практики, у женщины 69 лет, с ростом 160 см и массой 84 кг, обнаружила повышенное содержание глюкозы в крови натощак до 6,9 ммоль/л. Диагностическая тактика в данном случае:
<variant> проведение глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы
<variant> повторное определение гликемии натощак
<variant> определение гликемии после еды
<variant> определение гликемии вечером
<variant> гипокалорийная диета и инсулинотерапия
<question> Мужчина 65 лет с нормальной массой тела лечится у врача общей практики по поводу сахарного диабета 2 типа. Лечение диетой оказалось неэффективным, гликемия в течение суток от 10 до 15 ммоль/л. Сахара в моче нет. Какой из нижеперечисленных препаратов является наиболее рациональным
<variant> препараты сульфонилмочевины и инсулин
<variant> интенсифицированная инсулинотерапия
<variant> препараты сульфанилмочевины и бигуаниды
<variant> инсулин семиленте в дозе 10 ед.
<variant> добавить к лечению бигуаниды
<question> К критериям компенсации сахарного диабета 2 типа относится:
<variant> гликемия натощак меньше 7,0 ммоль/л
<variant> гликированный гемоглобин (HbA_1c) меньше 8,0 %
<variant> гликированный гемоглобин (HbA_1c) меньше 9,5 %
<variant> глюкоза мочи больше 0,5 %
<variant> холестерин меньше 6,0 ммоль/л
<question> Больной 65 лет, рост 160 см, масса тела 105 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы в крови натощак 6,2 ммоль/л. Выберите тактику ведения данного пациента:
<variant> необходимо проведение перорального глюкозотолерантного теста
<variant> у больного - сахарный диабет, необходимо соблюдение диеты и контроль уровня глюкозы в крови в динамике
<variant> пациент здоров, нет необходимости в дальнейших исследованиях и лечении
<variant> у пациента гипогликемия, необходимо тщательно собрать анамнез
<variant> необходимо определить уровень глюкозы в моче

<question> У женщины 64 лет сахарный диабет 2 типа в течение 10 лет. Последние два года подъемы артериального давления до 150/90 мм рт. ст. При обследовании: ОАМ без патологии. Тест на МАУ дважды положителен. Выберите антигипертензивный препарат:
<variant> телмисартан
<variant> пропроналол
<variant> гипотиазид
<variant> индапамид
<variant> лабетолол
<question> У 69 летнего мужчины сахарный диабет последние 20 лет. Имеет макро-, микро ангиопатические осложнения, а также нейропатии. Выберите симптом нехарактерный для болевой формы диабетической нейропатии:
<variant> чувство жара
<variant> онемение
<variant> спонтанная боль
<variant> нарушение чувствительности
<variant> парестезии
<question> У пациента 64 лет сахарный диабет 2 типа, осложненный нейропатической язвой в фазе экссудации. Для местного лечения нейропатической язвы в фазе экссудации показано –
<variant> раствор хлоргексидина биглюконат
<variant> раствор бриллиантовой зелени
<variant> раствор перекиси водорода
<variant> ихтиоловая мазь
<variant> линимент Вишневского
<question> У мужчины 64 лет, имеющего избыточную массу тела, дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 8,9 и 10,9 ммоль/л. Эндокринологом поликлиники диагностирован впервые выявленный сахарный диабет 2 типа. Целью патогенетической терапии данного вида диабета является:
<variant> повышение чувствительности периферических тканей к инсулину
<variant> потенцирование действия экзогенного инсулина
<variant> снижение чувствительности инсулиновых рецепторов
<variant> стимулирование функции бета-клеток островков Лангерганса
<variant> уменьшение всасывания глюкозы в кишечнике
<question> Больной 80 лет. При поступлении в стационар предъявлял жалобы на слабость, потливость, одышку при ходьбе. Считает себя больным в течение 2 месяцев, за этот период периодически была высокая температура, слабость, принимал антибиотики и сульфамидные препараты (бисептол). Объективно: состояние тяжелое, одышка, выраженная бледность кожных покровов. Периферические лимфоузлы увеличены. В легких дыхании ослабленное. Тоны сердца приглушены, тахикардия, пульс 112 в минуту. Печень у края реберной дуги, безболезненна. При обследовании в ОАК: эритроциты 3,1х1012, гемоглобин 90 г/л, ЦП 0,9, лейкоциты 22,1х109, п-0,5%, с-15%, лимф. 80%, СОЭ 18мм/ч. Ваш диагноз:
<variant> Хронический лимфолейкоз
<variant> Острый лейкоз
<variant> Хронический миелолейкоз
<variant> Геморрагический васкулит
<variant> Амилоидоз селезенки
<question> Больной 68 лет. В течение многих лет наблюдался у дерматологов по поводу упорного кожного зуда. Последние время стал отмечать повышение АД до 200/100 мм рт.ст, появление красно - синюшной окраски кожных покров, болей в костях. Курит с 16 лет, по утрам

кашель с небольшим количеством мокроты. Объективно: в легких дыхание жесткое с единичными хрипами. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на легочной артерии. Край печени на 2 см ниже реберной дуги, безболезненна, селезенка на 9 см ниже реберной дуги. При обследовании в ОАК: эритроциты 9,5х10, гемоглобин 200 г/л, лейкоциты 12,8х109, э-6%, п-7%, с-45%, л-14%, м-10%, тромбоциты 364,4х109, СОЭ 1 мм/ч, гематокрит 75%. Ваш диагноз:
<variant> Эритремия (б-знь Вакеза)
<variant> Хронический миелолейкоз
<variant> Симптоматическая артериальная гипертензия на фоне ХОБЛ
<variant> Артериальная гипертензия
<variant> Цирроз печени
<question> Больной 72 лет, при поступлении в стационар предъявлял жалобы на слабость, потливость, субфебрильную температуру тела. В последние годы беспокоили частые простудные заболевания, год назад перенес тяжелый вирусный грипп, осложненный пневмонией, за последние 6 месяцев похудел, появилось чувство тяжести в животе, нарастала слабость. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Пальпаторно определяются шейные лимфоузлы, размером с горошину, безболезненные, подвижные. Со стороны органов дыхания и ССС патологии не обнаружено. Печень выступает на 1,5 см ниже реберной дуги, чувствительна при пальпации, селезенка выступает из-под левого подреберья на 10 см, плотная, безболезненная. При обследовании в ОАК: эритроциты 2,3х10, гемоглобин 74 г/л, ретикулоциты 18%, лейкоциты 15х109, э-1%, л-80%, м -1%, тромбоциты 100х109 , СОЭ 48мм/ч. Билирубин повышен за счет непрямой фракции. Ваш предположительный диагноз:
<variant> Хронический лимфолейкоз
<variant> Лимфогранулематоз
<variant> Туберкулез легких
<variant> Хронический миелолейкоз
<variant> Лимфосаркома
<question> 65-летняя женщина с ожирением жалуется на потерю в весе, несмотря на хороший аппетит, зуд половых органов, частое мочеиспускание по ночам
Предполагаемый диагноз:
<variant> Сахарный диабет
<variant> Несахарный диабет
<variant> Вагинит и цистит
<variant> Микседема
<variant> Феохромоцитома
<question> 65-летняя женщина с ожирением жалуется на потерю в весе, несмотря на хороший аппетит, зуд половых органов, частое мочеиспускание по ночам
Диагноз можно подтвердить всеми перечисленными способами кроме:"
<variant> Тест на толерантность к инсулину
<variant> Определение сахара и ацетона мочи
<variant> Лабильность сахара крови
<variant> Тест на толерантность к глюкозе
<variant> Определение сахара через 2 часа после обеда
<question> Больная 74 года одинокая, обратилась с одышкой и слабостью. Объективно: кожа бледная, с желтушным оттенком, одутловатость лица, пастозность ног. Признаки периферической нейропатии (ишиалгии, парастезии). Язык чистый, ярко красного цвета.

Тахикардия до 110 в мин. Тоны сердца ясные, мягкий систолический шум над всей области сердца. Наиболее вероятный диагноз:
<variant> Витамин В12 - дефицитная анемия
<variant> ЖДА
<variant> ИБС, сердечная недостаточность
<variant> Приобретенный порок сердца, декомпенсация
<variant> Гипотиреоз
<question> Мужчина 69 года, обратился с жалобами на "беспричинную" потерю веса при сохраненном аппетита и повышение температуры периодически до 38-38,50, утомляемость при физической нагрузке. Раннее ничем не болел. Из объективных данных обращает на себя внимание моложавость внешнего вида, тахикардия, зарегистрирован пароксизм мерцательной аритмии. Первоочередное параклиническое исследование:
<variant> УЗИ щитовидной железы
<variant> Повторное ЭКГ
<variant> ЭхоКГ
<variant> Посев крови на стерильность
<variant> Рентгенография органов грудной клетки
<question> Пожилая женщина, страдающая сахарным диабетом 2 типа (инсулинопотребный этап) находится в реанимационном отделении с диагнозом кетоацидотическая кома. Объективно: сознание отсутствует, реакция зрачков на свет сохранена, гиперрефлексия. Кожа сухая, тургор снижен. ЧД 26 в мин. Запах ацетона. Гликемия 22 ммоль/л, pH - 7,1, калий 3,3 ммоль/л. Какой из перечисленных вариантов лечения наиболее оптимален:
<variant> 0,9% раствор NaCl – 1000мл в течение первого часа, актропид 6-10 ЕД/час в/в капельно, КСl – 2г/ч, 10% вдыхание кислорода
<variant> 5% раствор глюкозы – 300мл /час в/в, актропид НМ 4 ед/ч в/м или в/в,
калий хлор 2 г/час; вдыхание кислорода
<variant> 5% раствор глюкозы – 200мл /час в/в, актропид 4 ед/ч подкожно каждые 2часа, калий хлор 3 г/час, дексаметазон 100мг в/в струйно, маннитол 15% -200мл в/в капельно; вдыхание кислорода
<variant> 40 % раствор глюкозы струйно до восстановления сознания, глюкогон 1 мг/ в/м, калий хлор 2 г/час, 10 % раствор глюкозы – 300 мл /час в/в капельно"
<variant> 0,9% раствор NaCl – 300мл в течение первого часа, актропид НМ 6 ЕД/час + раствор NHCO3 140 мл + КСl - 1,5г в/в
<question> Больному, перенесшему недавно грипп и госпитализированному в стационар по поводу развившейся кетоацидотической комы, проведен комплекс неотложных противокетоацидотических мероприятий. Однако, несмотря на явное улучшение лабораторных показателей (гликемия 7.8ммоль\л, при поступлении 26.6ммоль\л, pH 7,.52, при поступлении - 2.7 мэкв\л), больной находится в состояний глубокой комы. Какова наиболее вероятная причина бессознательного состояния:
<variant> Отек мозга
<variant> Гипогликемическое состояние
<variant> Кетоацидоз
<variant> Сопутствующая нейроинфекция
<variant> Лактоацидоз
<question> Больная 69 лет, тиреоидэктомия 10 лет назад. Получает эутирокс 50 мкг/сут.Но состояние ухудшается. Беспокоят боли в области сердца, возникающие при ходьбе, одышка. Прибавила в весе. Отмечает усиление выпадения волос на голове, сухость кожи, отеки ног к концу дня. Объективно: рост 171 см, масса тела 98 кг. Кожа сухая, холодная. Пастозность

лица, кожа восковидного оттенка, отмечается ксантоматоз, губы цианотичны. Отечность кистей, голеней, стоп. Отеки плотные. Волосы сухие, ломкие. Желтушность ладоней. Пульс 56 в минуту, ритмичный. Тоны сердца резко ослаблены. Дыхание везикулярное, ослабленное. Нижний край печени выступает на 3 см из-под реберного края, чувствительный. АД 150/70 ммрт.ст. Холестерин крови 8,3 ммоль/л (норма 3,9-5,2), FT4-9,0 нмоль\мл (10,5-22), ТТГ-8.0мЕ\мл (0,2-2,9). ЭКГ снижение вольтажа всех зубцов. Поставьте предварительный диагноз:
<variant> Гипотиреоз
<variant> Аутоиммунный тиреоидит
<variant> Синдром Шиена
<variant> Гипертиреоз
<variant> Синдром Шмидта
<question> Больная 69 лет, тиреоидэктомия 10 лет назад. Получает эутирокс 50 мкг/сут.Но состояние ухудшается. Беспокоят боли в области сердца, возникающие при ходьбе, одышка. Прибавила в весе. Отмечает усиление выпадения волос на голове, сухость кожи, отеки ног к концу дня. Объективно: рост 171 см, масса тела 98 кг. Кожа сухая, холодная. Пастозность лица, кожа восковидного оттенка, отмечается ксантоматоз, губы цианотичны. Отечность кистей, голеней, стоп. Отеки плотные. Волосы сухие, ломкие. Желтушность ладоней. Пульс 56 в минуту, ритмичный. Тоны сердца резко ослаблены. Дыхание везикулярное, ослабленное. Нижний край печени выступает на 3 см из-под реберного края, чувствительный. АД 150/70 ммрт.ст. Холестерин крови 8,3 ммоль/л (норма 3,9-5,2), FT4-9,0 нмоль\мл (10,5-22), ТТГ-8.0мЕ\мл (0,2-2,9). ЭКГ снижение вольтажа всех зубцов. Ваше лечение:
<variant> эутирокс довести до 100-150 мкг/сут, увеличивая каждый месяц на 6,25 и/или 12,5 мкг
<variant> дозу эутирокса увеличить до 100 мкг/сут, без титрования
<variant> дозу эутирокса увеличить до 150 мкг/сут, без титрования
<variant> эутирокс довести до 100-150 мкг/сут, увеличивая каждую неделю на 6,25 и/или 12,5 мкг
<variant> назначить препараты йода по 400 мкг/сут
<question> Основными причинами сахарного диабета в пожилом возрасте являются:
<variant> наследственная неполноценность панкреатических островков
<variant> вирусное поражение панкреатических островков
<variant> гормонально - активные опухоли гипофиза
<variant> воспалительные заболевания головного мозга
<variant> заболевания поджелудочной железы
<question> Для выведения из гипогликемической комы необходимы мероприятия:
<variant> внутривенное струйное введение 40% глюкозы
<variant> внутривенное капельное введение 10% глюкозы
<variant> внутривенное струйное введение изотонического раствора
<variant> внутривенное капельное введение 5% глюкозы
<variant> внутривенное капельное введение 40% глюкозы и 6-8 ЕД инсулина
<question> Укажите показатель, который наиболее эффективен при оценке компенсации сахарного диабета.
<variant> показатель гликозилированного гемоглобина
<variant> уровень гликемии в течение суток
<variant> показатели гликозурии в течение суток
<variant> уровень гликемии натощак
<variant> уровень постпрандиальной гликемии

<question> Выберите правильное суждение. Этот метод является обязательным при терапии всех клинических форм сахарного диабета –
<variant> диетотерапия
<variant> лечение растительными гипогликозидами
<variant> лечение физиотерапевтическими средствами
<variant> лечение сахаропонижающими таблетированными препаратами
<variant> инсулинотерапия
<question> При поражении почек у больных сахарным диабетом применяют следующий сахоропонижающий пероральный препарат:
<variant> глюренорм
<variant> бетаназ
<variant> мииндиаб
<variant> глинил
<variant> манинил
<question> Развитию кетоацидоза в кетоацидотическую кому неспособствует:
<variant> уменьшение калоража диеты
<variant> неоправданное снижение дозы инсулина
<variant> физических и психических травм
<variant> употребление алкоголя
<variant> острых интеркурентных заболеваний
<question> Один из перечисленных факторов способствует развитию вторичного гипотиреоза:
<variant> тиреостатическая терапия
<variant> воспалительные заболевания щитовидной железы
<variant> гипопитуитаризм
<variant> лечение эутироксом
<variant> диффузно-токсический зоб
<question> Одно из перечисленных клинических проявлений не характерно для диффузного токсического зоба у лиц пожилого возраста.
<variant> частое наличие офтальмопатии
<variant> преобладание малосимптомных форм ппоражения органов кровообращения
<variant> преобладания узловых форм зоба
<variant> наличие претибиальной микседемы
<variant> паркинсонический тремор пальцев вытянутых рук
<question> К лечению гипотиреоидной комы не относится:
<variant> лечение сопутствующих инфекционных заболеваний
<variant> введение адекватной дозы тиреоидных гормонов
<variant> применения глюкокортикостероидов
<variant> борьба с гиповентиляцией
<variant> регидратация
<question> Развитие мегалобластного кроветворенияу пожилых может быть связано с :
<variant> дефицитом витамина В12
<variant> дефицитом железа
<variant> хроническим лимфолейкозом
<variant> ионизирующей радиацией
<variant> апластической анемией
<question> Данное параклиническое исследование НЕ является необходимым для установления диагноза и идентификации формы острого лейкоза.
<variant> трепанобиопсия

<variant> полный клинический анализ
<variant> стернальная пункция
<variant> цитохимическое исследование
<variant> цитогенетическое исследование
<question> Данная форма острых лейкозов лечится с наибольшим успехом.
<variant> острый лимфобластный лейкоз детей
<variant> острый нелимфобластный лейкоз взрослых
<variant> острый лимфобластный лейкозы у взрослых
<variant> острый недифференцированный лейкоз
<variant> миелодиспластический синдром
<question> Люди пожилого и старческого возраста болеют чаще всего
<variant> В12-дефицитной анемией
<variant> аутоиммунными гемолитическими анемиями
<variant> хронической постгеморрагической железодефицитной анемией
<variant> апластической анемией
<variant> анемией "Ольги Иммерслунг"
<question> Этот параклинический метод исследования не является необходимым в диагностике анемий:
<variant> ЭХОКГ
<variant> полный клинический анализ крови (Hb, эритроцитов, ретикулоцитов, количество тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ)
<variant> стернальная пункция
<variant> исследование содержания железа сыворотки
<variant> инструментальное исследование желудочно-кишечного тракта
<question> Гематомный тип кровоточивости характерен для:
<variant> для гемофилии
<variant> для тромбоцитопении
<variant> для тромбоцитопатии
<variant> для геморрагического васкулита (болезнь Шенлейн - Геноха)
<variant> для болезни Раньдью - Ослера (телеангиоэктазии)
<question> Васкулярно-пурпурный тип кровоточивости характерен
<variant> для геморрагического васкулита (болезнь Шенлейн - Геноха)
<variant> для гемофилии
<variant> для болезни Виллебранда
<variant> для аутоиммунной тромбоцитопении
<variant> для болезни Бехчета
<question> До назначения и во время лечения антикоагулянтами непрямого действия необходимо контролировать следующий показатель гемостаза:
<variant> протромбиновый индекс
<variant> длительность кровотечения
<variant> ремя свертывания
<variant> ретракция кровяного сгустка
<variant> количество тромбоцитов крови
<question> Женщина 65 лет, в анамнезе АГ, ИБС, аортокоронарное шунтирование, сахарный диабет. Принимает терапию. В анализах - Глюкоза 153.7 mg/dL, Мочевина - 53,62 mg/dL, Креатинин 1,08 mg/dL, Мочевая к-та - 314,2 µmol/L, билирубин общ 0,4 mg/dL, билирубин прямой - 0,06 mg/dL, ALT 19,82 U/L, AST 19,18 U/L, С-реакт. белок 0,17 mg/dL, холестерин общ - 5,91 mmol/L, липопротеины высокой плотности - 1,07, липопротеины низкой плотности -

4,28, триглицериды - 2,85 mg/dL. Врач назначил аторвастатин.Укажите рекомендуемые показатели функции печени (АЛТ) при приеме статинов?
<variant> не должны превышать >3 верхней границы нормы/ВГН
<variant> не должны превышать >4 ВГН
<variant> не должны превышать >5 ВГН
<variant> не должны превышать >6 ВГН
<variant> не должны превышать >7 ВГН
<question> Женщина 67 лет, обратилась с жалобами на боль в животе, снижение веса, пальпируемое образование в правом подреберье и необъяснимое ухудшение состояния. Выслушивается шум трения брюшины над печенью. Состоит на диспансерном учете. Какой из перечисленных показателей возможно использовать в качестве скринингового теста гепатоцеллюлярной карциномы?
<variant> Альфа-фетопротеин (АФП)
<variant> Билирубин
<variant> D-димер
<variant> Креатинин
<variant> Гликированный гемоглобин
<question> Мужчина, 66 лет, при осмотре на дому, жалуется на затруднение речи, слабость, в правой руке и ноге. Из анамнеза: заболел остро, утром после сна обнаружил вышеуказанные жалобы. Два дня назад, отмечались эти же симптомы, прошли самостоятельно через час. АД=110/70 мм.рт.ст. ,ЧСС=110 уд/мин. При осмотре: сознание ясное, ориентирован, зрачки OD=OS, краевое недоведение глазных яблок с двух сторон (2 мм.). Язык девиирует вправо, сухожильные рефлексы D>S, рефлекс Бабинского справа, мышечная сила в правых конечностях-3балла, менингиальных знаков нет. Какая тактика лечения показана больному?
<variant> срочная госпитализация в нейрохирургияеское отделение
<variant> оставить больного на дому, под наблюдением семейного врача
<variant> госпитализация в нейрососудистое отделение на следующий день, с целью нейропротекции
<variant> госпитализация в нейрососудистое отделение через неделю, с целью нейропротекции
<variant> срочная госпитализация в нейрохирургию, для проведения операции
<question> Мужчина 72 лет был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правой руке и затруднение речи – произносил отдельные слова, из которых можно понять, что у него внезапно возникло головокружение. Рвоты не отмечалось. Доставлен в приемное отделение. При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 150/100 мм рт.ст. Правый угол рта опущен. Правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Справа рефлекс Бабинского. Какое обследование должно быть проведено на следующем диагностическом этапе?
<variant> магнитно-резонансная томография
<variant> электроэнцефалография
<variant> общий анализ крови
<variant> биохимический анализ крови
<variant> электрокардиография
<question> Мужчина 67 лет обратился с жалобами на боль и припухлость в левом коленном суставе, боли мигрирующего характера в других крупных суставах, мышечные боли, головные боли; повышение температуры тела до 37,5° по вечерам, периодически температура

повышается до 38,5° по несколько дней; снижение массы тела на 5 кг. Все симптомы появились после переохлаждения 6 месяца назад. В анамнезе – частое употребление молочных продуктов кустарного производства. Объективно: Гипергидроз ладоней и стоп, несимметричная припухлость коленного сустава, локальная температура, положительный симптом баллотирования наколенника. ОАК: Эр – 3,2, Нб – 110 г/л, Л- 4,9 х109/л, Нф – 68%, Лф – 38%, СОЭ 29 мм/ч. РФ – 22 МЕ/мл, СРБ - +++. РХ – отрицательно; РА – отрицательно. Какое обследование с наибольшей достоверностью подтвердит диагноз?
<variant> ИФА на антитела к бруцеллезным антигенам
<variant> Антицитруллиновые антитела
<variant> Рентгенография коленных суставов
<variant> Исследование мочевой кислоты в крови
<variant> Проба Манту и Р-снимок органов грудной клетки
<question> Мужчина 64 лет обратился с жалобами на наличие образования на боковой поверхности туловища справа. Из анамнеза образование заметила 4 месяца назад. В последнее время оно увеличилось. При осмотре врач определил образование мягко-эластичной консистенции, подвижное, размерами 2,5х3,0 см. с четкими контурами в пределах подкожной клетчатки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика в данном случае?
<variant> Направить хирургу для удаления и гистологии
<variant> Рекомендовать наблюдение в динамике
<variant> Выполнить пункцию образования
<variant> Назначить рассасывающую терапию
<variant> Рекомендовать согревающие компрессы
<question> Женщина 64 лет. Обратилась с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, сухой кашель. Одышка носит смешанный характер. Состоит на Д учете с диагнозом ХОБЛ в течение 5 лет. Курит более 30 лет по 1-1,5 пачки в день. Больная отмечала появление прожилок крови при приступах надсадного малопродуктивного кашля. Отмечает, что и раньше была одышка, но теперь она сильнее и стало более трудно вдохнуть, нежели выдохнуть. Р-грамма ОГК не выявила существеннных различий с ренген-снимками прошлого года. В анализе крови - СОЭ 54 мм/ч. Какой обследование необходимо провести в первую очередь?
<variant> Бронхоскопию с биопсией
<variant> КТ органов грудной клетки
<variant> Спирографию
<variant> Определение онкомаркера SYFRA
<variant> GenExpert
<question> 65-летняя женщина обратилась по поводу эпизодического кашля и одышки в течение 1 мес. Кашель непродуктивен, усиливается при подъеме по лестнице и ночью. 8 недель назад у нее была температура, боль в горле и заложенность носа. В течение 10 лет АГ. Выкуривает по полпачке сигарет в день ежедневно в течение 16 лет. PS 78/мин, ЧДД 18/мин, АД 145/95 мм рт ст. Пульсоксиметрия 96%. Аускультативно – сухие хрипы в конце выдоха. Спирометрия: FVC 65% и FEV 60%.
Наиболее вероятный диагноз, консультация специалиста.
<variant> Бронхиальная астма, аллерголог
<variant> Внеболничная пневмония, пульмонолог
<variant> Хроническая сердечная недостаточностьғ кардиолог
<variant> Дефицит α1-антитрипсина, терапевт
<variant> ГЭРБ, гастроэнтеролог

<question> Мужчина 64 лет, при прохождении скрининга на выявление глаукомы были выявлены следующие показатели внутриглазного давления бесконтактным методом: правый глаз - 25 мм рт.ст, левый глаз - 18 мм рт.ст. Какая дальнейшая тактика?
<variant> направить на дообследование к офтальмологу
<variant> рекомендовать повторное обследование через 3 месяца
<variant> направить к терапевту
<variant> направить в глаукомный кабинет
<variant> направить на дообследование в условиях стационара
<question> Мужчина 72 лет. Беспокоят упорные по нескольку дней запоры. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. В крови - панцитопения и СОЭ 65 мм рт. ст. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза? Направьте специалисту.
<variant> колоноскопию с прицельной биопсией, онколог
<variant> пальпаторное исследование прямой кишки, проктолог
<variant> альфа-фетопротеин, онколог
<variant> КТ органов брюшной полости, онколог
<variant> ирригоскопия, хирург
<question> Мужчина 65 лет, обратился к терапевту с жалобами на повышение температуры по вечерам 38о, слабость, утомляемость, снижение аппетита, кашель с мокротой слизистого характера с прожилками крови, боль в грудной клетке справа, снижение веса за последние 3 месяца на 2 кг. Туб. контакт отрицает. В легких справа выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В анализе крови: эр – 3,28х 1012, Hb – 138, э – 2, с – 69, м – 11, л – 18, лейк. – 10,2 х 109, СОЭ – 38 мм/час. По алгоритму диагностики проведено лечение антибиотиками широкого спектра действия. От проведенной терапии эффекта не наступило, интоксикационный синдром не снят. На контрольной рентгенограмме отрицательная динамика легочного инфильтрата с обсеменением. Какая тактика ведения пациента наиболее целесообразна?
<variant> анализ мокроты на МБТ и консультация фтизиатра
<variant> анализ мокроты на атипические клетки и консультация онколога
<variant> анализ мокроты на вторичную флору с определением лекарственной чувствительности
<variant> анализ мокроты на атипические микобактерии
<variant> анализ мокроты на кандиты
<question> Женщина 63 лет поступила с жалобами на одышку, лихорадку до 38.0º, слабость, потливость. Состояние ухудшилось 2 дня назад на фоне ОРВИ. Объективно: кожа влажная, бледная, барабанные палочки. АД 130/90 мм рт. ст., ЧСС – 115 в мин, ЧДД – 28 в мин. Выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы слева в нижних отделах на фоне ослабленного дыхания. Пульсоксиметрия – 88%. На рентгенограмме: горизонтальное расположение ребер, расширенные межреберные промежутки, расширенные корни легких, усиление легочного рисунка за счет фиброзного и сосудистого компонентов, инфильтративные сливные тени в нижней доле левого легкого. Какая тактика наиболее целесообразна?
<variant> консультация реаниматолога, экстренная госпитализация в ОРИТ
<variant> лечение амбулаторно ципрофлоксацином
<variant> лечение в условиях стационара на дому левофлоксацином
<variant> лечение в условиях дневного стационара цефтриаксоном
<variant> планово госпитализировать в терапевтическое отделение, ровамицин
<question> 67-летний мужчина обратился к врачу из-за усиления в течение 2 месяцев одышки при ходьбе. В анамнезе гиперхолестеринемия, принимает симвастатин. В течение 35 лет работал в компании по сносу домов. Курит 33 года по 1 пачке сигарет в день. Выслушиваются

мелкие хрипы в обоих легких. На рентгене – диффузные инфильтраты в нижних долях и кальцинированные плевральные бляшки. Какое из состояний возможно разовьется у пациента?
<variant> Бронхогенная карцинома
<variant> Карцинома щитовидной железы
<variant> Туберкулез
<variant> Саркоидоз
<variant> Мезотелиома
<question> 68-летний мужчина, обратился к врачу из-за болезненной сыпи на левой ноге. Последние 2 года у него периодически появлялись эпизоды изменения цвета пальцев на холоде от белого до синего и красного, которые потом проходили. Курит 2 пачки сигарет ежедневно в течение 20 лет. АД 115/78 мм.рт.ст. При осмотре множественные темно-фиолетовые узелки на боковой поверхности левой стопы с окружающей эритемой. Сухие язвы на кончике правого указательного пальца. Какой диагноз наиболее вероятен? Консультация специалиста?
<variant> Облитерирующий тромбоангиит, ангиохирург
<variant> Дислипидемия, кардиолог
<variant> Артериит Такаясу, ревматолог
<variant> Полиневропатия, невролог
<variant> Тромбоз глубоких вен нижних конечностей, ангиохирург
<question> На приеме пациент 72 лет в сопровождении родственников. С их слов у больного наблюдается ухудшение памяти, особенно в усвоении новой информации. Нарушение памяти представляет собой серьёзное препятствие для повседневной жизни пациента. Удерживается только очень хорошо усвоенный или очень знакомый материал. Новая информация удерживается лишь случайно или на очень короткое время. Больной не в состоянии вспомнить основные сведения о том, где он живет, что он недавно делал или как зовут его знакомых. Объективно состояние удовлетворительное АД 150/100 мм рт. ст. пульс 80 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пастозность стоп. Ваш предварительны диагноз?
<variant> Болезнь Альцгеймера, невролог
<variant> Болезнь Паркинсона, невролог
<variant> Гипертоническая энцефалопатия, невролог
<variant> Возрастная деменция, психиатр
<variant> Опухоль мозга, онколог
<question> Больной 74 лет получал антибактериальную терапию по поводу пневмонии. В динамике состояние без улучшения, нарастает слабость, похудание, боли в грудной клетке. При контрольной компьютерной томографии - очаг в размерах несколько увеличился, высокой плотности с неровными контурами. Какой результат исследования мокроты вероятен?



<variant> Атипичные клетки
<variant> Грам-отрицательные кислотоустойчивые бациллы
<variant> Нейтрофильный цитоз
<variant> Грибковый мицеллий
<variant> Гантелевидные тельца
<question> Выберите правильное заключение. Наиболее характерным для стенокардии является:

<variant> загрудинная боль и депрессия сегмента ST на 2 мм и более при нагрузке
<variant> подъем сегмента ST менее, чем на 1 мм
<variant> загрудинная боль при физической нагрузке без изменений ЭКГ с нагрузкой
<variant> желудочковая экстрасистолия после нагрузки
<variant> увеличение зубца Q в III стандартном и AVF отведениях
<question> Выберите правильные ЭКГ суждения. Наиболее достоверными электрокардиографическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:
<variant> синдром SI-QIII и смещение вверх сегмента ST в отведениях III, V1, V2
<variant> глубокий зубец Q в отведениях V4-V6
<variant> депрессия сегмента ST в I, II и aVL отведениях
<variant> депрессия сегмента ST во II, III и aVF отведениях
<variant> инверсия зубца Т в грудных отведениях
<question> Выберите правильное суждение. Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда у пациентов является:
<variant> появление комплекса QS
<variant> изменение комплекса QRS
<variant> инверсия зубца Т
<variant> нарушение сердечного ритма
<variant> подъем сегмента ST более 1 мм
<question> Мужчина 65 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на преходящие боли за грудиной, которые появились 2 недели назад, длительностью 1-2 мин, проходят спонтанно, возникают при физической нагрузке. Курит по пачке сигарет в сутки. Объективно: ИМТ 32, АД 135/65 ммрт.ст. ЧСС 75 в мин,тоны сердца ясные ритмичные. Какое обследование и консультация узкого специалиста показано на первом этапе диагностического поиска?
<variant> Коронароангиография, кардиолог
<variant> Р-графия органов грудной клетки, пульмонолог
<variant> Эхокардиография, кардиолог
<variant> Холтер-ЭКГ, кардиолог
<variant> Доплер-сонография сонной артерии
<question> Больной 68 лет жалуется на слабость, потливость, похудание на 10 кг за 2 года. Увеличены печень, селезенка и все группы лимфоузлов. Анализ крови: Нв 85 г/л, Эр.3,0 х 10^{12}/л, лейк. 135,0 х 10^{9}/л, п/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, СОЭ 28 мм/час. Общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой 11 мкмоль/л. Железо сыворотки 28 ммоль/л, проба Кумбса положительна.
Выберите метод исследования, достаточный в данном случае для подтверждения основного диагноза:
<variant> анализ периферической крови
<variant> стернальная пункция
<variant> трепанобиопсия
<variant> биопсия лимфоузла
<variant> пункция селезенки
<question> Больной 68 лет жалуется на слабость, потливость, похудание на 10 кг за 2 года. Увеличены печень, селезенка и все группы лимфоузлов. Анализ крови: Нв 85 г/л, Эр.3,0 х 10^{12}/л, лейк. 135,0 х 10^{9}/л, п/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, СОЭ 28 мм/час. Общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой 11 мкмоль/л. Железо сыворотки 28 ммоль/л, проба Кумбса положительна.
Определите причину ухудшения показателей красной крови и выберите специалиста для консультации:
<variant> аутоиммунный гемолиз, гематолог
<variant> бластный криз, гематолог

<variant> желудочно-кишечное кровотечение, хирург
<variant> острый гепатит, гепатолог
<variant> агранулоцитоз, гематолог
<question> Больной 68 лет жалуется на слабость, потливость, похудание на 10 кг за 2 года. Увеличены печень, селезенка и все группы лимфоузлов. Анализ крови: Нв 85 г/л, Эр.3,0 х 10^{12}/л, лейк. 135,0 х 10^{9}/л, п/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, СОЭ 28 мм/час. Общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой 11 мкмоль/л. Железо сыворотки 28 ммоль/л, проба Кумбса положительна.
Определите предварительный диагноз, направьте специалисту:
<variant> хронический лимфолейкоз, гематолог
<variant> острый лейкоз, гематолог
<variant> миелофиброз, гематолог
<variant> хронический миелолейкоз, гематолог
<variant> лимфосаркома, онкогематолог
<question> Больной 65 лет, явился поступил в клинику с переломом плечевой кости. СОЭ 63мм/час, гиперпротеинемия с М-градиентом, в миелограмме – плазматическая инфильтрация 38%.
Ваш предварительный диагноз, направьте специалисту:
<variant> миеломная болезнь, онкогематолог
<variant> острый лейкоз, гематолог
<variant> хронический гепатит, гепатолог
<variant> миелофиброз, гематолог
<variant> хронический миелолейкоз, гематолог
<question> Выберите правильное суждение и специалиста для консультации, анализ крови: эр. 1,8 х 10_{12}/л , Нв 36 г/л, ЦП 0,9; лейк. 1,6х10^{9}/л, тромб. 5,0х10^{9}/л характерен для:
<variant> апластической анемии, гематолог
<variant> железодефицитной анемии, терапевт
<variant> В12- дефицитной анемии, терапевт
<variant> гемолитической анемии, гематолог
<variant> сидероахрестической анемии, терапевт
<question> Выберите правильные суждения плеторического синдрома и специалиста для консультации:
<variant> повышение АД, эритромелалгия, симптом "кроличьих глаз"; гематолог
<variant> лейкопения, тромбоцитопения, гематолог
<variant> эритромелалгия, тромбоцитопения, гематолог
<variant> симптом "кроличьих глаз", повышение АД, гематолог
<variant> нефропатия, нефролог
<question> Выберите критерии, соответствующие диагнозу апластической анемии:
a) панцитоз
b) панцитопения
c) опустошение костного мозга
d) мегалобластный тип кроветворения
e)геморрагический синдром
<variant> b, c, e
<variant> a, d
<variant> b, d, e
<variant> a, b, e
<variant> a,c, e

<question> Пенсионер 62 лет, явился в поликлинику с жалобами на резкую слабость, отсутствие аппетита, тошноту, отвращение к пище, потерю веса. За последний год потерял 15 кг. Об-но: кахектичен, бледен. Рост 172 см, вес 53 кг. Над левой ключицей пальпируется лимфоузел размерами 2 см. При пальпации болезненность в эпигастрий, умеренное напряжение мыщц. Нв 100г/ л, эр. $3,6x10^{12}$/л, ЦП 0,84, лейк. $8,0x10^{9}$/ л. СОЭ 42 мм/час. Выберите правильную тактику:
<variant> консультация онколога
<variant> консультация хирурга
<variant> консультация гастроэнтеролога
<variant> консультация гематолога
<variant> консультация терапевта
<question> Выберите правильное суждение. Мужчина 67 лет предъявляет жалобы на боли в правом и левом подреберьях, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, частые носовые кровотечения, резкое похудание на 9 кг за 3 месяца. Болен в течение 2 лет, когда впервые отметил потемнение кожных покровов. Об-но: кожные покровы бронзовой окраски, иктеричность склер, темная пигментация ладонных складок и подошв, "сосудистые звездочки" на груди, спине и плечах. Живот увеличен за счет свободной жидкости в брюшной полости. Печень и селезенка увеличены в размерах.
<variant> гемохроматоз, гастроэнтеролог
<variant> болезнь Вильсона-Коновалова, гастроэнтеролог
<variant> первичный билиарный цирроз печени, гастроэнтеролог
<variant> болезнь Бадда-Киари, хирург
<variant> амилоидоз печени, гастроэнтеролог
<question> Выберите правильное суждение относительно диагноза и специалиста для консультации. Мужчина 64 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно не рубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в подложечной области, потерю в весе.
<variant> первично-язвенная форма рака, онколог
<variant> стеноз выходного отдела желудка, хирург
<variant> пенетрация язвы, хирург
<variant> перфорация язвы, хирург
<variant> кровотечение из язвы, хиург
<question> Выберите правильные суждения. Пациент жалуется на диарею, схваткообразные боли по всему животу, чувство жара, гиперемию лица, приступы удушья и сердцебиения.
<variant> карциноидный синдром, эндокринолог (онколог)
<variant> болезнь Уиппла, гастроэнтеролог
<variant> лимфосаркома, онколог
<variant> лимфогранулематоз, онколог
<variant> неспецифический язвенный колит, гастроэнтеролог
<question> Выберите предварительный диагноз, специалиста для консультации. Пациентку 74 лет беспокоят схваткообразные боли внизу живота, иррадирующие в область крестца, вздутие живота, прекращение отхождения газов, отсутствие стула за последние 4 суток. Больная многие годы страдает от запор. Об-но: живот вздут, умеренная болезненность при пальпации. Перкуторно высокий тимпанит, выслушивается шум плеска. При пальцевом исследовании прямой кишки – ампула пустая, сфинктер расслаблен. При попытке ставит сифонную клизму, жидкость объемом 350 мл, вылилась обратно.
<variant> обтурирующая опухоль сигмы, кишечная непроходимость; онколог
<variant> медикаментозная обстирпация, терапевт
<variant> рефлекторная обстирпация, гастроэнтеролог

<variant> парез кишечника, хирург, невролог
<variant> инвагинация кишечника; хирург
<question> Сделайте вывод и направьте специалисту: женщина 68 лет, жалобы накашель, боль в правом плечевом суставе, слабость. Заболела 3 месяца назад, боль становилась интенсивнее, появился кашель, стала нарастать слабость.Об-но: состояние удовлетворительное, резко ограничен объем движений в правом плечевом суставе, при пальпации выражена болезненность. Симптом Горнера (птоз, миоз, энофтальм). В верхнем отделе правого легкого ослабленное дыхание.Рентгенологическая картина:

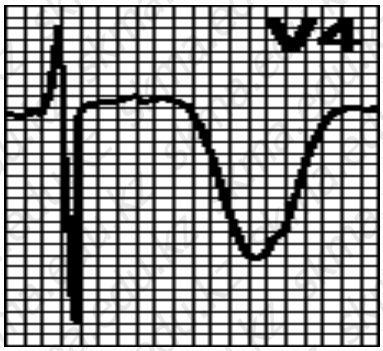


<variant> опухоль верхней борозды лёгкого (рак Панкоста); онколог
<variant> опухоль плевры, онколог
<variant> туберкулема; онколог
<variant> осумкованный плеврит в/доли; хирург-фтизиатр
<variant> абсцесс легкого; торакальный хирург
<question> Сделайте вывод, направьте специалисту: у женщины 64 лет, жалобы на кашель с обильным отделением мокроты, одышка, боли в грудной клетке, слабость.Заболела 6 месяцев назад. При рентгенологическом исследовании в нижних долях с обеих сторон и в средней доле справа участки неоднородного инфильтративного уплотнения легочной ткани неправильной формы местами с нечеткими контурами, инфильтрация из средней доли справа через междолевую щель распространяется на передний сегмент верхней доли, а слева – на язычковые сегменты.
<variant> бронхиоло-альвеолярный рак; онколог
<variant> двусторонняя пневмония; пульмонолог
<variant> отек легкого; кардиолог
<variant> инфильтративной туберкулез легких; фтизиатр
<variant> идиопатический фиброзирующий альвеолит; пульмонолог
<question> Сделайте вывод, направьте специалисту: мужчина 67 лет, жалобы на кашель, периодическое кровохарканье, слабость, похудание. Болен 1,5 месяца, похудел на 5 кг. Об-но: слева в верхнем отделе ослабленное везикулярное дыхание.При рентгенологическом исследовании верхняя доля левого легкого уменьшена в объеме, неоднородно уплотнена, легочный рисунок сгущен. Верхнедолевой бронх конически сужен, стенки его неровные. Междолевая плевра смещена кверху. В корневой зоне и под дугой аорты увеличенные лимфатические узлы.
<variant> центральный рак, онколог
<variant> острая пневмония, терапевт, пульмонолог
<variant> инфильтративный туберкулез, фтизиатр
<variant> тромбоэмболия легочной артерии, кардиолог
<variant> абсцесс легкого, хирург

<question> Преположите диагноз, направьте специалисту: мужчина 63 лет, жалуется на покашливание, слабость, повышенную утомляемость, боль в груди, одышку. Болен в течение двух месяцев. Об-но: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 26 в мин. АД 125/ 80 мм рт. ст., пульс 92 уд/мин. На обзорной рентгенограмме в прямой проекции одностороннее расширение срединной тени. При томографическом исследовании отмечается увеличение лимфатических узлов паратрахеальной, трахеобронхиальной групп справа, сливающихся в единый конгломерат. Наружные контуры бугристые, нечеткие. В прилежащих отделах легочной ткани рисунок сгущен, деформирован. При бронхоскопии ригидность правой стенки трахеи и правого главного бронха, резкая гиперемия и отек слизистой оболочки верхнедолевого бронха справа, легкая кровоточивость.
<variant> медиастинальная форма рака легкого, онколог
<variant> туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, фтизиатр
<variant> лимфогранулематоз, онколог
<variant> саркоидоз, терапевт
<variant> тимома, онколог
<question> Примите решение: мужчина 66 лет, жалуется на кашель с отделениемгнойноймокроты, слабость, одышку, боли в грудной клетке, температуру. Заболел остро, температура повысилась до 39,5^{0}С, озноб, боль в грудной клетке, сухой кашель, не лечился, через неделю появилась мокрота, которая отходила полным ртом в течение 1,5-2 суток, затем количество мокроты уменьшилось, но в ней появились прожилки крови.При рентгенологическом исследовании в нижней доле левого легкого многополостное образование округлой формы с горизонтальным уровнем жидкости, до 6см в диаметре.
<variant> абсцесс легкого, экстренная госпитализация в отделение торакальной хирургии
<variant> кавернозный туберкулез, экстренная госпитализация в отделение торакальной хирургии тубдиспансера
<variant> полостная форма периферического рака, направление через портал в онкологию
<variant> эхинококкоз легкого, экстренная госпитализация в отделение торакальной хирургии
<variant> абсцесс легкого, экстренная госпитализация в отделение пульмонологии
<question> Определите ведущий синдром, предварительный диагноз, направьте специалисту: у здорового 73 летнего мужчины после сильного кашля появились приступ одышки и интенсивные боли в левой половине грудной клетки. Об-но: над левой половиной грудной клетки тимпанит, резко ослабленное везикулярное дыхание.
<variant> торакалгия, накопление воздуха в плевральной полости, спонтанный пневмоторакс; хирург
<variant> вертеброгенная торакалгия, м/позвонковый остеохондроз грудного отдела; невролог
<variant> коронарогенная кардиалгия (ангинозный статус), инфаркт миокарда; кардиолог
<variant> торакалгия, сухой плеврит; пульмонолог
<variant> некоронарогенная кардиалгия, ТЭЛА; кардиолог
<question> 65 летний мужчина 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. Определите информативное исследование для уточнения диагноза.
<variant> цитологическое исследование экссудата, онколог
<variant> трансбронхиальная пункция, хирург
<variant> исследование на онкомаркеры, онколог
<variant> магнитно-резонансная томография органов нрудной клетки, онколог
<variant> компьютерная томография органов нрудной клетки, невролог

<question> Выберите правильное суждение, направьте специалисту. Длительное кровохарканье при сухом кашле характерно для:
<variant> бронхогенного рака, онколог
<variant> туберкулеза легких, фтизиатр
<variant> пневмокониоза, профпатолог
<variant> хронического бронхита, пульмонолог
<variant> бронхоэктатической болезни, пульмонолог
<question> Определите ведущий синдром и диагноз, направьте специалисту. У мужчины 66 лет при рентгенисследовании ОГК выявлено увеличение средостения влево, неравномерность контуров. На КТ: выявлены неравномерные, сливающиеся между собой узловатые образования на поверхности плевры медиастиума, костальных и передней поверхностях; неравномерное утолщение висцеральной плевры по междолевым щелям; в латеропозиции выявлено накопление жидкости объемом 3,5-4,0 см. Медиастинум не смещен. Просвет крупных бронхов не изменен. В легких отсутствуют очаговые и инфильтративные изменения. После удаления геморрагического экссудата отмечено рецидивирующее накопление.
<variant> синдром поражения плевры (рецидивирующее накопления жидкости), мезотелиома плевры; онколог
<variant> синдром поражения плевры (рецидивирующее накопления жидкости), метастазы в плевру; онколог
<variant> синдром поражения плевры, медиастинальная форма рака легких; онколог
<variant> синдром поражения плевры, лимфома; онколог
<variant> синдром поражения плевры, туберкулез легких; фтизиатр
<question> Мужчина 68 лет, злоупотребляющий алкоголем, принимал амбулаторное лечение антибиотиками по поводу пневмонии, но состояние не улучшилось, Т тела повысилось до 39^0С. В ОАМ: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, СОЭ 40 мм/час. Рентген исследования органов грудной клетки/ОГК: обнаружен инфильтрат с горизонтальным уровнем жидкости. Выберите ведущие синдромы, предварительный диагноз, направьте специалисту:
<variant> синдромы образования полости в легком, уплотнения легких, лихорадки, интоксикации, неспецифического воспаления, абсцесс легкого; торакальный хирург
<variant> синдромы образования полости в легком, уплотнения легких, накопления жидкости в плевральной полости, лихорадки, плевропневмония; пульмонолог
<variant> синдромы образования полости в легком, повышения воздушности легких, интоксикации, лихорадки, туберкулез; фтизиатр
<variant> синдромы образования полости в легком, понижения воздушности легких, лихорадки, поражения плевры, плеврит; хирург
<variant> синдромы нарушения проходимости бронхов, понижения воздушности легких, уплотнения легких, пневмосклероз; пульмонолог
<question> У мужчины 69 лет длительная лихорадка за последние 5-6 месяцев. Появились синкопальные состояния. При аускультации на верхушке сердца выслушивается непостоянный диастолический шум связанный с изменением тела. Сделайте предположение; направьте специалисту:
<variant> миксому левого предсердия; онколог
<variant> отрыв сосочковой мышцы; кардиохирург
<variant> недостаточность митральных клапанов; ревматолог
<variant> митральный стеноз; ревматолог
<variant> врожденный порок сердца (синдром Лютембаше); кардиохирург
<question> Выберите правильное суждение; направьте специалисту. Мужчину 76 лет беспокоят кашель, временами кровохарканье, потеря веса, температура тела. Болен 1,5 месяца, потеря веса

– 5 кг. Об-но: ослабленное везикулярное дыхание слева, над верхней долей. На рентгене: обьем в/доли слева уменьшен, неоднородной плотности, рисуно сгущен. Стенки бронха в/доли неоднородна, сужен конусовидно. Межплевральная плевра смещена вверх. Прикорневые л/узлы под дугой аорты увеличены.
<variant> центральный рак; онколог
<variant> острая пневмония; пульмонолог
<variant> инфильтративный туберкулез; фтизиатр
<variant> тромбоэмболия легочной артерий; кардиолог
<variant> абсцес легких; пульмонолог
<question> Мужчину 65 лет, в течение 8 месяцев беспокоят сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки. Похудел на 5 кг., за последние 3 недели стала нарастать слабость, появилась одышка в покое, температура тела повышается до 38^0С. Об-но: тупой перкуторный звук справа над всей поверхностью, дыхание над правым легким выслушивается только над верхушкой, слева дыхание везикулярное. Рентгенологически в правой плевральной полости определяется жидкость, достигающая III ребра.
Выберите метод исследования, определяющий диагноз, направьте специалисту.:
<variant> плевральная пункция с лабораторным исследованием содержимого; пульмонолог
<variant> бронхоскопия; фтизиатр
<variant> анализ мокроты на атипические клетки; онколог
<variant> компьютерная томография органов грудной полости; хирург
<variant> торакоскопия; хирург
<question> У мужчины 76 лет геморрагический инсульт с субарахноидальным кровоизлиянием. На ЭКГ:



Выберите правильное суждение:
<variant> широкий глубокий отрицательный зубец Т регистрируется при поражениях ЦНС, особенно при субарахноидальном кровоизлиянии
<variant> узкий глубокий отрицательный зубец Т регистрируется при ИБС
<variant> узкий глубокий отрицательный зубец Т регистрируется при гипертрофиилевого иправого желудочка
<variant> гигантские отрицательные зубцы Т в V3-V4 (больше10 мм)регистрируется при апикальной ГКМП (кардиомиопатии Ямагучи)
<variant> широкий глубокий отрицательный зубец Т – вариант нормы
<question> В травматологическом отделении больницы у больного 70 лет с перелом бедра при попытке сеть внезапно возникла острая, сжимающая боль за грудиной, удушье с числом дыханий до 40 в минуту, бледность кожных покровов, которая сменилась нарастающим цианозом верхней половины туловища, покрылся холодным липким потом. АД 40/20 мм. рт.ст.,

пульс 120 ударов в минуту, тоны глухие. Со стороны органов дыхания, пищеварения без особенностей. Ваш вероятный диагноз:
<variant> ТЭЛА
<variant> ИБС. Инфаркт миокарда
<variant> Расслаивающая аневризма сердца
<variant> Кардиогенный шок
<variant> ИБС. Прогрессирующая стенокардия
<question> Больная 65 лет жалуется на одышку при нагрузке, артралгии, лихорадку и узловую эритему на ногах. Об-но: гепато-спленомегалия, генерализованная лимфоаденопатия и корнеальные помутнения радужки. На рентгенографии грудной клетки двусторонняя аденопатия корней легких. Предположительный диагноз:
<variant> Саркоидоз
<variant> Туберкулез
<variant> Острый ревматизм
<variant> Ревматоидный артрит
<variant> Болезнь Хамен- Рича
<question> Больная 65 лет жалуется на одышку при нагрузке, артралгии, лихорадку и узловую эритему на ногах. Объективно: гепато-спленомегалия, генерализованная лимфоаденопатия и корнеальные помутнения радужки. На рентгенографии грудной клетки двусторонняя аденопатия корней легких
Поражение глаз у больной является следствием:
<variant> Увеита
<variant> Осложненного сахарного диабета
<variant> Гиперкальциемии
<variant> Врожденной патологии
<variant> Инфекционной инфильтрации
<question> Больная 65 лет жалуется на одышку при нагрузке, артралгии, лихорадку и узловую эритему на ногах. Объективно: гепато-спленомегалия, генерализованная лимфоаденопатия и корнеальные помутнения радужки. На рентгенографии грудной клетки двусторонняя аденопатия корней легких. Оптимальное лечение включает:
<variant> Стероиды
<variant> Аспирин
<variant> Изониазид и стрептомицин
<variant> Антивирусные препараты
<variant> Антибиотики
<question> У 70-летнего мужчины имеется сильно и быстро нарастающая одышка, при наличии диффузной инфильтрации легких, выявленной рентгенологически. Биопсия показала наличие карциноматоза. Предположительный диагноз, направьте специалисту:
<variant> Карцинома задней назофарингеальной области; онколог
<variant> Бронхогенная карцинома; онколог
<variant> Карцинома желудка; онколог
<variant> Базальноклеточная карцинома; онколог
<variant> Карцинома пищевода; онколог
<question> У 70-летнего мужчины имеется сильно и быстро нарастающая одышка, при наличии диффузной инфильтрации легких, выявленной рентгенологически. Биопсия показала наличие карциноматоза. Признаками аденоматоза легких являются:
<variant> Развивается из множественных очагов
<variant> Отсутствие метастазирования

<variant> Отрицательное гистологическое исследование в течение всей болезни
<variant> Наличие множественных метастазов
<variant> Ничего из перечисленного
<question> Мужчина 75 лет, в течение 3 месяцев лечится по поводу правостороннего экссудативного плеврита, без клинического эффекта, идет рецидив накопления жидкости в плевральной полости. Страдает сахарным диабетом. Наиболее вероятный диагноз:
<variant> мезотелиома, онколог
<variant> опухоль легкого, онколог
<variant> синдром Дресслера; кардиолог
<variant> сердечная недостаточность; кардиолог
<variant> сахарный диабет, декомпенсация, эндокринолог
<question> Больная 78 лет с жалобами на скованность и боли в шее, плечевых и тазовых поясах, мышечную слабость, субфебрильную температуру. Болеет в течении 2-3 месяцев. Объективно: болезненность при пальпации в шейной, плечевой областях и в тазовом поясе с резким ограничением объема движения в них. Обследована: в ОАК - СОЭ 70 мм/час и семикратное повышение уровня креатинфосфокиназы. Из рассказа больной прием 1 или 2 таблеток преднизолона резко улучшает состояние. Рентгенологически патологии костно-суставной системы не выявлено. Какой вероятный диагноз у больной:
<variant> Системный дерматомиозит
<variant> Ревматоидый артрит
<variant> Злокачественная опухоль
<variant> Синдром фибриомиалгии
<variant> Опухолевый полимиозит
<question> Больная 78 лет с жалобами на скованность и боли в шее, плечевых и тазовых поясах, мышечную слабость, субфебрильную температуру. Болеет в течении 6 месяцев. Объективно: болезненность при пальпации в шейной, плечевой областях и в тазовом поясе с резким ограничением объеме движения в них. Обследована: в ОАК - СОЭ 70 мм/час. Из рассказа больной прием 1 или 2 таблеток преднизолона резко улучшает состояние. Рентгенологически патологии костно-суставной системы не выявлено. Ваша тактика:
<variant> организовать консультацию ревматолога
<variant> организовать консультацию онколога
<variant> лечение препаратами НПВС
<variant> санаторно-курортное лечение
<variant> в лечении не нуждается
<question> 68 летняя женщина обратилась с жалобами на выраженную мышечную слабость в плечевом и тазовом поясах, боль в суставах кистей. Объективно: имеются периорбитальный отек с пурпурно-лиловой эритемой, афония, мышцы плечевого и тазового поясов припухшие, тестообразной консистенции. Суставы внешне не изменены. На КТ обнаружено образование в области гортани; КФК повышена до 14 МЕ/мл.У больной диагноз:
<variant> Дерматомиозит вторичный
<variant> Мышечная дистрофия
<variant> Системная красная волчанка
<variant> Системная склеродермия
<variant> Первичный дерматомиозит
<question> У пожилого больного со стажем курения 40 лет появление надсадного кашля, периодически с примесью крови, потеря массы тела около 20 кг в течение полугода, слабость, одышка при обычной физической нагрузке, нейтрофилез, тромбоцитоз и ускорение СОЭ. Ваш вывод, выберите консультацию специалиста.

<variant> рак легкого, онкологая
<variant> Долевая пневмония, пульмонолог
<variant> Бронхиальная астма, аллерголог
<variant> ТЭЛА, аллерголог
<variant> Синдром Леффлера, аллерголог
<question> Появление у фермера через 6 часов после работы с гнилым сеном одышки смешанного характера, озноба, повышения температуры тела до 39^0 С, кашля со скудной мокротой, иногда с прожилками крови, преципитирующих антител в сыворотке крови наиболее вероятно для..., организуйте консультацию специалиста:
<variant> Экзогенного аллергического альвеолита, аллерголог
<variant> Милиарного туберкулеза легких, фтизиатр
<variant> Бронхопневмонии, пульмонолог
<variant> Идиопатического фиброзирующего альвеолита, пульмонолог
<variant> Бронхиальной астмы, аллерголог
<question> Женщина 65 лет жалуется на покраснение, припухлость межфаланговых суставов рук. Других жалоб на функцию суставов нет. Наиболее вероятный диагноз:
<variant> эрозивный остеоартрит
<variant> ревматоидный артрит
<variant> системная красная волчанка
<variant> анкилозирующий спондилоартрит
<variant> системная склеродермия
<question> Женщина 65 лет жалуется на постепенное появление узлов в дичтальных межфаланговых суставах кистей рук. Других жалоб на функцию суставов нет. Вероятный диагноз:
<variant> полиостеоартроз Гебердена
<variant> ревматоидный артрит
<variant> системная красная волчанка
<variant> анкилозирующий спондилоартрит
<variant> системная склеродермия
<question> Женщина 65 лет жалуется на постепенное появление узлов в проксимальных межфаланговых суставах кистей рук. Других жалоб на функцию суставов нет. Ваш вывод:
<variant> узлы Бушара
<variant> ревматоидный артрит
<variant> системная красная волчанка
<variant> анкилозирующий спондилоартрит
<variant> системная склеродермия
<question> Мужчина 72 лет, выкуривающий 30 сигарет в день в течение 30 лет, обратился к врачу по поводу кровохарканья. Больной жалуется на кашель с выделением 5-10 мл мокроты каждое утро. Физикальное и рентгенологическое обследование не выявило патологии. Наиболее вероятная причина кровохарканья у больного:
<variant> бронхогенная карцинома, онколог
<variant> туберкулез легких, фтизиатр
<variant> бронхоэктазия, пульмонолог
<variant> хронический обструктивный бронхит, пульмонолог
<variant> дефицит альфа1-антитрипсина, пульмонолог