# КОНТРОЛЬНО – ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 1,2

Название дисциплины: «Пропедевтика внутренних болезней»

Код дисциплины: PVB 3226

Название ОП: 6B10116 «Педиатрия»

Объем учебных часов/кредитов: 150 ч. / 5 кредит

Курс и семестр изучения: 3 курс, V семестр

Шымкент, 2025 ж.

Контрольно-измерительные средства разработаны в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) и обсуждены на заседании кафедры.

Протокол: № 11 « 26 » 06. 2025г.

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор Бекмурзаева Э.К. _____

**Рубежный контроля №1:**

**1. Задание для демонстрации практических навыков.**

1) Особенности перкуссии при основных клинических синдромах органов дыхания. Диагностическое значение.
2) Особенности аускультации основных клинических синдромов дыхательной системы. Дополнительные дыхательные шумы. Диагностическое значение.
3) Особенности выявления и аускультации полостных синдромов в легких. Диагностическое значение.
4) Особенности аускультации основных клинических синдромов сердечно-сосудистой системы. Дополнительные шумы в сердце. Диагностическое значение.
5) Особенности перкуссии при основных клинических синдромах сердечно-сосудистой системы. Диагностическое значение.
6) Особенности пальпации при основных клинических синдромах органов дыхания. Диагностическое значение.
7) Особенности интерпретации результатов лабораторных методов исследования при ведущих синдромах сердечно-сосудистой патологии.
8) Особенности интерпретации результатов инструментальных методов исследования при ведущих синдромах сердечно-сосудистой патологии.
9) Особенности интерпретации результатов инструментальных методов исследования при основных клинических синдромах органов дыхания.
10) Особенности интерпретации результатов инструментальных методов исследования у больных с заболеваниями верхних и нижних отделов пищеварительной системы.
11) Особенности интерпретации результатов лабораторных методов исследования при основных клинических синдромах органов дыхания.
12) Опрос и общий осмотр, аускультация больных с синдромом поражения клапанов сердца.
13) Опрос и общий осмотр, пальпация больных с синдромом легочного застоя.
14) Опрос, общий осмотр и перкуссия больных с синдромом поражения клапанного аппарата сердца.
15) Опрос и общее обследование больных с синдромом скопления воздуха в плевральной полости.
16) Опрос и общее обследование больных с синдромом плеврального выпота.
17) Опрос и общий осмотр больных с синдромом артериальной гипертензии, измерение артериального давления.
18) Опрос и общее обследование больных с синдромом коронарной недостаточности.
19) Опрос и общее обследование больных с синдромом острой и хронической сердечной недостаточности.
20) Метод и средства определения нижней границы желудка.
21) Опрос и общее обследование больных с бронхообструктивным синдромом.
22) Опрос и общее обследование больных с синдромом желудочной и кишечной диспепсии.
23) Глубокая пальпация живота по Образцову. Определение шума.
24) Опрос и общее обследование больных с синдромом повышенной воздушности.

**2. Заполнение учебной истории болезни.**

Форма заполнение прилагается в библиотечном фонде кафедры и академии.

**3. Тестовые задания:**

<question>Неблагоприятным признакам нестабильной стенокардии относятся:
<variant>депрессия сегмента ST менее 1 мм
<variant>длительность ангинозного приступа более 20 мин
<variant>депрессия сегмента ST более 1 мм
<variant>нестабильная гемодинамика (низкое АД, лабильный пульс)
<variant>повышение содержания МВ-фракции КФК
<question>Оптимальная концентрация холестерина в крови:
<variant>5 ммоль/л
<variant> 6 ммоль/л
<variant> 7 ммоль/л
<variant>6,5 ммоль/л
<variant>9-5,5 моль/л
<question>Типичная локализация болей при ишемической болезни сердца:
<variant>за грудиной
<variant>в области верхушки сердца
<variant>в области правого подреберья
<variant>в левой половине грудной клетки
<variant>в правой половине грудной клетки
<question>Нитроглицерином купируется боль при:
<variant>приступе стенокардии
<variant>инфаркте миокарда
<variant>перикардите
<variant>миокардите
<variant>кардионеврозе
<question>Фиолетовая гиперемия щек (facies mitralis) характерна при:
<variant>стенозе двухстворчатого клапана
<variant>стенозе трехстворчатого клапана
<variant>стенозе устья легочной артерии
<variant>стенозе устья аорты
<variant>дефекте межпредсердной перегородки
<question>Выберите признаки застоя в малом круге кровообращения:
<variant>приступы, сердечной астмы
<variant>головная боль
<variant>пневмоторакс
<variant>кашель в вертикальном положении
<variant>рвота
<question>К признакам застоя в большом круге кровообращения относятся:
<variant>асцит
<variant>перикардит
<variant>отеки на лице
<variant>пневмоторакс
<variant>кровохарканье
<question>Систолической шум при аортальном стенозе лучше всего проводится:
<variant>на сосуды шеи
<variant>в точке Боткина – Эрба
<variant>на верхушку сердца

<variant>на яремные вены
<variant>в подмышечную область
<question>Функциональный шум относительной недостаточности клапана легочной артерии является:
<variant> диастолическим шумом
<variant> систоло-диастолическим шумом
<variant> пресистолическим шумом
<variant> протодиастолическим шумом
<variant> систолическим шумом
<question>В понятие острый коронарный синдром входит:
<variant>инфаркт миокарда с патологическим зубцом Q
<variant>снижение сегмента ST на ЭКГ
<variant>уширение комплекса QRS на ЭКГ
<variant>наличие на ЭКГ отрицательного зубца Т
<variant>стабильная стенокардия
<question>Ишемическая болезнь сердца характеризуется:
<variant>нарушением равновесия между коронарным кровотоком и потребностями миокарда
<variant>поражением околосердечной сумки
<variant>гипертрофией миокарда
<variant>отрывом сосочковой мышцы
<variant>поражением эндокарда
<question>Приступ стенокардии могут спровоцировать:
<variant>воздействие холода, психоэмоциональное напряжение
<variant>прием пищи, обогащенной витаминами
<variant>резкие запахи
<variant>острые респираторные вирусные инфекции
<variant>частые ангины
<question>Характеристика боли при стенокардии:
<variant>загрудинная боль в момент физической нагрузки, купирование боли нитроглицерином
<variant>боль при глубоком вдохе в грудной клетке слева
<variant>загрудинная боль длительностью 3-4 часа
<variant>боль, связанная с приемом пищи
<variant>боль в левой половине груди при повороте туловища
<question>Необратимые факторы риска при ишемической болезни сердца:
<variant>возраст 40-50 лет и старше
<variant>ожирение
<variant>курение
<variant>женский пол
<variant>переедание
<question>Патологические процессы, происходящие в сердечной мышце при инфаркте миокарда:
<variant>зона ишемии, участок некроза
<variant>фибриноидное набухание
<variant>гиалиноз
<variant>гиперестезии
<variant>мукоидное набухание
<question>Причиной мерцательной аритмии является:

<variant>ишемическая болезнь сердца, митральный стеноз
<variant>нейроциркуляторная дистония
<variant>перикардит
<variant>миокардит
<variant>инфекционный эндокардит
<question>Лицо Корвизара характерно для больных :
<variant>с сердечной недостаточностью
<variant>с почечной недостаточностью
<variant>с печеночной недостаточностью
<variant>с акромегалией
<variant>с дыхательной недостаточностью
<question>Симптом Мюссе характерен для:
<variant>недостаточности аортального клапана
<variant>стеноза  аортального клапана
<variant>митрального стеноза
<variant>недостаточности митрального клапана
<variant>недостаточности легочного ствола
<question>При остром инфаркте миокарда зоне некроза соответствует  изменение ЭКГ:
<variant>глубокий и широкий зубец Q
<variant>депрессия сегмента RS–T
<variant>подъем сегмента RS–T
<variant>глубокий отрицательный зубец Т
<variant>уменьшение амплитуды зубца R
<question>Для I стадии гипертонической болезни характерно:
<variant>отсутствие изменений сосудов сетчатки глаза
<variant>наличие признаков гипертрофии левого желудочка
<variant>наличие протеинурии
<variant>повышенный уровень креатинина
<variant>наличие атеросклеротических бляшек в крупных артериях
<question>Характерным ЭКГ-признаком сердечной недостаточности является:
<variant>признаки гипертрофии отделов сердца
<variant>синусовая брадикардия
<variant>блокады сердца
<variant>признаки гипотрофии отделов сердца
<variant>экстрасистолия
<question>Перегрузка левого желудочка объемом крови развивается при:
<variant>  недостаточности аортального клапана
<variant>  стенозе митрального отверстия
<variant>  незаращении овального отверстия
<variant>  стенозе аортального отверстия
<variant>  тетраде Фалло
<question>Перегрузка левого желудочка систолическим давлением  развивается при:
<variant>стенозе аортального отверстия
<variant>недостаточности аортального клапана
<variant>стенозе митрального отверстия
<variant>недостаточности митрального клапана
<variant>тетраде Фалло
<question>Объективный метод исследования больных:

<variant>осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация
<variant>расспрос, пальпация, перкуссия
<variant>расспрос, аускультация, перкуссия
<variant>расспрос, осмотр, пальпация
<variant>расспрос, пальпация, перкуссия
<question>Исследование, необходимое больному для верификации диагноза при обнаружении артериальной гипертензии и систолического шума над пупком:
<variant>УЗДГ почечных артерий
<variant>УЗИ почек
<variant>обзорная R-графия органов грудной клетки
<variant>глазное дно
<variant>экскреторная урография
<question>У больного при аускультации выслушивается систолическое “кошачье мурлыканье” во II межреберье справа, которая встречается при:
<variant>Стенозе устья аорты
<variant>Недостаточности аортального клапана
<variant>Митральном стенозе
<variant>Митральной недостаточности
<variant>Коарктации аорты
<question>Диастолическое дрожание у больных митральным стенозом на верхушке объясняется теми же причинами, что и:
<variant>хлопающий 1 тон
<variant>ритм перепела
<variant>акцент 2 тона на легочной артерии
<variant>диастолический шум на верхушке
<variant>раздвоение 2 тона на верхушке
<question>Отдел образующий абсолютную тупость сердца:
<variant>левый желудочек
<variant>левое предсердие и желудочек
<variant>правый желудочек
<variant>правым предсердием
<variant>правое предсердие и желудочек
<question>Нормальная граница относительной сердечной тупости справа располагается:
<variant>на 1 – 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье
<variant>на 2,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье
<variant>на правому краю грудины
<variant>по левому краю грудины в 4 межреберье
<variant>на 3,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье
<question>Парадоксальный пульс - диагностический признак: уменьшение наполнения пульса во время вдоха. Парадоксальный пульс наблюдается при...
<variant>миокардите
<variant>брюшном тифе
<variant>сердечной недостаточности
<variant>слипчивом перикардите
<variant>инфаркте миокарда
<question>У больного I тон на верхушке ослаблен, II тон на легочной артерии усилен по сравнению со II тоном на аорте. В области верхушки выслушивается систолический шум, проводится в аксилярную область. Систолическим является:

<variant>1 тон сердца
<variant>11 тон сердца
<variant>111 тон сердца
<variant>1 У тон сердца
<variant>11, 111, 1 У тоны сердца
<question>Место аускультации 3-х створчатого клапана:
<variant>у основания мечевидного отростка справа
<variant>у верхушки сердца
<variant>на середине грудины на уровне 3 ребер
<variant>во 2-ом межреберье справа у края грудины
<variant>во 2-ом межреберье слева у края грудины
<question>Расположение точки Боткина – Эрба:
<variant>между 3 и 4 ребрами слева у края грудины
<variant>во 2-ом межреберье у справого  края грудины
<variant>во 2-ом межреберье у левого края грудины
<variant>у основания мечевидного отростка
<variant>у верхушки серда
<question>Ритм «перепела» выявляется при:
<variant>митральном стенозе
<variant>аортальном стенозе
<variant>аортальной недостаточности
<variant>трехстворчатой недостаточности
<variant>митральной недостаточности
<question>Раздвоение 2 тона на верхушке обусловлено…
<variant>усилением тона открытия митрального клапана при стенозе митрального отверстия
<variant>усилением 3 тона
<variant>блокадой одной из ножек пучка Гисса
<variant>десинхронизацией деятельности правой и левой половин сердец
<variant>нарушением внутри желудочковой проводимости
<question>Первое стандартное отведение ЭКГ – осуществляется наложением электродов на:
<variant>оба предплечья
<variant>левую руку и левую ногу
<variant>правую руку и левую ногу
<variant>левую руку и правую ногу
<variant>правую руку и правую ногу
<question>Деполяризацию предсердий отражает:
<variant>зубец Р
<variant>нисходящая зубец Р
<variant>комплекс QRS
<variant>восходящая часть зубец Р
<variant>зубец Т
<question>Митральный стеноз практический всегда бывает следствием...
<variant>ревматизма
<variant>атеросклероза
<variant>системной красной волчанки
<variant>врожденной аномалии развития
<variant>бактериального эндокардита
<question> Чувствительный показатель, показывающий степень бронхиальной обструкции:

<variant> снижение ОФВ1 и ФЖЕЛ
<variant> снижение ЖЕЛ
<variant> снижение ФЖЕЛ
<variant> снижение ЖЕЛ и ОФВ1
<variant> снижение остаточной емкости легких
<question> Основным клиническим признаком по клиническому протоколу нефротического синдрома является:
<variant> отёки
<variant> повышение АД
<variant> сердцебиение
<variant> дизурия
<variant> лихорадка
<question> Дизурия:
<variant> частое болезненное и затрудненное мочеиспускание
<variant> частое мочеиспускание
<variant> болезненное мочеиспускание
<variant> увеличение суточного количества мочи
<variant> уменьшение суточного количества мочи
<question> Полиурия:
<variant> выделение более 2-х литров мочи
<variant> мочится преимущественно в ночное время
<variant> выделение жидкости больше, чем выпитой
<variant> болезненное мочеиспускание
<variant> определение белка в моче
<question> Поллакиурия :
<variant> учащенное мочеиспускание
<variant> болезненное мочеиспускание
<variant> редкое мочеиспускание
<variant> прекращение мочеиспускание
<variant> мочеиспускание малыми порциями
<question> Никтурия :
<variant> преобладание ночного диуреза над дневным
<variant> преобладание дневного диуреза
<variant> учащенное мочеиспускание
<variant> болезненное мочеиспускание
<variant> учащенное болезненное мочеиспускание
<question> Фруктовый запах (или запах гниющих яблок) характерен для мочи, содержащей :
<variant> ураты
<variant> кетоновые тела
<variant> большое количества белка
<variant> лейкоциты
<variant> кровь
<question> Полиурия характерна для больных :
<variant> с сахарным диабетом
<variant> с усиленным потоотделением
<variant> с профузным поносом
<variant> с сердечной декомпенсацией
<variant> находящихся в сухом жарком помещении

<question> Основная причина истинной лейкоцитурии :
<variant> воспаление чашечно-лоханочной системы почек
<variant> воспалительные заболевания придатков
<variant> воспаление предстательной железы
<variant> воспалительные заболевания матки
<variant> воспалительные заболевания мочевого пузыря
<question> Гематурия характерны для:
<variant> гломерулонефрита
<variant> цистита
<variant> пиелонефрита
<variant> уретрита
<variant> воспалительного заболевания мочевого пузыря
<question> Содержание лейкоцитов в моче неподлежит к подсчету при:
<variant> пиурии
<variant> лейкоцитурии
<variant> гиперлейкоцитурии
<variant> лейкоцитозе
<variant> цистите
<question> Пациент, 36 лет, поступил с жалобами на отеки лица, головную боль, снижение количества мочи, окрашенной в темный цвет. Из анамнеза: 2 недели назад перенес ангину. При обследовании: АД 170/100 мм рт. ст., белок в моче 3,5 г/л, эритроциты в большом количестве.Укажите осложнение при быстропрогрессирующем гломерулонефрите:
<variant> острая почечная недостаточность
<variant> артериальная гипертензия
<variant> отек легких
<variant> сердечная недостаточность
<variant> дыхательная недостаточность
<question> Укажите морфологический признак характерный для мембранозного гломерулонефрита:
<variant> Утолщение базальной мембраны
<variant> Пролиферация мезангиальных клеток
<variant> увеличение размеров почек
<variant> Уменьшение объема клубочка
<variant> Увеличение ЧЛС
<question> Укажите тип гломерулонефрита характерный образование полулуний в клубочках:
<variant> Быстропрогрессирующий
<variant> Постинфекционный
<variant> Мембранозный
<variant> Фокально-сегментарный
<variant> Правосторонний
<question> Мужчина 25 лет поступил с жалобами на выраженные отеки, снижение суточного диуреза, головную боль, одышку. В биохимическом анализе крови: общий белок 48 г/л, альбумины 20 г/л, холестерин 8,9 ммоль/л. В общем анализе мочи: белок 5,5 г/л, эритроциты 8-10 в п/зр, гиалиновые и зернистые цилиндры. АД 120/80 мм рт. ст.Ваш предварительный диагноз:
<variant> нефротический синдром
<variant> острый гломерулонефрит

<variant> системная красная волчанка
<variant> гипертоническая болезнь
<variant> хронический пиелонефрит
<question> Пациент 22 лет поступил с жалобами на выраженные отеки,повышение артериального давления,уменьшение количества мочи,слабость.АД 170/110 мм рт. ст. В биохимическом анализе крови: креатинин 620 мкмоль/л, мочевина 25 ммоль/л, калий 5,8 ммоль/л. В общем анализе мочи: эритроциты 30-40 в п/зр, белок 4,6 г/л, зернистые цилиндры. Биопсия почки: полулуния в более чем 70% клубочков. Укажите тип гломерулонефрита у пациента:
<variant> быстропрогрессирующий гломерулонефрит
<variant> мембранопролиферативный гломерулонефрит
<variant> минимальные изменения
<variant> ФIgA-нефропатия
<variant> фокально-сегментарный гломерулосклероз
<question> Мужчина 27 лет, поступил с жалобами на отеки, повышение артеиального давления. В анамнезе - недавно перенесенная кожная инфекция. Биохимическом анализе крови: креатинин 170 мкмоль/л, снижение комплемента С3. В общем анализе мочи: белок 3,0 г/л, эритроциты 20-30 в п/зр. Биопсия почки: выраженные субэпителиальные "горбы" (humps) на электронно-микроскопическом исследовании. Ваш предварительный диагноз:
<variant> Острый постстрептококковый гломерулонефрит
<variant> Синдром Гудпасчера
<variant> Волчаночный нефрит
<variant> Болезнь минимальных изменений
<variant> Тромботическая микроангиопатия
<question> Пациентка 21 лет с хроническим пиелонефритом жалуется на ухудшение состояния: боли в пояснице, слабость, потерю веса. В биохимическом анализе крови: повышение креатинина и мочевины. В общем анализе мочи: плотность 1.008, лейкоциты 20-30 в поле зрения, бактериурия (+++). УЗИ: сморщивание одной из почек. Ваш предварительный диагноз:
<variant> хроническая болезнь почек
<variant> острая почечная недостаточность
<variant> гидронефроз
<variant> поликистоз почек
<variant> почечная артериальная гипертензия
<question> Выберите основной клинический симптом характерный для нефритического синдрома:
<variant> артериялық гипертензия
<variant> гиперлипидемия
<variant> гипергликемия
<variant> гипогликемия
<variant> никтурия
<question> Укажите повышенный лабораторный показатель при нефритическом синдроме:
<variant> креатинин и мочевина
<variant> альбумин
<variant> глюкоза
<variant> натрий
<variant> калий

<question> Пациент 25 лет обратился в поликлинику с жалобами на снижение аппетита, кожный зуд, частые ночные позывы к мочеиспусканию, слабость. В последние две недели отмечает повышение артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) Из анамнеза: гипертоническая болезнь более 15 лет.Общий нализ мочи: протеинурия 2,6 г/сут, изостенурия,микрогематурия.Биохимический анализ крови: креатинин – 440 мкмоль/л, мочевина – 16 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л.Ваш предварительный диагноз:
<variant> хроническая почечная недостаточность
<variant> острый гломерулонефрит
<variant> нефротический синдром
<variant> острый тубулоинтерстициальный нефрит
<variant> поликистоз почек
<question> Пациент 26 лет обратился с жалобами на сильную слабость, снижение аппетита, кожный зуд, частые ночные позывы к мочеиспусканию. В последние две недели отмечает повышение артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) Из анамнеза: гипертоническая болезнь более 15 лет.Общий анализ мочи: протеинурия 2,6 г/сут, изостенурия, микрогематурия.Биохимический анализ крови: креатинин – 450 мкмоль/л, мочевина – 18 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л.
<variant> хроническая почечная недостаточность
<variant> острый гломерулонефрит
<variant> нефротический синдром
<variant> острый тубулоинтерстициальный нефрит
<variant> поликистоз почек
<question> Пациентка, 30 лет, обратились с жалобами на боли в поясничной области, повышение температуры тела до 38,5 °С, слабость, частое и болезненное мочеиспускание. В анализе мочи лейкоцит 5-6 п/з, следы белка, бактерий++.Ваш предварительный диагноз?
<variant> острый пиелонефрит
<variant> гломерулонефрит
<variant> цистит
<variant> уролитиаз
<variant> острый аппендицит
<question> Женщина, 45 лет, с хроническим пиелонефритом обращается с жалобами на рецидивирующую боль в поясничной области и усталость. Выберите обследование для оценки состояния функции почек:
<variant> сцинтиграфия почек
<variant> цистоскопия
<variant> анализ мочи по Нечипоренко
<variant> общий анализ крови
<variant> экскреторная урография
<question> Пациентка, 32 года, поступила с жалобами на боли в поясничной области, высокую температуру (до 39°С), озноб, частое болезненное мочеиспускание. В общем анализе мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактерии (+++), белок 0,5 г/л. Укажите необходимое обследование для уточнения причины пиелонефрита:
<variant> бактериологический посев мочи
<variant> анализ мочи по Зимницкому
<variant> общий анализ крови
<variant> МРТ поясничного отдела позвоночника
<variant> анализ мочи по Реберга

<question> Женщина, 40 лет, поступил с жалобами на боль в поясничной области, высокую температуру и озноб. Врач поствил предварительный диагноз- острый пиелонефрит. Укажите повышенные лабораторные показатели в общем анализе крови в данном случае:
<variant> лейкоциты и СОЭ
<variant> тромбоциты
<variant> гемоглобин
<variant> креатинин и мочевина
<variant> амилаза
<question> Мужчина, 52 года, болеет хроническим пиелонефритом в течение нескольких лет,жалуется на ухудшение состояния. УЗИ показывает уменьшение размеров почки, утолщение чашечно-лоханочной системы и деформацию чашечек. Укажите осложнение хронического пиелонефрита в данном случае:
<variant> почечная недостаточность
<variant> гипертонический криз
<variant> эссенциальная гипертония
<variant> туберкулез почек
<variant> гидронефроз
<question> Пациентка, 37 года, с рецидивирующим пиелонефритом отмечает появление выраженного ночного диуреза, усталость и кожный зуд. Анализ крови: креатинин 280 мкмоль/л, мочевина 15 ммоль/л. В анализе мочи: относительная плотность 1.010, лейкоциты 10–15 в поле зрения.Ваш предварительный диагноз:
<variant> хроническая почечная недостаточность
<variant> острая почечная недостаточность
<variant> обострение пиелонефрита
<variant> нефротический синдром
<variant> гломерулонефрит
<question> Мужчина, 48 лет, обратился с жалобами на повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст., головные боли, общую слабость и снижение переносимости физических нагрузок. В анамнезе: диагностирован хронический пиелонефрит. На осмотре: выраженные отеки отсутствуют, пульс 82 уд/мин.Биохимический анализ: креатинин -150 мкмоль/л, мочевина- 10,5 ммоль/л, гиперкалиемии нет. УЗИ почек: правая почка уменьшена до 8,5 см, паренхима истончена; левая почка без изменений. Укажите причину развития гипертензии у данного пациента:
<variant> ренопаренхиматозная гипертензия
<variant> эндокринная гипертензия (феохромоцитома)
<variant> реноваскулярная гипертензия
<variant> первичная артериальная гипертензия
<variant> гипертензия на фоне гиперальдостеронизма
<question> Пациент 70 лет, страдает сахарным диабетом 2 типа. На фоне повышенного артериального давления появились отеки, протеинурия 3 г/сут, уровень креатинина 250 мкмоль/л. Укажите осложнение сахарного диабета:
<variant> диабетическая нефропатия
<variant> диабетический кетоацидоз
<variant> острый пиелонефрит
<variant> гломерулонефрит
<variant> хроническая сердечная недостаточность
<question> Пациентка, 65 лет, поступила с жалобами на головную боль, отеки и слабость.Биохимический анализ крови: уровень креатинина -550 мкмоль/л, мочевина -25

ммоль/л. Страдает гипертонией и хронической болезнью почек. Ваш предварительный диагноз:
<variant> хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия
<variant> острая почечная недостаточность
<variant> хроническая болезнь почек, стадия 3
<variant> гломерулонефрит
<variant> реноваскулярная гипертензия
<question>Для геморрагического инсульта, в спинномозговой жидкости характерно наличие:
<variant> наличие эритроцитов
<variant> снижение уровня глюкозы
<variant>повышение уровня глюкозы
<variant> наличие лейкоцитов
<variant> наличие нейтрофилов
<question>Оптимальным временем госпитализации больного с подозрением на инсульт в сосудистый центр считаются первые … от возникновения симптомов заболевания.
<variant>3-6 часов
<variant>12-18 часов
<variant>6-9 часов
<variant>9-12 часов
<variant>4-6 часов
<question> В острейшем периоде ишемического инсульта предусматривается проведение
<variant>теста на глотание
<variant>теста шестиминутной ходьбы
<variant>теста на наличие когнитивных нарушений
<variant>тредмил-теста
<variant>электрофореза лидокаина
<question>Назовите распад всех компонентов речи вследствие поражения корковых речевых зон:
<variant>Афазия
<variant>Алалия
<variant> Дизартрия
<variant> Мутизм
<variant>Аутизм
<question>Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние:
<variant> обычно начинается с интенсивной головной боли
<variant> возникает преимущественно в пожилом возрасте
<variant> имеет хроническое течение
<variant> часто вызвано разрывом внутричерепной аневризмы
<variant> может осложняться ишемическим инсультом
<question>Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является
<variant> менингеальный синдром
<variant> утрата сознания
<variant> зрачковые расстройства
<variant> нистагм
<variant> двусторонние пирамидные патологические знаки
<question>Пациент с хроническим панкреатитом в течение 15 лет. Простой способ обнаружить кальциноз поджелудочной железы . . .

<variant>рентгенография
<variant>лапароскопия
<variant> лапаротомия
<variant>ирригоскопия
<variant>холангиография
<question>Больной К., на приеме семейный врач поставил диагноз "впервые выявленная язва 12-перстной кишки". Ведущий метод исследования больного . . .
<variant>ФГДС с биопсией
<variant>общий анализ крови
<variant>анализ желудочного сока
<variant>анализ кала на скрытую кровь
<variant>дуоденальное зондирование
<question>Укажите симптомы, характерные для экзокринной дисфункции поджелудочной железы:
<variant>похудение, креаторея, стеаторея
<variant>сухая кожа
<variant>гипергликемия
<variant>расширение вен передней брюшной стенки
<variant>почечно-печеночная недостаточность
<question>Зондирование желудка – это одна из самых часто проводимых диагностических процедур, обязательная при подозрении на гастрит, язвенную болезнь и множестве других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Ученый предложивший метод желудочного зондирования:
<variant>Куссмауль
<variant>Г.А. Захарьин
<variant>Р.Лаеннек
<variant>Л. Ауэнбруггер
<variant>Эйнтховен
<question>Нормальные величины Тощаковой (1) порции желудочного сока:
<variant>до 50 мл, общая кислотность 20 ТЕ
<variant>50 – 100 мл, общая кислотность 15 ТЕ
<variant>100 – 150 мл, общая кислотность 30 ТЕ
<variant>150 – 200 мл, общая кислотность 40 ТЕ
<variant>150 – 200 мл, общая кислотность 80 ТЕ
<question>Нормальные параметры желудочной секреций после пробного завтрака:
<variant>общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ
<variant>общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ
<variant>общая кислотность до 20 ТЕ, свободное кислотность нуль
<variant>общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ
<variant>на фоне гипоцекреции, выявляется присутствие молочной кислоты
<question>Состоянии гипосекреции и гипоацидности желудочного сока:
<variant>общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ
<variant>Общая кислотность до 20 ТЕ, свободное кислотность нуль
<variant>общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ
<variant>общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ
<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты
<question>Состоянии гиперсекреции и гиперацидности желудочного сока:
<variant>общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ

<variant>общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ
<variant>общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ
<variant>Общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль
<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты
<question>Возможные изменения секреторной функции при раке желудка:
<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты
<variant>общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ
<variant>общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ
<variant>общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ
<variant>общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль
<question>Метод, позволяющий лучше судить о моторной функции желудка:
<variant>электрогастрография
<variant>рентгеноскопия
<variant>рентгенография
<variant>фиброгастроскопия
<variant>ультразвуковое исследование
<question>Лучше документирующий «симптом ниши» или «дефекта наполнения» желудка является метод исследования …
<variant>рентгенография
<variant>рентгеноскопия
<variant>электрогастрография
<variant>фиброгастроскопия
<variant>ультразвуковое исследование
<question>Методам исследования, сочетающийся с проведением прицельной биопсии является …
<variant>фиброгастроскопия
<variant>рентгенография
<variant>электрогастрография
<variant>рентгеноскопия
<variant> ультразвуковое исследование
<question>Примерные параметры кишечных остатков за сутки:
<variant>объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%
<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%
<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 95%
<variant>объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%
<variant>объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%
<question>Примерные параметры кишечных остатков за сутки при наличии диареи:
<variant>объем остатков до 600,0 гр. содержания жидкости до 95%
<variant>объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%
<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%
<variant>объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%
<variant>объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%
<question>Примерные параметры кишечных остатков за сутки при наличии запоров:
<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%
<variant>объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%
<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 95%
<variant>объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%
<variant>объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%

<question>Ориентировочные параметры обмена жидкости в просвете кишечника здоровых лиц:
<variant>поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%
<variant>поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%
<variant>поступает около 12 л, всасывается около 90%
<variant>поступает до 7 л, всасывается из них до 98,0%
<variant>поступает до 10 л, всасывается из них до 98,0%
<question>Возможные условия развития диареи с учетом обмена жидкости в кишечнике за сутки:
<variant>поступает около 12 л, всасывается около 90%
<variant>поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%
<variant>поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%
<variant>поступает около 15 л, всасывается около 90%
<variant>поступает до 1 л, всасывается из них до 98,0%
<question>Условия развития запоров с учетом обмена жидкости в кишечнике за сутки:
<variant>поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%
<variant>поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%
<variant>поступает около 12 л, всасывается около 90%
<variant>поступает около 15 л, всасывается около 90%
<variant>поступает до 1 л, всасывается из них до 98,0%
<question>Метод исследования, позволяющий определить кишечное пищеварение:
<variant>копрограмма
<variant>рентгеноскопия кишечника
<variant>колонофиброскопия
<variant>определение микрофлоры кишечника
<variant>ирригоскопия кишечника
<question>Метод исследования, позволяющий определить состояние прямой и сигмовидной кишок:
<variant>ректоманоскопия
<variant>радиотелеметрия
<variant>рентгеноскопия кишечника
<variant>ирригоскопия
<variant>фиброгастроскопия
<question>Перкуторные размеры печени у здоровых лиц нормостенического телосложения:
<variant>9 х 8 х 7 см
<variant>10 х 9 х 8 см
<variant>7 х 8 х 9 см
<variant>12 х 10 х 8 см
<variant>8 х 6 х 4 см
<question>Перкуторные размеры печени при атрофическом циррозе печени:
<variant>8 х 6 х4 см
<variant>9 х 8 х 7 см
<variant>9 х 8 х 9 см
<variant>12 х 10 х 8 см
<variant>10 х 9 х 8 см
<question>Перкуторные размеры печени при гепатомегалиях:
<variant>15 х 12 х 10 см
<variant>9 х 8 х 7 см

<variant>7 х 8 х 9 см
<variant>8 х 6 х 4 см
<variant>12 х 10 х 8 см
<question>Аускультация печени ценна при наличии:
<variant>гемангиом печени
<variant>цирроза печени
<variant>холецистита
<variant>абсцесса печени
<variant>кист печени
<question>Для определения функции печени при синтезе белка применяют:
<variant>Проба Сулема , лента Вельтман
<variant>Основная фосфотаза
<variant>Холестерин,беталипопротеид
<variant>Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
<variant>Проба Квыка-Пытель
<question>Для определения экскреторной функции печени применяют:
<variant>Основная фосфотаза
<variant>Проба Сулема ,лента Вельтман
<variant>Холестерин, беталипопротеид
<variant>Трансаминаза, альдолаза, лактатдегидрогеназа
<variant>Проба Квыка-Пытель
<question>Дисбаланс жирового обмена:
<variant>болезнь  Иценко-Кушинга
<variant>гипофункция половых желез
<variant>болезнь Симондса
<variant>злоупотребление продуктов богатых жиром
<variant>дистрофия генитальных органов
<question>Щитовидная железа вырабатывает:
<variant>$T_3$, $T_4$, ТТГ
<variant>ферменты
<variant>17-ОКСД7-КС
<variant>инсулин
<variant>АКТГ
<question>Поджелудочная железа вырабатывает:
<variant>инсулин
<variant>АКТГ
<variant>ферменты
<variant>17-ОКСД7-КС
<variant>$T_3$,$T_4$,ТТГ
<question>Инсулин стимулирует депонирование углеводов в форме:
<variant>глюкозы
<variant>лактозы
<variant>гликогена
<variant>сахарозы
<variant>глюкозаминогликанов
<question>Эндокринными железами вырабатываются:
<variant>гормоны
<variant>холинолитики

<variant>симпатолитики
<variant>бета – блокаторы
<variant>ингибиторы АПФ
<question>Секреции эндокринных желез выделяются в :
<variant>кровь и лимфу
<variant>желчь
<variant>желудок
<variant>поджелудочную железу
<variant>потовые железы
<question>Какова ежедневная потребность человека в йоде:
<variant>100 мкг
<variant>50 мкг
<variant>150 мкг
<variant>250 мкг
<variant>1000 мкг
<question>В основе патогенетического механизма развития диффузного токсического зоба имеет значение:
<variant>повышение тиростимулирующих иммуноглобулинов
<variant>повышение секреции катехоламинов
<variant>повышение секреции тиреотропного гормона
<variant>повышение секреции тиротропин-рилизинг-гормона
<variant>гиперчувствительность тканей к гормонам щитовидной железы
<question>При сахарном диабете нарушается . . . обмен.
<variant>углеводный
<variant>белковый
<variant>жировой
<variant>водно-солевой
<variant>витаминов
<question>Тип сахарного диабета (СД), при котором происходит прогрессирующее нарушение секреции инсулина на фоне инсулинорезистентности – это:
<variant> СД 2 типа
<variant>СД 1 типа
<variant> гестационный СД
<variant> вторичный СД
<variant>другие спецефические типы СД
<question>Укажите характерный лабораторный признак при В12 –дефицитной анемии:
<variant>высокий цветной показатель
<variant>тромбоцитоз
<variant>лейкоцитоз
<variant>увеличение скорости оседания эритроцитов
<variant>лимфоцитоз
<question>Субстратом острого лейкоза являются:
<variant>лейкозные бластные клетки
<variant>лейкозные созревающие клетки
<variant>зрелые лейкозные клетки
<variant>незрелые лейкозные клетки
<variant>плазматические клетки
<question>Острый лейкоз – это опухоль, исходящая из:

<variant>костного мозга
<variant>гемопоэтической ткани лимфатических узлов
<variant>ретикулоэндотелиальной ткани печени
<variant>ретикулоэндотелиальной ткани селезенки
<variant>эндотелиальной ткани печени
<question>Укажите необходимый фактор для всасывания витамина В-12:
<variant>гастромукопротеин
<variant>соляная кислота
<variant>гастрин
<variant>пепсин
<variant>фолиевая кислота
<question>Назовите частую причину анемии при остром лейкозе:
<variant>нарушение образования эритроцитов в костном мозге
<variant>нарушение образования лейкоцитов в костном мозге
<variant>нарушение продукции эритропоэтина
<variant>нарушение всасывания железа
<variant>нарушение образования тромбоцитов в костном мозге
<question>Количество тромбоцитов в крови в норме составляет:
<variant>180 – 320 х $10^9$ \л
<variant>50,0 – 180,0 х $10^9$ \л
<variant>250,0 – 400,0 х $10^9$ \л
<variant>350,0 – 450,0 х $10^9$ \л
<variant>150,0 – 200,0 х $10^9$ \л
<question>Увеличение количества тромбоцитов в крови называется:
<variant>тромбоцитоз
<variant>лейкоцитоз
<variant>пойкилоцитоз
<variant>анизоцитоз
<variant>эритроцитоз
<question>«Тромбоцитопения» обозначает:
<variant>уменьшение количества тромбоцитов
<variant>гипофункцию тромбоцитов
<variant>увеличение количества тромбоцитов в крови
<variant>гиперфункцию тромбоцитов
<variant>уменьшение количества эритроцитов
<question>Повышение количество лейкоцитов в крови называется:
<variant>лейкоцитоз
<variant>эритроцитоз
<variant>лимфоцитоз
<variant>тромбоцитоз
<variant>анизоцитоз
<question>Снижение количества лейкоцитов в крови называется:
<variant>лейкопения
<variant>эритропения
<variant>лимфопения
<variant>лимфоцитоз
<variant>лейкоцитоз

<question>Женщина 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, частое головокружение. При осмотре отмечается : кожа бледной окраски, ногти ломкие, волосы сухие. В общем анализе крови: гемоглобин – 85 г/л; эритроциты- $3,2\times10^{12}$/л, цветной показатель -0,7. Ваш предварительный диагноз:
<variant>гипохромная железодефицитная анемия
<variant>гиперхромная В-12-дефицитная анемия
<variant>гиперхромная фолиеводефицитная анемия
<variant>миелопластический синдром
<variant>сидоропенический синдром
<question>Мужчина 62 лет, на приеме у терапевта жалуется на постоянную усталость, головокружение, снижение аппетита, сухость во рту. При осмотре: бледность кожных покровов с легкой желтизной, лакированный язык. В общем анализе крови отмечается: гемоглобин 70 г/л, эритроциты-$2,5\times10^{12}$/л, цветной показатель -1,2; макроцитоз, гиперхромия. В биохимическом анализе: повышение уровня билирубина. Ваш предварительный диагноз:
<variant>мегалобластная анемия, дефицит витамина В-12
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<variant>микроцитарная анемия
<variant>апластическая анемия
<variant>железодефицитная анемия
<question>Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку при ходьбе, общую слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза: недавно перенесла вирусную инфекцию. При осмотре: кожные покровы бледные , тахикардия до 110 ударов в минуту. В общем анализе крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты-$2,9\times10^{12}$/л, ретикулоциты - 0,5. Анализ костного мозга: снижение числа эритроидных клеток. Ваш предварительный диагноз:
<variant>апластическая анемия
<variant>гемолитическая анемия
<variant>железодефицитная анемия
<variant>В-12 дефицитная анемия
<variant>микроцитарная анемия
<question>40-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке и ломкость ногтей. Из анамнеза известно, что у нее обильные менструации, длящиеся более 7 дней. Результаты анализа крови: гемоглобин-85 г/л; эритроциты- $3,2\times10^{12}$/л; цветной показатель -0,7; сывороточное железо - 5 мкмоль/л. Укажите причины анемии в данном случае:
<variant>хроническая кровопотеря в результате обильных менструации
<variant>нарушение всасывания железа в желудке
<variant>нарушение всасывания ферритина в желудке
<variant>анемия вызванная дефицитом витамина В-12
<variant>анемия, вызванная дефицитом фолата
<question>46-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке, выпадение волос и ломкость ногтей. Из анамнеза известно, что у нее обильные менструации, длящиеся более 8 дней. Результаты анализа крови: гемоглобин-83 г/л; эритроциты-$3,1\times10^{12}$/л; цветной показатель-0,6; сывороточное железо- 5 мкмоль/л. Ваш предварительный диагноз:
<variant>железодефицитная анемия

<variant>анемия вызванная дефицитом витамина В-12
<variant>гемолитическая анемия
<variant>апластическая анемия
<variant>фолиеводефицитная анемия
<question>55-летний мужчина обратился к терапевту с жалобами на постоянную усталость, одышку и снижение массы тела. При осмотре отмечается: бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Из анамнеза: хронический гастрит с пониженной кислотностью. В общем анализе крови: гемоглобин-88 г/л; эритроциты- $3,4\times10^{12}$/л; цветной показатель-0,6; сывороточное железо-5мкмоль/л; ферритин-7 нг/мл. Назовите дополнительный информативный метод исследования:
<variant>фиброгастроскопия
<variant>УЗИ брюшной полости
<variant>пункция лимфатических узлов
<variant>анализ кала на скрытую кровь
<variant>определение сывороточного железа в крови
<question>50-летний мужчина обратился к терапевту с жалобами на постоянную усталость, одышку при физической нагрузке и снижение массы тела. При осмотре отмечается: бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Из анамнеза: хронический гастрит с пониженной кислотностью. В общем анализе крови: гемоглобин-84 г/л; эритроциты- $3,2\times10^{12}$/л; цветной показатель -0,5; сывороточное железо - 4 мкмоль/л; ферритин- 6 нг/мл. Ваш предварительный диагноз:
<variant>железодефицитная анемия, вызванная нарушением всасывания железа
<variant>фолиеводефицитная анемия
<variant>апластическая анемия
<variant>анемия вызванная дефицитом витамина В-12
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<question>60-летний мужчина обратился к терапевту с жалобами на постоянную усталость, сонливость, снижение массы тела, сухость кожи и ухудшение аппетита. При осмотре отмечается: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, а также легкая тахикардия. Из анамнеза: хронический гастрит с пониженной кислотностью. В общем анализе крови: гемоглобин-88 г/л; эритроциты-$3,2\times10^{12}$/л; цветной показатель - 0,65; сывороточное железо-4 мкмоль/л; ферритин- 6 нг/мл. Ваш предварительный диагноз:
<variant>железодефицитная анемия
<variant>апластическая анемия
<variant>фолиеводефицитная анемия
<variant>В-12 дефицитная анемия
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<question>Мужчина 35 лет, на приеме у врача жалуется на появление болезненной пурпурной сыпи на голенях, болезненность в коленных и голеностопных суставах, а также появление крови в моче. Из анамнеза: заболевание началось после перенесенной ангины. При обследовании: пурпурные высыпания симметрично расположены в нижних конечностях, суставы отечные, болезненные при движении. Анализ мочи: протеинурия, микрогематурия. Ваш предварительный диагноз:
<variant>геморрагический васкулит
<variant>апластическая анемия
<variant>острый лейкоз
<variant>хронический миелолейкоз
<variant>хронический лимфолейкоз

<question>Женщина 27 лет, поступила в стационар с жалобами на появление крови в моче, болезненность в поясничной области и сыпь в нижних конечностях. Из анамнеза: заболевание началось остро через неделю после перенесеннного бронхита. При осмотре отмечается : выраженная геморрагическая сыпь на коже голеней. Анализ мочи: протеинурия 2 г/л, гематурия. Креатинин в крови повышен. Укажите осложнение в данном случае:
<variant>острая почечная недостаточность
<variant>острая сердечная недостаточность
<variant>апластическая анемия
<variant>В-12 дефицитная анемия
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<question>Мужчина 40 лет, обратился к врачу с жалобами на выраженные отеки в нижних конечностях, частую пурпурную сыпь, общую слабость и снижение суточного диуреза. В анамнезе: хронический тонзиллит. Анализы крови: общий белок крови снижен- 58 г/л; гипоальбуминемия, протеинурия-4 г/л; гематурия. Ваш предварительный диагноз:
<variant>геморрагический васкулит
<variant>апластическая анемия
<variant>хронический миелолейкоз
<variant>хронический лимфолейкоз
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<question>Мужчина 35 лет, поступил в стационар с жалобами на общую слабость, одышку, лихорадку. За 2 недели до этого перенес вирусную инфекцию. При осмотре отмечается: бледность кожных покровов, желтушность склер, умеренная тахикардия. В анализе крови: гемоглобин 90 г/л; ретикулоциты 20%; непрямой билирубин-70 мкмоль/л. Проба Кумбса-положительная. Ваш предварительный диагноз:
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<variant>апластическая анемия
<variant>хронический лимфолейкоз
<variant>хронический миелолейкоз
<variant>В-12 дефицитная анемия
<question>Мужчина 28 лет, поступил в стационар с жалобами на внезапно появившуюся слабость, одышку, сердцебиение. Из анамнеза: за 2 недели до этого принимал антибиотик. При осмотре отмечается: желтушность склер и кожных покровов, тахикардия. В анализе крови: гемоглобин- 60 г/л; ретикулоциты-18%; билирубин общий 55 мкмоль/л; непрямой-50мкмоль/л; проба Кумбса- положительная. Назовите причину данного состояния:
<variant>лекарственно-индуцированная аутоиммунная гемолитическая анемия
<variant>апластическая анемия
<variant>В-12 дефицитная анемия
<variant>хронический лимфолейкоз
<variant>хронический миелолейкоз
<question>К терапевту обратился 35-летний мужчина с жалобами на сильную слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке и появление синяков на теле без видимой причины. При осмотре: кожные покровы бледной окраски, отмечается множество петехий и экхимозов на коже. В общем анализе крови: гемоглобин-70 г/л; лейкоциты- $2,0\times10^9$/л, тромбоциты -$20\times10^9$/л, ретикулоциты-0,5 %. Ваш предварительный диагноз:
<variant>апластическая анемия
<variant>идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<variant>В-12 дефицитная анемия

<variant>хронический миелолейкоз
<question>Женщина 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление синяков без видимой причины, частые носовые кровотечения и повышенную кровоточивость десен. В анамнезе: перенесенная вирусная инфекция 2 недели назад. При осмотре: множественные петехии и экхимозы на коже туловища и конечностей. АД-110/70 мм.рт.ст., ЧСС-76 ударов в минуту. Анализ крови: тромбоциты-$20\times10^9$/л, гемоглобин-130 г/л, лейкоциты$\times10^9$/л. Ваш предварительный диагноз:
<variant>идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
<variant>апластическая анемия
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<variant>В-12 дефицитная анемия
<variant>хронический миелолейкоз
<question>У мужчины 44 лет, в общем анализе крови обнаружены следующие изменения: гемоглобин – 85 г/л, эритроциты – 2,9 х $10^{12}$ \л, лейкоциты – 3,7 х $10^9$ \л, скорость оседания эритроцитов – 52 мм/час, тромбоциты – 95 х $10^9$ \л. Врач направил на дальнейшее исследование. Назовите информативный метод исследования для уточнения диагноза:
<variant>стернальная пункция
<variant>эндоскопия желудка
<variant>пункция лимфатических узлов
<variant>анализ кала на скрытую кровь
<variant>определение сывороточного железа в крови
<question>Мужчина 47 лет, поступил в стационар с жалобами на спонтанные кровоизлияния на коже, кровь из носа, выраженную слабость. В анамнезе хронические заболевания отсутствуют. При осмотре: множественные экхимозы на нижних конечностях, мелкие кровоизлияния на слизистых. Анализ крови: тромбоциты- $11\times10^9$/л, гемоглобин- 118 г/л, скорость оседания эритроцитов -16 мм/ч; лейкоциты - $4\times10^9$/л. Укажите информативный диагностический метод :
<variant>исследование костного мозга
<variant>эндоскопическое исследование желудка
<variant>пункция лимфатических узлов
<variant>анализ кала на скрытую кровь
<variant>определение ферритина в крови
<question>Мужчина 28 лет, на приеме у врача жалуется на снижение аппетита, шаткость походки, общую слабость. При осмотре: бледность кожных покровов и слизистых оболочек. В анализе крови обнаружены: гемоглобин 70 г/л, макроцитоз, тельца Жоли; эритроциты- 1,9 $\times10^{12}$/л, цветной показатель- 1,3. В костном мозге выявлено:
мегалобластический тип кроветворения. Ваш предварительный диагноз:
<variant>В-12 дефицитная анемия
<variant>железодефицитная анемия
<variant>острый лейкоз
<variant>хронический лимфолейкоз
<variant>гемолитическая анемия
<question>Женщина 42 лет, обратилась к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, головокружение, выпадение волос и ломкость ногтей. Из анамнеза: фибромиома матки и менорргии. В анализах крови обнаружены: гемоглобин –
80 г/л, гипохромия, микроэритроцитоз. Ваш предварительный диагноз:
<variant>железодефицитная анемия
<variant>В-12 дефицитная анемия

<variant>серповидно-клеточная анемия
<variant>апластическая анемия
<variant>наследственный сфероцитоз
<question>У женщины 42 лет, на приеме у врача жалуется на лихорадку, частые кровотечения из десен и носа, увеличение лимфатических узлов, общую слабость. При осмотре: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие подкожных кровоизлияний. В анализах крови обнаружены: признаки
анемии, тромбоцитопении, бластоз в периферической крови. Укажите патологическое состоя ние которой характерна данная лабораторная картина:
<variant>острый лейкоз
<variant>хронический миелолейкоз
<variant>железодефицитная анемия
<variant>В-12-дефицитная анемия
<variant>апластическая анемия
<question>На приеме у врача 18-летняя пациентка, жалуется на увеличение шейных лимфатических узлов, выраженную слабость. В анализе крови отмечается: панцитопения и высокий бластоз в костном мозге 78%, реакция на миелопероксидазу "отрицательная". Ваш предварительный диагноз:
<variant>острый лимфолейкоз
<variant>хронический миелолейкоз
<variant>В-12-дефицитная анемия
<variant>апластическая анемия
<variant>гемолитическая анемия
<question> Мужчина 25 лет, обратился к врачу с жалобами на сильную слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке и появление синяков на теле без видимой причины . В анализе крови отмечается : эритроциты -1,8 $\times 10^{12}$/л, гемоглобин - 36 г/л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - 1,6$\times 10^{9}$/л , тромбоциты - 5,0 $\times 10^{9}$/л . Ваш предварительный диагноз :
<variant>апластическая анемия
<variant>гемолитическая анемия
<variant>В-12 дефицитная анемия
<variant>железодефицитная анемия
<variant>тромбоцитопеническая пурпура
<question>Женщина 72 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, кашель с мокротой розового цвета, чувство тревоги, выраженную слабость. Из анамнеза: Артериальная гипертензия последние 25 лет, перенесла инфаркт миокарда. При осмотре: положение ортопноэ, тоны сердца глухие, ритм правильный, прерывается частыми желудочковыми экстрасистолами. АД 220/120 мм. рт. ст. Исследование сосудов глазного дна: отек дисков зрительных нервов. Анализ мочи: следовая протеинурия. Выберите вероятное, осложнение у больного:
<variant>отек легких
<variant>острое нарушение мозгового кровообращения
<variant>острая почечная недостаточность
<variant>отслоение сетчатки
<variant>инфаркт миокарда.
<question>У мужчины 60 лет, на приеме у врача выявляется следующая симптоматика: высокая устойчивая систолическая гипертензия, утренние головные боли в затылочной области, сердцебиение, ухудшение зрения. На глазном дне : ангиоретинопатия IV степени. В

эпигастриальной области выслушивается систолический шум. Причиной гипертензии является:
<variant>атеросклероз брюшной аорты
<variant>первичный гиперальдостеронизм
<variant>хронический гломерулонефрит
<variant>аденома предстательной железы
<variant>феохромоцитома
<question>Женщина 28 лет, на приеме у участкового врача жалуется на головные боли, головокружение. Из анамнеза – отмечает приступы стенокардии, по назначению врача периодически принимает нитраты, аспирин. Последние 8 лет болеет бронхиальной астмой, приступы купирует ингаляторами. При осмотре: кожные покровы бледные, отмечается пульсация сосудов шеи. Границы сердца увеличены влево, сердечный толчок резистентный, смещен влево и вниз. При аускультации сердца выслушивается : мягкий протодиастолический шум во II межреберье справа, ЧСС 82 ударов в минуту , АД 185/60 мм. рт. ст. Причина артериальной гипертензии:
<variant>недостаточность клапана аорты атеросклеротического генеза
<variant>эссенциальная артериальная гипертензия
<variant>лекарственно-индуцированная артериальная гипертензия
<variant>первичная почечная ретенция натрия
<variant>гипертензия «белого халата»
<question> 23 - летняя женщина, на приеме у врача жалуется на кратковременные приступы сердцебиений, сопровождающиеся головокружением и обмороками. Длительно принимает амиодарон. На ЭКГ выявлено удлинение интервала QT. Информативным методом для точного диагноза:
<variant>суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру
<variant>ЧПЭС
<variant>коронарография
<variant>радионуклидная вентрикулография
<variant>катетеризация правых отделов сердца
<question>Мужчина 5 лет, на приеме у врача жалуется на эпизоды кратковременного головокружения, сердцебиение, дважды терял сознание. Состоит на «Д» учете с диагнозом Ишемическая болезнь сердца более 10 лет. Информативным методом исследования для постановки клинического диагноза является:
<variant>суточное мониторирование ЭКГ
<variant>ЭКГ
<variant>ЭхоКГ
<variant>ФКГ
<variant>стресс ЭхоКГ
<question>Мужчина 45 лет, на приеме у участкового врача жалуется на головокружение, обмороки при физической нагрузке или быстрой перемене положения тела, приступы типичной стенокардии, быструю утомляемость. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, грубый систолический шум во 2-м межреберье справа, проводящийся на сонные артерии. АД 120/80 мм.рт.ст. На ЭКГ: полная блокада левой ножки пучка Гиса. На ЭХО-КГ: концентрическая гипертрофия стенок левого желудочка, утолщение створок аортального клапана. Ваш предварительный диагноз:
<variant>стеноз устья аорты
<variant>недостаточность митрального клапана
<variant>стеноз правого атриовентрикулярного отверстия

<variant>недостаточность аортального и митрального клапанов
<variant>поражение папиллярных мышц трехстворчатого клапана
<question>Мужчина 5 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку, сердцебиение, общую слабость, обмороки. На ЭХО-КГ выявлены: гипертрофия миокарда и стеноз выходного тракта правого желудочка, субаортальный дефект межжелудочковой перегородки, выход аорты из правого желудочка. Выберите ваш предварительный диагноз:
<variant>тетрада Фалло
<variant>пролапс митрального клапана
<variant>дефект легочной артерии
<variant>стеноз легочной артерии
<variant>коарктация аорты
<question>Мужчина 22 лет, внезапно ощутил сердцебиение, боли в сердце, удушье. При осмотре: выявлены следующие симптомы: I тон на верхушке сердца усилен, II тон усилен на легочный артерии. Ритм сердца неправильный, тахикардия. Дефицит пульса 6-8 в 1 мин. Определяется щелчок открытия митрального клапана АД 110/70 мм.рт.ст. Укажите ваш предварительный диагноз:
<variant>стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия
<variant>митрализация аортальной недостаточности
<variant>недостаточность трехстворчатого клапана
<variant>недостаточность митрального клапана
<variant>стеноз устья аорты
<question>В приемное отделение поступил мужчина 44 лет, у которого во время утренней пробежки случился обморок. Ранее у пациента были аналогичные обмороки. На ЭКГ: глубокая инверсия зубца Т в отведениях I ,AVL, V2-V6. В анамнезе отсутствуют указания на боль в груди и одышку. Целесообразно провести обследование для подтверждения диагноза:
<variant>допплеровская эхокардиография
<variant>холтеровское мониторирование
<variant>стресс-эхокардиография
<variant>коронарография
<variant>велоэргометрия
<question>В реанимационное отделение доставлен мужчина 47 лет, в состоянии клинической смерти. На тренировке потерял сознание, произошла остановка сердца. На аутопсии выявлено: кардиомегалия с гипертрофией верхней трети межжелудочковой перегородки и свободной стенки левого желудочка с выраженной обструкцией выходного тракта. Причиной, приводящей к летальному исходу является :
<variant>фибрилляция желудочков
<variant>пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
<variant>полная атриовентрикулярная блокада
<variant>синдром слабости синусового узла
<variant>фибрилляция предсердий
<question>Пациент 36 лет, на приеме у врача жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, иногда приступы удушья, тяжесть в правом подреберье, отеки. На ЭхоКГ выявлены дефект межжелудочковой перегородки и сужение выносящего тракта правого желудочка. Рентгенологический: тень сердца в области легочного ствола в виде деревянного башмачка. Покажите осложнение заболевания:
<variant>правожелудочковая недостаточность
<variant>тромбоз мозговых сосудов
<variant>инфекционный эндокардит

<variant>тромбоз мезентериальных сосудов
<variant>левожелудочковая недостаточность
<question>Мужчина 57 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку в покое, боль в области сердца, сердцебиения. Границы сердца увеличены влево. Выслушивается грубый систолический шум во II межреберье слева, проводится в левую подлопаточную область и на сонные артерии; II тон над легочной артерией ослаблен. ЭКГ - ритм синусовый, электрическая ось сердца смещена влево, гипертрофия правого желудочка. Ваш предварительный диагноз:
<variant>стеноз легочной артерии
<variant>митральный стеноз
<variant>коарктация аорты
<variant>открытый артериальный проток
<variant>дефект межпредсердной перегородки
<question>Женщина 46 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку, кашель, сердцебиение, нарушение ритма сердечной деятельности. Страдает ревматизмом с детства. При осмотре акроцианоз, румянец на щеках. Выслушивается систолический шум, хлопающий I тон и после II тона – дополнительный тон открытия митрального клапана. Ваш предварительный диагноз:
<variant>стеноз митрального клапана
<variant>стеноз устья аорты
<variant>недостаточность митрального клапана
<variant>недостаточность трехстворчатого клапана
<variant>стеноз трехстворчатого клапана
<question>Мужчина 35 лет . При осмотре: Кожа и видимые слизистые обычного цвета. АД 100/70 мм. рт.ст. Над легочной артерией выслушивается систоло-диастолический шум, акцент 2-го тона. На ЭКГ – признаки перегрузки левых отделов сердца. При рентгеноскопии отмечается усиление легочного рисунка, тень сердца обычной формы. Ваш предварительный диагноз:
<variant>дефект межпредсердной перегородки
<variant>тетрада Фалло
<variant>стеноз легочной артерии
<variant>коарктация аорты
<variant>открытый артериальный проток
<question> У пациента 65 лет, на приеме у врача жалобы на боли в области сердца сжимающего характера, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, но проходящие после приема нитроглицерина. Она страдает также варикозным расширением вен нижних конечностей. У нее бывают повышения АД до 160/90 мм.рт.ст. На ЭКГ в 12 стандартных отведениях нет специфических изменений. Выберите вероятное диагностическое обследование:
<variant>суточное мониторирование
<variant>велоэргометрия
<variant>проба с обзиданом
<variant>коронароангиография
<variant>определение уровня ферментов в крови
<question> По скорой помощи поступает мальчик 44 лет, с тяжелой двусторонней пневмонией. Скорой помощью было отмечено критическое падение повышенной температуры тела, внезапно развитие резкой слабости, обморочное состояние, головокружение, шум в ушах, тошнота, позывы на рвоту. Обьективно: больной бледен,

выраженный акроцианоз, холодный липкий пот, тахикардия, нитевидный пульс, глухость сердечных тонов, низкое АД. Причиной резкого ухудшения состояния больного является развитие:
<variant>инфекционно-токсического шока
<variant>сепсиса
<variant>кардиогенного шока
<variant>тромбоэмболии легочной артерии
<variant>острого респираторного дистресс-синдрома
<question>Мужчин 33 лет, на приеме у врача жалуется на острые мигрирующие, волнообразные боли за грудиной и вдоль позвоночника. Выявлены асимметрия пульса на руках и ногах, систолический шум над аортой, гипотония. Метод исследования позволяющий верифицировать диагноз:
<variant>аортография
<variant>эхокардиография
<variant>ЭКГ
<variant>вентрикулография
<variant>коронарография
<question>Женщин 35 лет, страдающая ревматическим пороком сердца, на приеме у врача жалуется на одышку, сердцебиение, отеки на ногах. При осмотре выявлены застойные изменения в легких, гепатомегалия и отеки. Для оценки функции левого желудочка больной показано проведение:
<variant>эхокардиография
<variant>велоэргометрия
<variant>электрокардиографии
<variant>коронароангиографии
<variant>холтеровского мониторирования ЭКГ
<question>У пациента 21 лет, при физикальном осмотре обнаружено: одышка, приступы удушья, низкая толерантность к физической нагрузке, инфантилизм, задержка физического развития, систолический шум в сердце характерны для:
<variant>врожденных пороков сердца
<variant>эмфиземы легких
<variant>бронхиальной астмы
<variant>приобретенных пороков сердца
<variant>врожденных аномалий бронхолегочной системы
<question>Девочка 16 лет, на приеме у врача жалуется на давящие боли за грудиной при подъеме на один лестничный пролет, перебои в области сердца, головокружение. Объективно: при аускультации легких влажные хрипы. ЧСС-100 ударов в минуту. АД - 110/80 мм.рт. ст. К симптомам, вероятно свидетельствующим о наличии хронической недостаточности кровообращения, относятся:
<variant>влажные хрипы
<variant>повышение АД
<variant>головокружение
<variant>перебои в области сердца
<variant> давящие боли за грудиной
<question>Пациент 22 лет, на приеме у врача отмечает частые обострения фарингита, жалуется на сердцебиение, одышку и боли в суставах. При осмотре: глухость тонов сердца, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Следует провести исследование:
<variant>эхокардиографию

<variant>фонокардиографию
<variant>электрокардиографию
<variant>рентгенографию суставов
<variant>ангиографию сосудов сердца
<question> Мужчина 25 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на интенсивные боли в грудной клетке. При осмотре врачом не обнаружено каких-либо видимых изменений со стороны сердца и легких. АД 120/85 мм.рт.ст., ЧСС - 88 ударов в минуту. Врач успокоил больного и отправил его домой, с рекомендациями полежать дома и прийти завтра. Правильна ли тактика врача:
<variant> нет, необходимо назначить срочное ЭКГ исследование
<variant> да, возникшие боли не предвещают опасности для состояния больного
<variant> да, при возникновении каких-либо осложнений возможно оказание помощи и на следующий день
<variant> нет, необходимо назначить лечение анальгетиками
<variant> нет, необходимо направить больного на плановое лечение
<question> Женщина 25 лет, на приеме у врача жалуется на острую, колющую, сжимающую боль в левой половине грудной клетки. При дыхании, движениях головы, рук, пальпации грудной стенки боль усиливается. Боль возникла 2 часа назад после неприятностей на работе. Ваша тактика:
<variant> снять электрокардиограмму
<variant> назначить лечение
<variant> направить к невропатологу
<variant> госпитализировать
<variant> направить на рентген.
<question> Девочка 15 лет, на приеме у врача жалуется на боли в груди. Основным методом диагностики боли в груди, связанной с пролапсом митрального клапана, является :
<variant> эхокардиография
<variant> электрокардиография
<variant> коронарография
<variant> рентгенография
<variant> томография.
<question> Мужчина 45 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья и кровохарканья иногда в ночное время, приступообразные интенсивные боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, которые уменьшаются после изменения положения тела (больной садится, опустив ноги вниз) и приема нитроглицерина. Вынужденное замирание во время ходьбы, физической нагрузки характерно для приступа:
<variant> стенокардии
<variant> сердечной астмы
<variant> желчных колик
<variant> бронхиальной астмы
<variant> почечной колики
<question> Мужчина 30 лет, доставлен на медицинский пункт в тяжелом состоянии. Кожные и слизистые покровы цианотичны. Пульс 146 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Дыхание частое и поверхностное. Температура тела 40,6° С. Синюшная окраска «цианоз» кожи обусловлен :
<variant> повышением уровня восстановленного гемоглобина крови
<variant> повышением эритроцитов и гемоглобина крови

<variant> повышением уровня газообмена в организме
<variant> застоем крови в периферических сосудах
<variant> спазмом периферических сосудов
<question> У мужчины 45 лет, вынужденное положение - сидит несколько откинувшись назад и опирается руками о постель, ноги у него опущены. Ваш предварительный диагноз:
<variant> сердечная астма
<variant> бронхиальная астма
<variant> перикардит
<variant> почечная колика
<variant> стенокардия
<question> В стационар поступил мужчина 25 лет, с заболеванием сердечно-сосудистой системы. Он жалуется на одышку после физической нагрузки. При осмотре наблюдается цианоз. Смешанный цианоз (синие сердечные больные) характерен для :
<variant> врожденных пороков сердца
<variant> митральных пороков сердца
<variant> аортальных пороков сердца
<variant> ишемической болезни сердца
<variant> аневризмы аорты
<question> Обследуя шею мужчины 24 лет с аортальной недостаточностью, врач сразу заметил вибрирование парных артерий с обеих сторон шеи – это пляска каротид. Пляска каротид обусловлена:
<variant> усиленной пульсацией сонных артерий из-за высокого пульсового давления
<variant> спадением шейных вен во время систолы
<variant> набуханием шейных вен во время систолы
<variant> набуханием шейных вен в горизонтальном положении
<variant> набуханием шейных вен на выходе
<question> В стационар поступил мужчина, с жалобами на одышку, удушье, быстрое утомление. Выраженная пульсация в области эпигастрия не обусловлена:
<variant> аортальной недостаточностью
<variant> пульсацией печени
<variant> пульсацией брюшной аорты
<variant> гипертрофией правого желудочка
<variant> гипертрофией левого желудочка
<question> Больной 19 лет, жалобы при посещении: смешанная мокрота с гноем с большим количеством пахучей слизи, кровохарканье, повышение температуры тела до 38С, утомляемость, одышка. В анамнезе имеется смешанный кашель с мокротой с детства. За последние 5 лет вспышки стали более частыми. Ваш предварительный диагноз:
<variant>Бронхоэктазическая болезнь
<variant>ХОБЛ
<variant> бронхиальная астма
<variant>хронический бронхит
<variant>поликистоз легких
<question> У больного с абсцессом после сильного кашля появилась одышка с внезапным ощущением боли в правой груди. При осмотре: правая грудная клетка не участвует в акте дыхания, межреберные промежутки расширены. Перкуторно-тимпанический звук. У пациента развилась осложнение:
<variant>Пневмоторакс
<variant>Өкпеектаза легких

<variant>легочный инфаркт
<variant>эмфизема легких
<variant>Эксудатный плеврит
<question> Больной М. 45 лет, жалуется на кашель с трудно выделяемой мокротой, одышку при физических нагрузках. Уже 15 лет страдает бронхоспазмальной патологией. Обьективно: пальцы похожи на «барабанные палочки», грудь бочкообразная, дыхание жесткое, выдох удлиненный, во всех легких слышны сухие хрипы. Возможный диагноз:
<variant>хроническая обструктивная болезнь легких
<variant>хронический гнойный бронхит
<variant>бронхоэктатическая болезнь
<variant>очаговая пневмония
<variant>эмфизема легких
<question> В отделение поступила пациентка по имени К., 2014 года. Жалобы: одышка в состоянии покоя, усиление одышки при физических нагрузках, повышение температуры тела на 37,9 С, выделение мокроты незначительного ржавого цвета при кашле, боли в правой грудной клетке связаны с дыханием. При осмотре-диффузный цианоз, герпетические высыпания на губах. Правая грудная клетка толще акта дыхания. ЧДД 36 раз в минуту. Причина развития диспноэ ...
<variant>уменьшение объема дыхания (уплотнение из-за воспаления доли)
<variant>снижение эластических свойств легких, вызванное эмфиземой
<variant>спазмы мелких бронхов
<variant>механическое сопротивление глотки
<variant>повреждение гортани
<question> В клинику поступил 23-летний пациент по имени У. При осмотре левая сторона грудной клетки увеличена, остается от акта дыхания. Межреберья гладкие и видны небольшие отеки. У больного заметны симптомы синдрома:
<variant>скопление жидкости или воздуха в плевральном пространстве
<variant>обтурационный ателектаз
<variant>уплотнение легочной ткани
<variant>эмфизема легких
<variant>воспаление легких
<question> При обследовании у больного: нарушение дыхания правой грудной клетки. Пальпация грудной клетки: справа ослаблена голосовое дрожание. Перкуссия легких: абсолютный тупой звук справа. Аускультация: слабость дыхания и правосторонняя бронхофония. Посторонних шумов в дыхании нет. У больного наблюдались симптомы синдрома:
<variant> гидроторакс
<variant>закрытый пневмоторакс
<variant>очаговое воспалительное уплотнение легких
<variant>компрессивныйелетаз
<variant>эмфизема легких
<question> При обследовании у больного: небольшой дефект дыхания левой грудной клетки. Пальпация грудной клетки: слева ослаблена голосовое дрожание. Легочная перкуссия: притупление левого перкуссионного звука. Аускультация: везикулярное слабое дыхание, шум трения левой плевры. У больного наблюдались симптомы синдрома:
<variant>утолщение плевральных лепестков
<variant>закрытый пневмоторакс
<variant>очаговое воспалительное уплотнение легких

<variant>гидроторакс
<variant>эмфизема легких
<question> При обследовании у больного: грудная клетка бочкообразной формы. Эпигастральный угол более 90 $^0$, горизонтальное расположение ребер. Над ключичные и под ключичные ямы выровнены. Пальпация грудной клетки: голосовое дрожание одинаково с обеих сторон, с небольшим ослаблением. При перкуссии грудной клетки: коробчатый перкуторный звук. Нижняя граница легких опущена, верхняя приподнята. Аускультация легких: одинаково ослабленное везикулярное дыхание над обоими легкими без посторонних шумов дыхания. У больного наблюдались симптомы синдрома:
<variant>эмфизема легких
<variant>закрытый пневмоторакс
<variant>легочная полость, связанная с бронхами
<variant>удельное воспалительное уплотнение легких
<variant>гидроторакс
<question> При обследовании у больного: дыхательные движения симметричны. Пальпация грудной клетки: звуковая вибрация не изменилась. При перкуссии: легочный перкуторный звук. Аускультация легких : затрудненное дыхание, большое количество сухих хрипов слышно справа и слева. У больного наблюдались симптомы синдрома:
<variant>сужение бронхов вязким экссудатом
<variant>закрытый пневмоторакс
<variant>компрессионный ателектаз
<variant>уплотнение очагового воспаления
<variant>гидроторакс
<question> При обследовании у больного: дефект правой половины грудной клетки при дыхании. Пальпация грудной клетки: усиление звуковой вибрации справа. При перкуссии: усиление перкуторного звука справа. Аускультация легких : бронхиальное дыхание, усиление бронхофонии, шум трения правой плевры. У больного наблюдались симптомы синдрома:
<variant>воспалительное уплотнение доли
<variant>сужение бронхов вязким экссудатом
<variant>легочная полость, связанная с бронхами
<variant>утолщение плевральных лепестков
<variant>гидроторакс
<question> При обследовании у больного: отставание левой грудной клетки от акта дыхания, уменьшение левой грудной клетки. Пальпация грудной клетки: ослабление голосовой вибрации слева. При перкуссии : замыкание перкуторного звука слева. При аускультации легких : ослабление звука и бронхофонии слева, без дополнительных шумов дыхания. У больного наблюдались симптомы синдрома:
<variant> обтурационный ателектаз
<variant>частичное воспалительное уплотнение
<variant>гидроторакс
<variant>закрытый пневмоторакс
<variant>эмфизема легких
<question> При обследовании у больного: отстование левой части грудной клетки в акте дыхания. При пальпации грудной клетки: ослабление тембра голоса слева. При перкуссии: тимпанический перкуторный звук слева. У больного наблюдались симптомы синдрома:
<variant>закрытый пневмоторакс
<variant>гидроторакс

<variant>легочная полость, связанная с бронхами
<variant>частичное воспалительное уплотнение
<variant>эмфизема легких
<question> У работника большого отеля, оборудованного кондиционером, быстро поднялась температура до 40 С, наблюдались холодный пот, кашель с мокротой, смешанная мокрота с кровью, боль в области грудной клетки при вдохе, миалгия, тошнота, понос. Во время рентгенографии были видны инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сотрудницу доставили в больницу с пневмонией. Причина пневмонии может быть:
<variant> легионелла
<variant> клебсиелла
<variant> микоплазма пневмонии
<variant> палка Пфейффера
<variant> золотистый стафилококк
<question> Через скорую помощь 64-летний пациент пожаловался на тяжелую двустороннюю пневмонию. Резкое снижение температуры тела, развитие быстрый слабости, обморока, головокружения, шума в ушах,тошноты, тошноты. Бледность больного, выраженность акроцианоза, холодный пот, тахикардия, нитевидный пульс, неслышность сердечного тона, снижение АД. Причина быстрого обострения состояния:
<variant> токсико-инфекционный шок
<variant> сепсис
<variant>кардиогенный шок
<variant>тромбоэмболия легочной артерии
<variant>острый респираторный дистресс-синдром
<question> В отделение поступил 36-летний рабочий по имени Н. Больной жаловался на выделение мокроты с гнойным неприятным запахом (250-300мл) вместе с кашлем. Кашель усиливается, когда пациент лежит на правом боку. При осмотре больного выявляются симптомы ногтей в виде «барабанных палочек» и «часов». Основное место расположения патологических процессов в дыхательной системе:
<variant>гнойные воспалительные процессы (абсцессы) в легких или бронхах
<variant>повреждение плевры
<variant>хронический воспалительный процесс в бронхах
<variant>воспаление альвеол
<variant>повреждение гортани
<question> В отделение поступил 32-летний монтажник по имени О. Пациент жаловался на боли при глубоком вдохе, расположенные на правой поверхности грудной клетки. Температура тела 37,9°С. пациент лежит на правой стороне. Правая сторона грудной клетки отстает от акта дыхания. Патологический процесс у больного появился:
<variant>повреждение плевры
<variant>хронический воспалительный процесс бронхов
<variant>бронхоэктазия и легочный абсцесс
<variant>воспалительный процесс альвеол
<variant>повреждение гортани
<question> Подросток 15 лет, обратился к врачу со следующими жалобами: кашель с 200 мл слизистой гнойной мокроты, кровянистая мокрота, повышение температуры тела до 38,2 С, беспокойство, одышка. В детстве его часто беспокоил кашель. За последние 5 лет – каждый год наблюдается обострение. Сначала необходимо исключить у пациента:
<variant> туберкулез
<variant> хронический абсцесс легкого

<variant> пневмония
<variant> поликистоз легких
<variant> бронхоэктатическая болезнь
<question> У больного, страдающего бронхоэктатической болезнью, после сильного кашля появились боли и одышка в правой части грудной клетки. При общем осмотре: правая часть грудной клетки отстает от акта дыхания и отек межреберных промежутков; перкуторно-тимпанит. Осложнение у больного появился:
<variant> пневмоторакс
<variant> актаза легких
<variant> инфаркт легких
<variant> эмфизема легких
<variant> экссудатный плеврит
<question> Больной Ф, 20 лет, пришел в больницу с жалобами на кашель и одышку. Звук перкуссии тихий, чистый:
<variant> при малых амплитудах звуковых волн
<variant> при выраженном утолщении грудной клетки
<variant> при наличии воспаления в органах
<variant> при перкуссии воздухосодержащих органов
<variant> при перкуссии плотных органов
<question> У больного редкое дыхание с постепенным нарастанием, затем уменьшением глубины дыхания, сменяющееся с периодами прекращения дыхания называется дыханием по типу:
<variant>Чейна - Стокса
<variant>Куссмауля
<variant>Грокко
<variant> Биотта
<variant>смешанного
<question>В больницу поступил мужчина 45 лет, с нарушением дыхания. У больного равномерное дыхание с паузами до полминуты называется дыханием по типу:
<variant>Биотта
<variant>Куссмауля
<variant>Чейн - Стокса
<variant>Грокко
<variant>смешанного
<question> 23-летняя пациентка обратилась в клинику с жалобами на удушье, изменение голоса, боль при глотании, сухой кашель. Болел 2 года назад. Температура тела 38,7 С. Неба гиперемирована, ткани опухшие, миндалины и мягкое небо покрыты серым налетом. Дыхание 10 раз за 1 минуту. При дыхании слышен свистящий звук. Дыхание продолговатое, в надключичных и подреберных ямках наблюдается сужение мягких тканей, а также межреберных пространств. При перкуссии и аускультации в легких-изменений не наблюдалось. Если в течение одной минуты частота дыхания составляет 10-14, то это:
<variant> брадипноэ
<variant> тахипноэ
<variant> апноэ
<variant> диспноэ
<variant> нормальный

<question> Врач медпункта пришел в дом больного. Наблюдается повышение температуры тела до 38,2 градусов, сильный кашель, частое дыхание, чихание, выделения слизи из носа. ЧД 36 раз в минуту называется:
<variant> тахипноэ
<variant> диспноэ
<variant> апноэ
<variant> брадипноэ
<variant> нормальный
<question> У больного, поступившего в тяжелом состоянии, произошла кратковременная остановка дыхания. На определенный период остановкой дыхания называется:
<variant> апноэ
<variant> нормальный
<variant> диспноэ
<variant> тахипноэ
<variant> брадипноэ
<question>Пациент В., 35 лет, пришел в приемное отделение. При малейших движениях беспокоит выраженная одышка, редко сухой кашель. Объективно: левая сторона грудной клетки отстает в дыхательном акте, межреберье уплощено. С левой стороны IV ребра голосовые вибрации по всем топографическим линиям не производятся. На этом участке перкуссия имеет абсолютный тупой звук. Над пространством Трауба бесшумно-тимпанит. Голосовая вибрация связано с:
<variant> из состояния плевральной полости, плотности легочной ткани, проницаемости бронхиального дерева, толщины грудной стенки
<variant> плотность легочной ткани, с высоты голоса
<variant> от проходимости бронхиального дерева, высоты голоса
<variant> от толщины грудной стенки, высоты голоса
<variant> плевральная полость, с высоты голоса
<question> Больной И., 26 лет госпитализирован. Грудь правильной формы. Оба они симметричны, остаются в дыхательном акте. На уровне 3-6 ребер звук в перкуссии справа тимпанический. Голосое дрожание усилиленный. Перкуторный звук ниже 7 ребер типманический. Одностороннее усиление голосовой дрожании наблюдается:
<variant> фиброторакс
<variant> гидроторакс
<variant> воспаление уплотненной части
<variant> обтурационнаялекта
<variant> пневмоторакс
<question> выявлено при обследовании больного: высота переднего конца легкого выше ключицы на 1см, глухой перкуссионный звук, ослабление голосовой вибрации. Одностороннее ослабление голосовой вибрации . . . наблюдается.
<variant> ателектаз обтурационный
<variant> эмфизема легких
<variant> полость, слегка соединенная с бронхами
<variant> локализованное очаговое воспаление
<variant> уплотненное удельное воспаление
<question> 35-летний пациент пожаловался в клинику на повторные приступы удушья с тяжелым кашлем. Припадки возникают внезапно. Во время припадка пациент сидит в вынужденном положении, опираясь на ладонь, в дыхании задействована вспомогательная мышца. Дыхание свистящее, слышное вдалеке. Особенно тяжело дышать. При перкуссии над

легкими обнаруживается коробчатый звук, при аускультации - многочисленные сухие хрипы. Мокрота выделяется в конце припадка. В легких не наблюдается чрескожных и аускультативных изменений. Чрескожный звук в легких здорового человека:
<variant>ясный легочный
<variant>тупик
<variant> барабанная перепонка
<variant> тусклый
<variant> коробка
<question> по характеру звуковых свойств врач определяет топографию, физическое состояние внутренних органов и их функции. Топографическая перкуссия используется для обнаружения:
<variant> границы органов
<variant> размеры органов
<variant> конфигурации органов
<variant> очаг воспаления
<variant> патологических процессов в органах
<question> в больницу поступил 22-летний пациент. Ему сделали перкуссию, пальпацию и аускультацию. У здоровых людей в легких слышен ...дыхание.
<variant> везикулярный
<variant> пуэриль
<variant> смешанный
<variant> бронхиальный
<variant> амфорический
<question> Пациент с нарушением дыхания был доставлен в больницу. Наблюдается одышка, кашель. Температура 39.9С, Слышен... дыхание над гортанью, трахеей.
<variant> бронхиальный
<variant> смешанный
<variant> везикулярный
<variant> жесткий
<variant> ослабленный везикулярный
<question> Госпитализирован пациент с тиреотоксикозом. Дыхание при физической работе у больных тиреотоксикозом:
<variant> усиленный везикулярный
<variant> жесткий
<variant> ослабленный везикулярный
<variant> саккадированный
<variant> патологический бронхиальный
<question> Пациент с бронхитом был госпитализирован. Дыхание при аускультации:
<variant> жесткий
<variant> патологический бронхиальный
<variant> ослабленный везикулярный
<variant> бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком
<variant> везикулярный
<question> Во время аускультации в легких у пациента врач-терапевт прослушал ослабленное везикулярное дыхание. Причины ослабления везикулярного дыхания:
<variant> потеря эластических свойств слизистых альвеол
<variant> бронхоспазм
<variant> наличие жидкой секреции в бронхах

<variant> наличие вязкого секрета в бронхах
<variant> сужение отверстия мелких бронхов из-за воспалительного отека
<question> В больницу поступил пациент с амфорическим дыханием. Амфорический дыхание слышен при:
<variant> абсцесс легкого второй стадии
<variant> бронхиальная астма
<variant> крупозная пневмония 2 стадии
<variant> плеврит
<variant> пневмоторакс
question> Бригаду "скорой помощи" вызывают к 32-летнему больному, который жалуется на внезапный приступ удушья. Пациент сидит, опираясь рукой на край кровати, грудь находится в состоянии максимального дыхания, ЧД 38 р. мин. одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие хрипы. Сухие хрипы:
<variant> дискант
<variant> маленький пузырь
<variant> большой пузырь
<variant> тишина
<variant> смешанный
<question> Пациент жаловался на кашель, сопровождающийся выделением мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке и затрудненном дыхании в покое, выраженную постоянную слабость, усталость. При обследовании выявляется выраженный диффузный цианоз, значительное вовлечение вспомогательных мышц даже в состоянии покоя, частота дыхательных движений 32 раза в минуту. Слышимое дыхание над полостью легких (без гноя):
<variant> амфорический
<variant> жесткий
<variant> бронхиальный
<variant> ослабленный везикулярный
<variant> везикулярный
<question> Больной жалуется на повышение температуры до 39°С, озноб. Со всей поверхности грудной клетки справа слышны крепитация и ослабленное везикулярное дыхание. Ваш предварительный диагноз:
<variant> крупозная пневмония
<variant> очаговая пневмония
<variant> хронический бронхит
<variant> экссудативный плеврит
<variant> бронхоэктатическая болезнь
<question>Женщина 48 лет, обратился с жалобами на боли в области пищевода и желудка, на вздутие живота, жидкий стул, повышенную утомляемость в последние 15 месяцев. За этот период она похудела на 18 кг. Грозная причина дисфагии:
<variant> новообразование пищевода
<variant>ожоговый стеноз пищевода
<variant>вдавление пищевода из вне
<variant>дивертикул пищевода
<variant>воспаление пищевода
<question>Женщина 40 лет, жалуется на нарастающую слабость, боли в эпигастриальной области , особенно натощак и по ночам, запоры, головокружения, сухость кожи, боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой. Раньше ничем не болела, недавно

был неприятный конфликт на работе. Для подтверждения диагноза необходимо диагностическое исследование:
<variant>Фиброгастродуоденоскопия
<variant>Электрокардиография
<variant>Сигмоидоскопия
<variant>Консультация невролога
<variant>Клинический анализ крови
<question>Мужчина 46 лет, на приеме у семейного врача с жалобами на рвоту кислым содержимым, отрыжку воздухом после приема пищи, дискомфорт в эпигастриальной области , вздутие живота. При пальпации живота выявлена болезненность в эпигастральной области. Инструментальное исследование, которое необходимо провести больному:
<variant>Фиброгастродуоденоскопию
<variant>Анализ кала на скрытую кровь
<variant>Контрастную рентгеноскопию с барием
<variant>Ультразвуковое исследование
<variant>Радионуклидное исследование
<question>Мужчина 47 лет, последние 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы:
<variant>рентгенография
<variant>лапаротомия
<variant>лапароскопия
<variant>ирригоскопия
<variant>холангиография
<question>Мужчине 40 лет, семейный врач выставил диагноз "Впервые выявленная язва луковицы 12-перстной кишки". Информативный метод исследования …
<variant>фиброгастродуоденоскопия
<variant>общий анализ крови
<variant>анализ желудочного сока
<variant>анализ кала на скрытую кровь
<variant>дуоденальное зондирование
<question>Мужчина 45 лет, на приеме у участкового врача жалуется на слабость, тошноту, боли в правом подреберье. Болен последние 2 года. Ухудшение состояния отмечает после употребления алкоголя, жирной пищи. Обьективно: желтушность склер и кожи, моча «цвета пива», стул ахоличен. Печень увеличена на 5 см., край закрулен. Ваш предварительный диагноз:
<variant>хронический гепатит
<variant>острый вирусный гепатит
<variant>цирроз печени
<variant>рак печени
<variant>синдром Жильбера
<question>Мужчина 40 лет, страдает бронхиальной астмой более 10-ти лет. Регулярно принимает холинолитики, ингаляционные глюкокортикостероиды, бета-агонисты, теофиллин. Последнее время стал отмечать изжогу, дисфагию, жжение за грудиной в ночное время. Подозреваемая патология:
<variant>гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
<variant>кандидозный фарингит
<variant>ИБС, стенокардия напряжения
<variant>стеноз гортани

<variant>язвенная болезнь желудка
<question>Мужчина 52 лет, обратился в клинику с жалобами на постоянные, интенсивные боли в эпигастриальной области, общую слабость, рвоту. Боли возникали через 50-60 минут после употребления жареной пищи, алкоголя. При осмотре: болезненность в эпигастриальной области, отмечается положительный симптом Мейо-Робсона. В общем анализе крови лейкоциты $12x10^9$/л, СОЭ- 18 мм/ч. Возможное заболевание, о котором следует думать:
<variant>хронический панкреатит
<variant>хронический холецистит
<variant>язвенная болезнь желудка
<variant>хронический гастрит, тип В
<variant>ГЭРБ
<question>У женщины 29 лет, внезапно появилась тошнота, рвота, повышение температуры тела, диарея 6-8 раз в сутки со зловонным стулом зеленого цвета. Возможное заболевание, о котором следует думать:
<variant>инфекционная диарея
<variant>неинфекционная диарея
<variant>неспецифический язвенный колит
<variant>болезнь Крона
<variant>дивертикулез тонкого кишечника
<question>Мужчина 35 лет, на приеме у участкового врача жалуется на изжогу, боли возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, часто натощак и ночью. Боли проходят после приема пищи. При пальпации живота определяется болезненность в эпигастриальной области и около пупка. У мужчины выражен астеновегетативный синдром. Нуждается ли пациент в стационарном лечении:
<variant>Да, потому что у больного впервые выявленная язва 12-ти перстной кишки
<variant>Да, потому что у больного впервые выявленная язва желудка
<variant>Да, потому что у больного выраженный астеновегетативный синдром
<variant>Нет, потому что у больного нет осложнения язвенной болезни
<variant>Да, потому что больному в стационаре проводится эндоскопическое исследование
<question>Больная 47 лет, швея, в стационаре жалуется на желтушность кожи, потемнение мочи, на 2-й день приступообразных болей в правом подреберье, рвоты после приема жирной пищи и подъема тяжести. Ранее отмечались тупые боли справа, отдающие в правую лопатку, плечо, горечь во рту, масса тела повышена, ИМТ 38кг/м2, зелено-желтая кожа, ксантелазмы век, живот болезненный в правом подреберье, печень 8-7-6 см. В анализах крови : билирубин 154 мкмоль/л, (прямой 112, непрямой 42), АЛТ - 36ме/л, АСТ – 25 ме/л, холестерин 8,1 ммоль/л; щелочная фосфатаза 196 ме/л. Какой из перечисленных синдромов вероятен у данной пациентки:
<variant>холестаза
<variant>белково-синтетической недостаточности
<variant>мезенхимального воспаления
<variant>гиперазотемии
<variant>цитолиза
<question>Больной 63 лет, жалобы на общую слабость, снижение памяти, расстройство сна, рвоту, икоту. Из анамнеза- более 18 лет болеет циррозом печени, около недели –ухудшение: депрессия и апатия сменяются эйфорией или агрессией. При осмотре: замедленность движений и речи, печеночный запах, снижение массы тела, атрофия мышц плечевого пояса, хлопающий тремор, желтушность, кожные геморрагии, гинекомастия, ладонная эритема,

живот увеличен- асцит. Размеры печени по Курлову 7-6-5см, селезенки 14х8см. Какой из названных синдромов вероятен при прогрессировании цирроза печени:
<variant>печеночной недостаточности
<variant>печеночной комы
<variant>гепатолиенальный
<variant>отечно-асцитический
<variant>печеночная энцефалопатия
<question>Больной Б., в стационаре жалуется на общую слабость, снижение памяти, расстройство сна, рвоту, икоту. В анамнезе - 10 лет болеет циррозом печени, ухудшение состояния в течение недели, депрессия и апатия сменяются эйфорией или агрессией. При осмотре: замедленность движений и речи, печеночный запах, снижение массы тела, атрофия мышц плечевого пояса, хлопающий тремор, желтушность, кожные геморрагии, гинекомастия, ладонная эритема, живот увеличен из-за асцита. Размеры печени по Курлову 7-6-5см, селезенки 15х9см. Какой из перечисленных показателей сыворотки крови вероятно повысится у данной пациентки:
<variant>аммиак
<variant>альбумин
<variant>холестерин
<variant>протромбин
<variant>общий белок
<question>Больная 33 лет, кулинар, жалуется на желтушность кожи, потемнение мочи, на 2-й день беспокоят приступообразные боли в правом подреберье, рвота после приема жирной пищи и подъема тяжести. Из анамнеза- ранее отмечались тупые боли справа, иррадирующие в правую лопатку, плечо, горечь во рту. При осмотре- повышенного питания, ИМТ - 37кг/м2, зелено-желтая кожа и слизистые, ксантелазмы век. При пальпации- живот болезненный в правом подреберье. Размеры печени 8-7-6 см. В анализах: билирубин-164 мкмоль/л, (прямой 122, непрямой 42), АЛТ - 38ме/л, АСТ - 29ме/л, ГГТП - 96МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 8,4 ммоль/л. Какой из перечисленных методов обследования информативен в данном случае:
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<variant>обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
<variant>пункционная биопсия печени
<variant>фиброгастродуоденоскопия
<variant>ирригоскопия

**Рубежный контроля №2:**

**1. Задание для демонстрации практических навыков.**

1. Расспрос больных с заболеваниями органов ЖКТ.
2. Методика и техника проведения поверхностной пальпации живота.
3. Общий осмотр больных с заболеваниями органов ЖКТ.
4. Методика и техника проведения перкуссии печени по Курлову.
5. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов мочевыделительной системы.
6. Методика и техника определения пальпации и перкуссии почек.
7. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов мочевыделительной системы.
8. Методика и техника определения пальпации и перкуссии почек.
9. Сбор мочи для проведения ОАМ, на пробу Зимницкого, Нечипоренко, Реберга.
10. Методика и техника проведения перкуссии печени по Курлову.

11. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов кроветворной системы.
12. Методика и техника пальпации селезенки.
13. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов кроветворной системы.
14. Методика техника проведения пальпации селезенки и лимфатических узлов.
15. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов эндокринной системы.
16. Методика и техника проведения пальпации и аускультатции щитовидной железы
17. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов опорно – двигательного аппарата.
18. Пальпация мелких и крупных суставов
19. Методика внешнего и локального осмотра больных с поражениями нервной системы
20. Методика и техника определения ригидности мышц.
21. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов нервной системы.
22. Методика и техника определения верхнего симптома Брудзинского
23. Методика внешнего и локального осмотра больных с поражениями нервной системы
24. Методика и техника определение симптома Кернига.

**2. Заполнение учебной истории болезни.**

Форма заполнение прилагается в библиотечном фонде кафедры и академии.

3. **Тестовые задания:**

<question>Больная 37 лет, работает поваром, жалуется на желтушность кожи, потемнение мочи, приступообразные боли в правом подреберье в течение двух дней, рвоту после приема жирной пищи и подъема тяжести. Ранее отмечались тупые боли справа, отдающие в правую лопатку, плечо, горечь во рту. При осмотре - масса тела повышена, ИМТ 37кг/м2, зелено-желтая кожа и слизистые, ксантелазмы век. Пальпаторно- живот болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 8-7-6 см. В анализах: билирубин 186мкмоль/л, (прямой168, непрямой18), АЛТ 38ме/л, АСТ 29ме/л, ГГТП - 96МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 8,4ммоль/л. Какой из перечисленных видов желтух вероятен:
<variant>механическая желтуха
<variant>паренхиматозная желтуха
<variant>гемолитическая желтуха
<variant>печеночная, обусловленная острым вирусным гепатитом А
<variant>печеночная, обусловленная хроническим вирусным гепатитом В
<question>Женщина обратилась в поликлинику с жалобами на желтушность кожи, потемнение мочи, слабость, вздутие живота. В 12 лет перенесла вирусный гепатит В. Нормального питания, кожа и видимые слизистые оранжево-желтушные, единичные телеангиэктазии на спине. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, печень на 2,5см ниже реберной дуги, селезенка 9,0х5,0см. В анализах: билирубин 111мкмоль/л, (прямой 55, непрямой 56) АЛТ-37ме/л, АСТ-27ме/л, ГГТП-110МЕ; альбумины 43 г/л, холестерин- 4,3; щелочная фосфатаза -186 ме/л, HBsAg(+).
Что из перечисленного является вероятной причиной развития синдрома желтухи:
<variant>вирус гепатита В
<variant>прием алкоголя
<variant>вирус гепатита С
<variant>повышение железа в сыворотке крови
<variant>прием гепатотоксических лекарственных препаратов

<question>Женщина обратилась в поликлинику с жалобами на желтушность кожи и глаз, потемнение мочи, слабость, вздутие живота. В анамнезе – детстве перенесла вирусный гепатит В. При осмотре - умеренного питания, кожа и видимые слизистые оранжево-желтушные, единичные телеангиэктазии на спине. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, печень на 3см ниже реберной дуги, селезенка 8,0х4,0см. В анализах: билирубин 110мкмоль/л, (прямой 55, непрямой 55) АЛТ 38ме/л, АСТ 29ме/л, ГГТП 112МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 4,1; щелочная фосфатаза 200ме/л, HBsAg(+). Какой из перечисленных видов желтух вероятен у этой пациентки:
<variant>печеночная желтуха, обусловленная хроническим вирусным гепатитом В
<variant>печеночная желтуха, обуслрвленная алиментарным поражением
<variant>подпеченочная желтуха, обуслрвленная алиментарным поражением
<variant>надпеченочная желтуха, обуслрвленная алиментарным поражением
<variant>печеночная желтуха, обусловленная острым вирусным гепатитом А
<question>Больная 22 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на: появление желтушности кожи и глаз, потемнением мочи. Из анамнеза: вирусный гепатит, операции отрицает. При осмотре - кожа и слизистые лимонно-желтые, язык чистый. При пальпации-живот мягкий, печень не увеличена, пальпируется нижний полюс селезенки. В общем анализе крови: Нв 100г/л, эритроциты $2,8x10^{12}$/л. Биохимический анализ крови - общий билирубин 67 мкмоль/л (непрямой 52 мкмоль/л), АЛТ 37 ме/л. В моч е- уробилиноиды, в кале - стеркобилиногены в большом количестве. Какой из перечисленных видов желтух вероятен у данной пациентки:
<variant>гемолитическая
<variant>механическая
<variant>паренхиматозная
<variant>печеночная желтуха, обусловленная острым вирусным гепатитом А
<variant>печеночная желтуха, обусловленная хроническим вирусным гепатитом В
<question>Больной 56 лет, не работает, жалуется на увеличение живота, одышку, слабость, тяжесть в правом подреберье, диспепсию. Из анамнеза - в течение 14 лет болеет гепатитом В, за последние 6 месяцев отмечает похудание, синяки на коже. При осмотре - кожа и слизистые желтушные, атрофия мышц рук и ног, телеангиэктазии в области плеч и спины, гинекомастия, ладонная эритема. Живот резко увеличен и напряжен, выпячивание пупка, подкожная венозная сеть на передней брюшной стенке, печень плотная, по Курлову 15-12-10см, селезенка 19х8см. Перкуторно в отлогих местах живота – тупой звук, в верхней части – тимпанит. Что из перечисленного является вероятной причиной увеличения живота:
<variant>наличие жидкости в брюшной полости
<variant>значительное увеличение печени и селезенки
<variant>значительное увеличение селезенки
<variant>наличие газов в кишечнике
<variant>ожирение
<question>Больной 56 лет, юрист, в стационаре жалуется на: слабость, недомогание, желтушность кожи, ухудшение памяти, боли в правом подреберье, снижение аппетита , кровоточивость десен и вздутие живота. Из анамнеза: около 20 лет болеет гепатитом С, последние 6 месяцев похудание, синяки на коже. Кожа и слизистые желтушные, атрофия мышц рук и ног, телеангиэктазии в области плеч и спины, гинекомастия, ладонная эритема. Живот увеличен в объеме, подкожная венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпаторно - печень плотная. При перкуссии- размеры печени по Курлову 15-11-9см, селезенка 12х8см. Какой из перечисленных клинических синдромов вероятен у данного пациента:

<variant>печеночной недостаточности
<variant>желтушный
<variant>печеночной комы
<variant>гепатолиенальный
<variant>отечно-асцитический
<question>Больной 47 лет, маляр, обратился в мед. центр с жалобами на: слабость, утомляемость. В анамнезе - операция с гемотрансфузией в 2012г. При осмотре - кожа и слизистые не изменены, печеночных знаков нет. При пальпации - печень плотная, безболезненная, размеры печени по Курлову 13-11-8см. Методом ИФА выявлен HBsAg в сыворотке крови, антитела к гепатиту С (-); билирубин 16мкмоль/мл, АЛТ 177ме/л, АСТ 124ме/л, ПТИ 81%, альбумины 47г/л. УЗИ печени: диффузные изменения паренхимы печени, правая доля 15,5см, левая – 9,5см. Какой из перечисленных методов обследования информативен в данном случае:
<variant>пункционная биопсия печени
<variant>сцинтиграфия печени
<variant>непрямая эластометрия печени
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<variant>компьютерная томография органов брюшной полости
<question>Больной 45 лет, программист, обратился с подозрением на гепатит. Отмечает периодическую слабость, утомляемость. В анамнезе - операция после перелома ноги слева с гемотрансфузией в 2006г. При осмотре- кожа и слизистые не изменены, печеночных знаков нет. При пальпации- печень уплотнена. Размеры печени по Курлову 13-11-8см. Методом ИФА выявлен HBsAg в сыворотке крови, антитела к гепатиту С (-); билирубин 17мкмоль/мл, АЛТ 197ме/л, АСТ 130ме/л, ПТИ 83%, альбумины 41г/л. УЗИ: диффузные изменения паренхимы печени, правая доля 14,5см, левая – 8см, площадь селезенки 40см. Какой из клинических синдромов вероятен у данного пациента:
<variant>цитолиза
<variant>белково-синтетической недостаточности
<variant>мезенхимального воспаления
<variant>гиперазотемии
<variant>холестаза
<question>Больной 47 лет, обратился в медицинский центр с жалобами на: периодическую слабость, утомляемость. В анамнезе - операция после перелома ноги слева с гемотрансфузией в 2000г. При осмотре- кожа и слизистые не изменены, печеночных стигм нет. При пальпации- живот безболезнен, печень уплотнена. Размеры печени по Курлову 13-11-8см, селезенка не увеличена. Методом ИФА выявлен HBsAg в сыворотке крови, антитела к гепатиту С (-); билирубин 17мкмоль/мл, АЛТ 198ме/л, АСТ 123ме/л, ПТИ 84%, альбумины 40г/л. УЗИ: диффузные изменения паренхимы печени, правая доля 12,5см, левая – 8см, v.porte 0,8см, площадь селезенки 32см2. Какой из перечисленных синдромов вероятен у данного пациента:
<variant>воспаления печени вирусной этиологии
<variant>печеночной недостаточности
<variant>портальной гипертензии
<variant>желудочной диспепсии
<variant>отечно-асцитический
<question>Больной 49 лет, обратился в клинику с изменениями печеночных проб, гепатомегалией и подозрением на гепатит. Периодически бывает слабость, утомляемость. В анамнезе - операция после перелома ноги слева с гемотрансфузией в 2002г. При осмотре-

кожа и видимые слизистые не изменены. При пальпации- край печени уплотнена. Размеры печени по Курлову 13-11-8см, селезенка не увеличена. Методом ИФА выявлен HBsAg в сыворотке крови, антитела к гепатиту С (-); билирубин 15мкмоль/мл, АЛТ 200ме/л, АСТ 134ме/л, ПТИ 87%, альбумины 42г/л. УЗИ: диффузные изменения паренхимы печени, правая доля 13,5см, левая – 8см, v.porte 0,9см, площадь селезенки 42см2. Что является вероятной причиной развития воспаления печени у данного пациента:
<variant>Вирус гепатита В
<variant>прием алкоголя
<variant>Вирус гепатита С
<variant>Повышение железа в сыворотке крови
<variant>Прием гепатотоксических лекарственных препаратов
<question>Женщина 52 лет, врач, обратилась в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита и веса, вздутие живота. В анамнезе- в 15 лет перенесла вирусный гепатит В. При осмотре- вес 64кг, рост175см; кожа сухая , местами синяки, телеангиэктазии на шее, пальмарная эритема, болезненность в правом подреберье. Печень по Курлову 15-10-7 см, селезенка 11Х5,5см. В анализах: билирубин 19мкмоль/л; АЛТ 25ме/л, АСТ 30ме/л, ГГТП 35МЕ; протромбиновый индекс 78%, фибриноген 7,3г/л; холестерин 5,1ммоль/л; тимоловая проба 12ед, альбумины 45 г/л, гамма-глобулины 25%, СОЭ 36 мм/ч. Какой из биохимических синдромов вероятен у данной пациентки:
<variant>мезенхимального воспаления
<variant>белково-синтетической недостаточности
<variant>холестаза
<variant>цитолиза
<variant>азотемии
<question>Женщина обратилась в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита и веса, увеличение живота. Из анамнеза- в детстве перенесла вирусный гепатит. При осмотре - пониженного питания, кожа с желтушным оттенком, местами синяки, телеангиэктазии на шее и плечах, пальмарная эритема. Живот увеличен за счет асцита, пупок выпячен, выраженная подкожная венозная сеть. Размеры печени по Курлову: 15-10-7 см, селезенки 11х5,5см. В б/х анализе крови: билирубин 57мкмоль/л; АЛТ 23ме/л, АСТ 31ме/л, протромбиновый индекс 60%, фибриноген 1,7г/л, общий белок 54 г/л, альбумины 26 г/л, холестерин 2,1 ммоль/л. Какой из биохимических синдромов вероятен у этой пациентки:
<variant>белково-синтетической недостаточности
<variant>цитолиза
<variant>холестаза
<variant>гиперазотемии
<variant>мезенхимального воспаления
<question>Женщина 50 лет, экономист, обратилась в поликлинику с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, снижение аппетита и веса, вздутие живота, слабость. В анамнезе- в 17 лет переболела вирусным гепатитом. При осмотре - пониженного питания, кожа с желтушным оттенком, со следами расчесов, ксантелазмы на веках, пальмарная эритема. Пальпаторно - живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 15-10-7 см, селезенки: 11х5,5 см. В анализах крови: билирубин общий 68,3 мкмоль/л, прямой 49; АЛТ 43ме/л, ГГТП 112 МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 8,1 ммоль/л; щелочная фосфатаза 170 ме/л. Какой из биохимических синдромов вероятен у данной пациентки:
<variant>холестаза

<variant>цитолиза
<variant>гиперазотемии
<variant>мезенхимального воспаления
<variant>белково-синтетической недостаточности
<question>Женщина 36 лет, учитель, жалуется на слабость, усталость, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота. Из анамнеза- в 12лет перенесла вирусный гепатит. При осмотре- нормального питания, склеры слегка иктеричные, единичные телеангиэктазии на спине. При пальпации- болезненность в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 13-10-8 см, селезенки 8,0х5,0 см. В анализах: билирубин 23,5 мкмоль/л; АЛТ 125ме/л, АСТ 90ме/л, ГГТП 115 МЕ; альбумины 42 г/л, холестерин 4,2 ммоль/л; щелочная фосфатаза 76 МЕ/л. Какой из биохимических синдромов вероятен у данной пациентки:
<variant>цитолиза
<variant>азотемии
<variant>холестаза
<variant>мезенхимального воспаления
<variant>белково-синтетической недостаточности
<question>Мужчина 63 лет, обратился с жалобами на тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, уменьшение выделения мочи, снижение аппетита, похудание, неустойчивый стул, резкую слабость, кровоточивость десен. В анамнезе- вирусный гепатит отрицает, в прошлом злоупотреблял алкоголем. При общем осмотре- пониженного питания, кожа с желтушным оттенком, местами петехии и синяки. На коже лица, шеи и плеч – телеангиэктазии, пальмарная эритема. Живот увеличен, отвислый, пупок выпячивает, на передней и боковых стенках живота – расширенная венозная сеть. Врач выставил предварительный диагноз: Синдром портальной гипертензий.
Какой из приведенных признаков является характерным для портальной гипертензии:
<variant>расширенная венозная сеть на передней и боковых стенках живота
<variant>телеангиэктазии
<variant>петехии и синяки
<variant>пальмарная эритема
<variant>желтушный оттенок кожи
<question>Мужчина 50 лет, ветеринар, обратился в приемный покой с жалобами на: увеличение живота, уменьшение выделения мочи, похудание, неустойчивый стул, слабость, кровоточивость десен. Из анамнеза- злоупотребляет алкоголем. При осмотре- пониженного питания, дрожание век и рук, кожа желтушная, местами петехии и синяки. В области носа, щек, шеи и плеч – телеангиэктазии, пальмарная эритема. Живот увеличен, отвислый, пупок выпячивает, вокруг него и на передней стенке живота – расширенная венозная сеть- голова Медузы. Размеры печени по Курлову 17-14-10см, селезенка 13х7см.
Какой из перечисленных синдромов вероятен у данного пациента:
<variant>портальной гипертензии
<variant>кишечной диспепсии с мальабсорбцией
<variant>печеночной энцефалопатии
<variant>желудочной диспепсии
<variant>холестаза
<question>Мужчина 55 лет, обратился в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, похудание, вздутие живота, неустойчивый стул, слабость. Из анамнеза - вирусный гепатит отрицает, в прошлом злоупотреблял алкоголем. При осмотре - масса тела снижена, ИМТ -17кг/м2. Кожа с желтушным оттенком, местами петехии и синяки, телеангиэктазии, пальмарная эритема, язык малиновый. Умеренная болезненность

при пальпации в правом подреберье, край печени плотный, живот увеличен, сеть подкожных вен вокруг пупка. Размеры печени по Курлову 13-11-8 см, селезенки 10х7см. Что из перечисленного является вероятной причиной развития цирроза печени:
<variant>злоупотребление алкоголем
<variant>избыточная масса тела
<variant>употребление наркотиков
<variant>вирус гепатита В или С
<variant>воспаление желчного пузыря
<question>Мужчина 55 лет, слесарь, обратился в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, похудание, вздутие живота, неустойчивый стул, слабость. Из анамнеза - вирусные гепатиты отрицает, в прошлом злоупотреблял алкоголем. При осмотре - кожа с желтушным оттенком, пониженного питания, местами петехии и синяки, телеангиэктазии. Пальмарная эритема, язык малиновый. При пальпации- умеренная болезненность в правом подреберье, край печени плотный, живот увеличен, сеть подкожных вен вокруг пупка. Размеры печени по Курлову 14-11-7 см, селезенки 11х6см. Какой из перечисленных синдромов вероятно у данного пациента:
<variant>цирроз печени
<variant>внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
<variant>воспаления желчного пузыря с конкрементами
<variant>раздраженного кишечника с диареей
<variant>подпеченочной желтухи
<question>Мужчина 44 лет, обратился с жалобами на: боли в эпигастральной области после прием пищи, отдающие в спину, боязнь приема пищи, рвоту, не приносящую облегчения; кашицеобразный жирный стул в большом объеме, похудание. Из анамнеза- злоупотребляет алкоголем. Пониженного питания, атрофия мышц на конечностях, рубиновые капли. При пальпации- боли в эпигастриальной области и в левом подреберье. Уровень амилазы в крови, диастазы в моче повышены. Врач предположил синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Какой из перечисленных методов исследования информативен в данном случае:
<variant>УЗИ поджелудочной железы
<variant>эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
<variant>гастродуоденофиброскопия
<variant>колонофиброскопия
<variant>лапароскопия
<question>Мужчина 48 лет, строитель, обратился в приемный покой сжалобами на: длительные боли в эпигастральной области после прием пищи, отдающие в спину, боязнь приема очередной пищи, рвоту, не приносящую облегчения; кашицеобразный жирный стул в большом объеме, похудание. Из анамнеза- болеет свыше 7 лет, злоупотребляет алкоголем. При осмотре- резко пониженного питания, атрофия мышц на конечностях, рубиновые капли. При пальпации- болезненность в зоне Шоффара, в эпигастриальной области. Размеры печени по Курлову 11-9-7см. Уровень амилазы в крови и диастазы в моче повышен, в анализе кала - стеаторея, креаторея. Какой из перечисленных синдромов вероятен у данного пациента:
<variant>внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
<variant>мальабсорбции
<variant>кишечной диспепсии
<variant>раздраженного кишечника с диареей
<variant>воспаления желчного пузыря с конкрементами

<question>Женщина 53 лет, на приеме у врача жалуется на сильную изжогу и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Ваш предварительный диагноз:
<variant>рефлюкс-эзофагит
<variant>ценкеровский дивертикул пищевода
<variant>хронический гастрит
<variant>хронический панкреатит
<variant>рак пищевода
<question>У женщины 50 лет, с избыточной массой тела дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 6,9 и 7,2 ммоль/л. Наиболее вероятный диагноз:
<variant>Сахарный диабет 2 типа
<variant>Ожирение
<variant>Сахарный диабет 1 типа
<variant>Нарушение гликемии натощак
<variant>Нарушение толерантности к глюкозе
<question>Женщина 33 лет, на приеме врача отмечает раздражительность, общую слабость,быструю утомляемость. В анамнезе: субтотальная резекция щитовидной железы, принимала 50 мкг L-тироксина. Объективно: лицо пастозное, тоны сердца приглушены. АД - 100/70 мм.рт.ст. При ЭХО-КГ: отмечается наличие жидкости в полости перикарда. Назовите метод исследования, который наиболее информативен:
<variant>Определение уровня $T_3$ и $T_4$
<variant>ЭКГ
<variant>Бак. посев крови
<variant>КТ органов средостения
<variant>Суточное мониторирование АД
<question>В приемный покой клиники обратилась женщина 44 лет, с жалобами на огрубение голоса. Из анамнеза – вышеуказанное изменение заметила в течение последних 6 месяцев. Из ранее перенесенных отмечает частые простудные заболевания верхних дыхательных путей. При осмотре – лицо одутловатое, вялая, говорит медленно, голос низкий, осиплый, речь несколько невнятна. Повышенного питания, кожа на ощупь сухая, плотноватая, шелушится. PS -58 ударов в мин, АД -90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны. Какой из нижеперечисленных синдромов вероятно развился в данном случае:
<variant>гипотиреоза
<variant>гипертиреоза
<variant>гипогликемии
<variant>гипергликемии
<variant>гипокортицизма
<question>Женщина 35 лет, работает учителем в школе, обратилась к семейному врачу с жалобами на частые приступы раздражительности в последнее время. Врач при физикальном обследовании выявил экзофтальм, редкое мигание, симптом Грефе и Кохера. Какой из перечисленных синдромов вероятен у данной больной:
<variant>гипертиреоза
<variant>гипотиреоза
<variant>гипогликемии
<variant>гипергликемии
<variant>гиперкортицизма

<question>У мужчины 46 лет, страдающего сахарным диабетом, после инъекции инсулина появились возбуждение, агрессия, жалобы на выраженное чувство голода и дрожь в руках. Развитие какого из нижеприведенных состояний вероятно в данном случае у мужчины:
<variant>гипогликемии
<variant>гиперкортицизма
<variant>гипергликемии
<variant>гипертиреоза
<variant>гипотиреоза
<question>Мужчина 35 лет, доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники. Из анамнеза –со слов жены ранее ничем не болел, но за этот год похудел, несмотря на повышенный аппетит. В последние 2 дня жаловался на жажду, боли в эпигастрии, отсутствие аппетита, тошноту, была однократная рвота, стал беспокойным, возбужденным. При осмотре - запах ацетона изо рта, судороги, рвота, возбужден. PS- 110 ударов в минуту; АД-80/50 мм.рт.ст. За время осмотра стал заторможенным и впал в кому. Какой из ниже перечисленных видов комы вероятно развился в данном случае:
<variant>гипергликемическая
<variant>гипогликемическая
<variant>апоплексическая
<variant>уремическая
<variant>печеночная
<question>Женщина 29 лет, жалуется участковому врачу на апатию, понижение интереса к окружающему, повышение веса, ухудшение памяти, сонливость, вялость, чувство зябкости, которые беспокоят в течение последнего года. Ранее перенесенные заболевания отрицает. 1,5 года назад перенесла операцию по поводу узлового зоба 2 степени - произведена субтотальная тиреоидэктомия. При осмотре – замедленные движения, речь монотонная; несколько одутловатое лицо, суженные глазные щели. Кожа бледноватая с желтушным оттенком, питание повышено. PS -64 ударов в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Какой из ниже приведенных синдромов вероятно развился у данной женщины:
<variant>гипотиреоза
<variant>гипертиреоза
<variant>гипогликемии
<variant>гипергликемии
<variant>гипокортицизма
<question>Женщина 33 лет, аудитор, самостоятельно пришла в приемное отделение клиники с жалобами на короткий сон, повышенный аппетит и похудание за последние 5-6 месяцев. Ранее имеющиеся заболевания отрицает, но отмечает большую психологическую нагрузку на работе. При общем осмотре выявлены повышенная возбудимость, общее двигательное беспокойство, суетливость, слабое развитие подкожно-жировой клетчатки, выраженное дрожание пальцев вытянутых рук и положительные симптомы Мебиуса, Грефе. PS -104 ударов в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Тоны сердца учащены, ритмичны, усилены. Какой из ниже перечисленных синдромов вероятен в данном случае:
<variant>гипертиреоза
<variant>гипотиреоза
<variant>гипокортицизма
<variant>гипергликемии
<variant>гиперкортицизма

<question>У мужчины 45 лет, водителя, при прохождении очередного профилактического осмотра выявлены лицо с расширенными глазными щелями, усиленным блеском глаз, пучеглазием и суетливость в движениях. При тщательном расспросе выяснено, что ранее ничем не болел, но около года назад потерял жену, и некоторое время был в сильной депрессии. Дополнительный осмотр - в позе Ромберга – мелкая дрожь пальцев рук. PS -100 ударов в минуту. АД 140/95 мм.рт.ст. Тоны сердца учащены, ритмичны, усилены, короткий систолический шум на верхушке. Для какого из нижеприведенных патологических состояний характерны данные объективные изменения:
<variant>гипертиреоза
<variant>гипотиреоза
<variant>гипогликемии
<variant>гипергликемии
<variant>гиперкортицизма
<question>Женщина 56 лет, доставлена каретой скорой помощи в приемное отделение ГКБ №4 с подозрением на синдром гипергликемии. Какой из перечисленных показателей информативен подтверждения данного синдрома:
<variant>глюкозоурия
<variant>гиперпротеинемия
<variant>гипопротеинемия
<variant>холестеринурия
<variant>протеинурия
<question>Женщина 42 лет, без сознания, с улицы доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники. После осмотра врач приемного покоя сделал заключение, что в данном случае имеются признаки гипогликемической комы. Какой из ниже приведенных симптомов является патогномоничным для гипогликемической комы:
<variant>повышенные сухожильные рефлексы
<variant>снижение АД
<variant>гипотония мышц
<variant>расширение зрачков
<variant>сохраненный тонус глазных яблок
<question>В приемное отделение клиники бригадой скорой помощи с улицы доставлен мужчина, без сознания. При осмотре – лицо розоватое, кожа сухая, тонус мышц и сухожильные рефлексы снижены, зрачки сужены; на расстоянии слышно «большое шумное дыхание Куссмаулья. PS – слабый, частый. АД- 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Мочеиспускание самопроизвольное, цвет – насыщенный. Какой из нижеперечисленых видов комы вероятно имеет место в данном случае:
<variant>гипергликемическая
<variant>гипогликемическая
<variant>тиреотоксическая
<variant>ишемическая
<variant>печеночная
<question>К участковому врачу обратилась женщина 52 лет, менеджер. После расспроса и осмотра врач определил, что у больной имеется признаки синдрома гипотиреоза. Какой из нижеприведенных характерных симптомов поражения сердечно-сосудистой системы для данного синдрома выявлен при осмотре у женщины:
<variant>кардиомегалия
<variant>аритмия

<variant>тахикардия
<variant>скачущий пульс
<variant>звучность тонов
<question>К эндокринологу обратилась женщина 45 лет, воспитатель, с жалобами на ожирение, появление красных полос на коже, быструю утомляемость и слабость. Из анамнеза – в течение 20 лет состоит на учете и принимает преднизолон в дозе 20 мг по поводу ревматоидного артрита. Данные изменения появились в течение последних 2-х лет. При осмотре – лунообразное, умеренно гиперемированное лицо. Выраженная мышечная масса плечевого пояса и верхней половины туловища. На коже передней поверхностей живота имеются продольные полосы багрово-синюшнего цвета. PS – 118 ударов в минуту, аритмичный. АД -150/100 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены.
Какой из нижеперечисленных синдромов вероятен в данном случае:
<variant>гиперкортицизма
<variant>гипотиреоза
<variant>гипертиреоза
<variant>гипергликемии
<variant>гипокортицизма
<question>При осмотре мужчины, 42 лет, с жалобами на выраженную слабость, нарушение сна, периодические повышение АД и частую депрессию врач приемного покоя определил синдром гиперкортицизма и назначил консультацию эндокринолога. Какие из нижеприведенных объективных симптомов вероятны в данном случае:
<variant>атрофия мышц плечевого пояса и ног
<variant>амимия
<variant>белые стрии
<variant>общее похудание
<variant>утолщение кожных покровов
<question> В приемное отделение поступил мужчина 56 лет, с жалобами на обесцвеченный стул, зуд, боли в животе. Желтушность кожи и склер при заболеваниях сердечно-сосудистой системы обусловлено:
<variant>нарушением билирубинового обмена из-за застойных явлений в печени
<variant>выраженной анемией
<variant>перенесенным гепатитом
<variant>употреблением в пищу большого количества моркови
<variant>портальной гипертензией
<question>В больницу был доставлен мужчина 21 лет , с жалобами на тошноту, рвоту, боль в области живота. Врач предполагает приступ “брюшной жабы”. «Брюшная жаба» это :
<variant>приступ боли в животе на высоте пищеварения, купирующийся нитроглицерином
<variant>приступ боли в животе до еды, метеоризм
<variant>приступ боли в животе после еды, диспепсические расстройства
<variant>приступ боли в животе до еды, диарея
<variant>приступ боли в животе, чувство скованности суставов по утрам
<question>Мужчина 53-х лет, поступил в стационар с болью в верхней половине живота, частый обильный стул. Из анамнеза: накануне в гостях употребил большое количество крепкого алкоголя на фоне обильного переедания. Копрология: большое количество непереваренных мышечных волокон, много нейтрального жира, крахмала.
Ваш предварительный диагноз:
<variant>хронический панкреатит
<variant>хронический энтероколит

<variant>хронический гастрит
<variant>хронический холецистит
<variant>синдром раздраженного кишечника
<question>У женщины 45 лет, остро повысилась температура до 40°С, появились озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии легких выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Укажите причину пневмонии:
<variant>легионелла
<variant>клебсиелла
<variant>микоплазма пневмонии
<variant>палочка Пфейффера
<variant>золотистый стафилококк
<question>Мужчина 39 лет, на приеме у участкового врача жалуется на боли в эпигастриальной области , возникающие через 1,5-2 часа после еды, а также по ночам; склонность к запорам. Год назад течение язвенной болезни осложнилось перфорацией. Укажите локализацию язвы:
<variant>в луковице 12-перстной кишки
<variant>на малой кривизне желудка
<variant>в антральном отделе желудка
<variant>на большой кривизне желудка
<variant>в пилорическом канале желудка
<question>Мужчина 53 лет, злоупотребляющий алкоголем, поступил в стационар с кровотечением из варикозно - расширенных вен пищевода. Неделю назад появились боли в правом подреберье, отмечает желтушность кожных покровов . Обьективно: кожа и склеры желтушны, телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, болезненная. Спленомегалия. В общем анализе крови : анемия, тромбоцитопения, СОЭ-36 мм/ч. Общий билирубин 56 мкмоль/л, прямая фракция – 12,2 мкмоль/л. Ваш предварительный диагноз:
<variant>цирроз печени алкогольной этиологии
<variant>криптогенный цирроз печени
<variant>хронический алкогольный гепатит
<variant>хронический криптогенный гепатит
<variant>хронический лекарственный гепатит
<question>У больного при поступлении в стационар в экстренном порядке: жалобы на жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, не купируются полностью алмагелем. Отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью – рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Эти признаки позволяют заподозрить :
<variant>рефлюкс-эзофагит
<variant>ахалазию кардии
<variant>рак пищевода
<variant>бронхиальную астму
<variant>хронический гастрит
<question>Мужчина 42 лет, на приеме у врача жалуется на чувство жжения за грудиной, усиливающееся после еды, при наклоне туловища вперед и в положении лежа. Укажите, информативный метод исследования:
<variant>эзофагоскопия

<variant>эзофагоманометрия
<variant>рентгенография органов грудной клетки
<variant>электрокардиография с нагрузочными пробами
<variant>ультразвуковое исследование органов брюшной полости
<question>Мужчина 27 лет, на приеме у врача жалуется на боли в эпигастриальной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, «ночные» боли; отрыжку кислым, тошноту. Объективно: пониженного питания, язык влажный, обложен белым налетом , при пальпации живота - болезненность в эпигастриальной области. Укажите, информативный метод исследования:
<variant>фиброгастродуоденоскопия
<variant> ирригоскопия
<variant>эзофагоманометрия
<variant>рентгенография желудка
<variant>ультразвуковое исследование органов брюшной полости
<question>Женщина 55 лет, на приеме у врача жалуется на чувство тяжести и дискомфорта в правом подреберье, возникающие после приема пищи, чувство горечи во рту, периодически рвоту. Объективно – повышенного питания, кожные покровы обычной окраски, при пальпации определяется чувствительность в точке проекции желчного пузыря. Информативным методом исследования является:
<variant>ультразвуковое исследование органов брюшной полости
<variant>гастроскопия
<variant>ирригоскопия
<variant>дуоденальное зондирование
<variant>пункционная биопсия печени
<question>Мужчина в возрасте 38 лет, при обильном приеме пищи, охлаждении, ходьбе, раскачивании жалуется на болезненные ощущения, возникающие в левой части живота и поясничной области и уменьшающиеся после приема баралгина. Объективно: язык покрыт белым налетом, живот мягкий, при прикосновении ощущение боли под левым ребром, в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона). Ваш вероятный диагноз :
<variant>хронический панкреатит, болевая чувственная форма
<variant>язвенная болезнь желудка
<variant>хронический пиелонефрит
<variant>мочекаменная болезнь, почечный припадок
<variant>язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
<question>Мужчина в возрасте 34 лет, жалуется на боль в эпигастриальной области, возникающую через 1,5 х 2 ч. после еды, на ночные болевые ощущения, склонность к запорам. Год назад язва желудка осложнилась перфорацией. Язва желудка у больного оседает...
<variant> в луковице 12-перстной кишки
<variant>в антральной части желудка
<variant> на нижнем плече желудка
<variant>на большом плече желудка
<variant>в пилорическом канальце желудка
<question>Мужчина в возрасте 53 лет поступил с кровотечением из варикозного расширения вен пищевода. Неделю назад появилась боль под правым ребром, желтушность. Пристрастился к выпивке. При осмотре: кожа и белая роговица глаза желтоватые, телеангиэктазии. Живот засох. Печень выступает из реберной дуги на 3 см, плотная,

болезненная. Спленомегалия. В анализах крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ-36 мм/ч. Общий билирубин 56 мкмоль /л, из-за прямой фракции. Ваш вероятный диагноз :
<variant>цирроз печени алкогольной этиологии
<variant>криптогенный цирроз печени
<variant>хронический алкогольный гепатит
<variant>хронический криптогенный гепатит
<variant>хронический лекарственный гепатит
<question>Мужчина на приеме у врача жалуется на жжение и боль в спине, когда ложится, наклоняет грудь вперед , которые усиливаются после еды. Информативный метод исследования :
<variant> Эзофагоскопия
<variant> Эзофагоманометрия
<variant>рентгенография грудной клетки
<variant> электрокардиография с принудительной проба
<variant>УЗИ брюшной полости
<question>Мужчина 27 лет поступил в стационар с жалобами на боль в эпигастриальной области и ночную боль, отрыжку горечью, отрыжку, возникающую после 1,5-2 часов приема пищи. При осмотре: низкое питание, влажный язык, дно покрыто белым налетом, при пальпации – болевые ощущения в эпигастриальной области. Метод исследования вероятной информации:
<variant>гастроскопия
<variant>эзофагоманометрия
<variant>рентгенография желудка
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<variant>ирригоскопия
<question>Женщина 52 лет, жалуются на чувство тяжести и дискомфорта под правым ребром, возникающее после приема пищи, горький вкус во рту, периодическую рвоту. Объективно- кожные покровы нормального цвета, при пальпации определяется чувствительность в точке в области желчного пузыря. Информативный метод исследования :
<variant>УЗИ брюшной полости
<variant>гастроскопия
<variant>ирригоскопия
<variant>дуоденальное зондирование
<variant>колоноскопия
<question>Пациент в возрасте 52 лет, жалуется на боль под правым ребром , слабость, тошноту, недостаток сна ночью , сонливость днем, увеличение живота, боль под правым ребром. После употребления жирной и острой пищи жидкие субпродукты часто выделяются. Печеночная граница выступающая из реберной дуги 6 см, плотная, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется, размер 10х12 см. При перкуссии - нижняя брюшная полость замкнута. Прогноз диагноз:
<variant>цирроз печени, стадия декомпенсации
<variant>цирроз печени, стадия компенсации
<variant>цирроз печени, стадия субкомпенсации
<variant>аутоиммунный гепатит 1 типа
<variant>аутоиммунный гепатит 2 типа
<question>У 18-летней женщины после эмоционального потрясения возникло чувство дисфагии, припадка в груди. От нервозности, усталости возникла дисфагия. Аппетит

сохранен, не похудела. При физикальном обследовании патология не выявлена. Причина, приводящая к возникновению дисфагии:
<variant>эзофагоспазм
<variant>рак пищевода
<variant>пептическая язва пищевода
<variant>аксиальная грыжа пищеводного отростка диафрагмы
<variant>герпетическое поражение пищевода
<question>Больной 28 лет, жалуется на боль в эпигастральной области через 1,5-2 часа после еды, отрыжку воздухом. ЭФГДС: кремово- гиперимеризованный в пилорическом и антральном отделах желудка. Ваша диагностическая тактика:
<variant>определить helicobacter pylori
<variant>хромоэндоскопия
<variant>рентген желудка
<variant>внутрижелудочная pH-метрия
<variant>электрогардиографический метод
<question>У больного при осмотре - гепатоспленомегалия, увеличение остаточного азота и мочевины в биохимическом анализе с асцитом, повышение индола, скатола и фенола в моче. По клиническому симптому этот синдром можно рассматривать как:
<variant>клеточная недостаточность печени
<variant>синдром цитолиза
<variant>синдром холестаза
<variant>мезенхимальное воспаление
<variant>шунтирование печеночного кровообращения
<question>К участковому врачу обратился 37-летний Журавлев М., больной жаловался на боль в верхней части правого живота, лихорадку, желтуху, артериальную гипотензию, угнетение. Эти признаки характерны:
<variant>при остром холангите
<variant>к острому холециститу
<variant>при остром аппендиците
<variant>при остром панкреатите
<variant>при остром пиелонефрите
<question>Мужчина был госпитализирован в возрасте 53 лет с болезненным ощущением верхней части живота, часто с большим дефекацией. В анамнезе: в вечернем ГОСТе при обильном питании принимала алкоголь в умеренных количествах. В капрологии: большое количество неповрежденных мышечных волокон, много нейтральных жиров, крахмал. Вероятный диагноз:
<variant>хронический энтероколит
<variant>хронический гастрит
<variant>хронический холецистит
<variant>синдром хронического кишечника
<variant>хронический панкреатит
<question>В больницу поступил пациент, жалующийся на боль в области пищевода. На самую серьезную жалобу по прогнозу пациентов с заболеваниями пищевода . . . входит
<variant>дисфагия
<variant>рвота
<variant>боль
<variant>слюноотделение
<variant>заикание

<question> Суточные колебания температуры тела у больных находились в пределах 36,6-40,2 С. Повышение температуры тела сопровождается ознобом; снижение сопровождается сильным выделением пота. Характерный тип температурной кривой:
<variant>febris intermittens
<variant>febris continua
<variant>febris remittens
<variant>febris reccurens
<variant>febris hectica
<question>У пациентки после нарушения диеты – употребления жареной, острой пищи были Пайи: рвота, метеоризм, тошнота, отрыжка, обильное выделение слюны, боль в эпигастральной области, распространяющаяся по позвоночнику. Ваш вероятный диагноз:
<variant>панкреатит
<variant>гастрит
<variant>язва желудка
<variant>холецистит
<variant>гепатит
<question>Больной в 45 лет жалуется на боль под правым ребром, рвоту, слабость. Болеет уже 2 года. Ухудшение состояния произошло после употребления жирной пищи, алкоголя. Обьективные: кожа и склера желтоватые, моча «пивного цвета», бесцветный стул. Печень увеличена на 5 см, край закруглен. Ваш предварительный диагноз:
<variant>хронический гепатит
<variant>цирроз печени
<variant>рак печени
<variant>острый вирусный гепатит
<variant>синдром Жильбера
<question>У больного язвенной болезнью желудка после приема пищи в период обострения болезни появились жалобы на рвоту, отрыжку с запахом «тухлых яиц». Осложнения, которые могут возникнуть у пациента:
<variant> стеноз
<variant> пенетрация
<variant>перфорация
<variant>кровотечение
<variant>малигнизация
<question>У мужчины 26 лет, после приема обильного спиртного наблюдается многократная рвота, с примесью крови. Ваш предварительный диагноз:
<variant>синдром Меллори-Вейса
<variant>кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
<variant>острый панкреатит
<variant>язва желудка
<variant>болезнь Крона
<question>У 29-летней пациентки внезапно появились чувство тошноты, рвота, повышение температуры тела, диарея 6-8 раз в сутки с пахнущим зеленым калом. О каком заболевании можно думать:
<variant>инфекционная диарея
<variant>неспецифический язвенный колит
<variant>болезнь Крона
<variant>неинфекционная диарея
<variant>дивертикулез тонкой кишки

<question>У больного после приема спиртного появилась многократная рвота, последняя с примесью крови. Ваш предварительный диагноз:
<variant>синдром Меллори-Вейса
<variant>кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;
<variant>острый панкреатит
<variant>язва желудка
<variant>болезнь Крона
<question>Мужчина в возрасте 38 лет, на приеме у врача жалуется на жжение и боль в спине, когда ложится, наклоняет грудь вперед и усиливается после еды. Вероятный метод исследования :
<variant>Эзофагоскопия
<variant>Эзофагоманометрия
<variant>рентгенография грудной клетки
<variant>электрокардиография с принудительной проба
<variant>УЗИ брюшной полости
<question>Мужчина на приеме у врача жалуется на боль в эпигастриальной области и ночную боль, отрыжку горечью, отрыжку, возникающую после 1,5-2 часов приема пищи. При осмотре: низкое питание, влажный язык, дно покрыто белым налетом, при пальпации – болевые ощущения в эпигастриальной области. Информативный вероятный метод исследования
:
<variant>гастроскопия
<variant>ирригоскопия
<variant>эзофагоманометрия
<variant>рентгенография желудка
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<question>При диабетической коме из ротовой полости выделяется запах :
<variant> ацетона
<variant> эфира
<variant> гнилых яблок
<variant>тухлых яйц
<variant> аммиака
<question>Патогенез полиурии связан с :
<variant> глюкозурией
<variant> инсулиновой недостаточностью
<variant> значительными отклонениями уровня сахара в крови
<variant> накоплением в крови ацетоновых тел
<variant> гиперлипидемией
<question>Показанием к определению толерантности к глюкозе является наличие у больного:
<variant> жажды и полиурия, ожирения, рецидивирующего фурункулеза
<variant> олигоурии, аллергии
<variant> дислипидемии, кожного зуда
<variant> уровня глюкозы натощак свыше 10 ммоль/л, анурии
<variant> уровня глюкозы натощак - 3,4 ммоль/л, кахексии
<question>Одним из основных проявлений нарушения микроциркуляций при сахарном диабете является :
<variant> ретинопатия
<variant> атеросклероз

<variant> катаракта
<variant> симметричная невропатия
<variant> поражение сосудов нижних конечностей
<question>Основным лабораторным критерием в диагностике сахарного диабета является :
<variant> гипергликемия на голодный желудок
<variant> продолжительная глюкозурия
<variant> гиперхолестеринемия
<variant> кетонурия
<variant> гипокалийемия
<question>Основной патогенетический механизм сахарного диабета:
<variant>инсулиновая недостаточность
<variant>нарушение обмена липидов
<variant>нарушение обмена белка
<variant>нарушение обмена ионов калия и натрия
<variant>нарушение водно-солевого обмена
<question>Основное диагностическое мероприятие на амбулаторном уровне, при сахарном диабете 1 типа:
<variant>определение гликемии натощак и через 2 часа после еды
<variant>определение ICA – антител к островковым клеткам
<variant>определение С-пептида в сыворотке крови
<variant>определение ТТГ, свободный Т4, анти-ТПО и ТГ
<variant>определение IAA – антител к инсулину
<question>Диагностическое мероприятие, проводимое на этапе неотложной помощи при сахарном диабете 1 типа:
<variant>определение уровня гликемии
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<variant>ЭХОКГ
<variant>суточное мониторирование ЭКГ по холтеру
<variant>ЭФГДС
<question> Мужчина 42 лет поступил в больницу с жалобами на мигрирующие боли в суставах, одышку при умеренной физической нагрузке, колющие боли в области сердца. 2 недели назад перенес гнойную ангину. Объективно: границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см, тахикардия, систолический шум на верхушке. Голеностопные суставы припухлые, болезненные на ощупь. На теле сыпь в виде кольцевидной эритемы. Назовите предварительный диагноз у данного больного:
<variant> острая ревматическая лихорадка
<variant> ревматоидный артрит
<variant> реактивный артрит
<variant> неревматический миокардит
<variant> системная красная волчанка
<question> Женщина 52 лет на приеме у врача отмечает боли в коленных суставах в течение 2 лет, утреннюю скованность до получаса. Объективно: коленные суставы деформированы, имеются уплотнения периартикулярных тканей, умеренная гипертермия, пальпаторная крепитация. Выберите основное диагностическое исследование для установления диагноза:
<variant> Рентген коленных суставов
<variant> денситометрия
<variant> пункция коленного сустава
<variant> магнитно-резонансная томография коленных суставов

<variant> артроскопия
<question> Женщина 52 лет на приеме у врача жалуется на боли и ограничение движений в межфаланговых суставах кистей. При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов обнаружены плотные узелки размером до 0,5 см, умеренно болезненные при пальпации. Суставы незначительно деформированы, движения в них ограничены. При рентгенологическом исследовании суставов кистей выявлено сужение суставной щели и остеосклероз. Назовите предварительный диагноз у данной больной:
<variant> остеоартрит
<variant> ревматоидный артрит
<variant> реактивный артрит
<variant> псориатический артрит
<variant> подагра
<question> Женщина 65 лет обратилась к врачу с жалобами на боли в правом коленном суставе и ограничение подвижности. На рентгенограммах правого коленного сустава отмечается сужение рентгенологической суставной щели, субхондральный склероз, уплощение, неровность суставных поверхностей, выраженные краевые костные разрастания. Назовите предварительный диагноз у данной пациентки:
<variant> остеоартрит
<variant> артропатия
<variant> ревматоидный артрит
<variant> анкилоз
<variant> хронический артрит
<question> Больная 35 лет обратилась к врачу. Жалобы: онемение пальцев ног. При контакте с холодной водой отмечается бледность и постепенное посинение пальцев рук, что становится отчетливо видно. Ранее диагностирован синдром Рейно и подозрение на системную склеродермию. Назовите симптом, позволяющий уточнить диагноз у данной больной:
<variant> утолщение кожи на пальцах рук
<variant> эритема на лице
<variant> деформация мелких сосудов
<variant> симптомы интерстициального нефрита
<variant> онемение кончиков стоп
<question> Женщина 42 лет находится на стационарном лечении и жалуется на боли в руках, пальцах ног, локтях, коленях, утреннюю скованность в суставах, слабость. Из анамнеза: болеет около двух лет, к врачу не обращалась. При осмотре: ульнарная девиация кистей, локтей, коленей без деформации, стопы в виде halux valgus. Назовите предварительный диагноз у данной больной:
<variant>Ревматоидный артрит
<variant>Болезнь Бехтерева
<variant>Остеопороз
<variant>Хондроматоз суставов
<variant>Деформирующий артроз
<question> Назовите симптом, который следует выявить при расспросе истории болезни пациента с артрозом:
<variant> начало заболевания в пожилом возрасте
<variant> заболевание начинается с поражения коленных суставов
<variant> Болезнь Бехтерева у близких родственников
<variant> болезнь начинается с поражения позвоночника

<variant> начало заболевания в молодом возрасте
<question> У женщины 34 лет после перенесенной ОРВИ появились отеки и покраснения лучезапястных, локтевых, пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов, чувство скованности до 12 часов ночи, вечером - субфебрильная температура. Вышеперечисленные симптомы постепенно нарастали в течение 3 месяцев. Определите изменения в общем анализе крови:
<variant> лейкоцитоз
<variant> нейтропения
<variant> лимфопения
<variant> тромбоцитопения
<variant> лимфоцитоз
<question> Опишите изменения в пястно-фаланговых суставах у данного пациента:

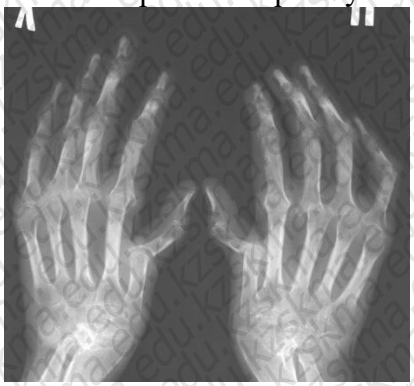


<variant> грубая неравномерная деформация
<variant> разрушение костной ткани
<variant> воспаление околосуставных мягких тканей
<variant> округлая деформация типа «футбольный мяч»
<variant> повреждение связочного аппарата вокруг сустава
<question> Назовите результат иммунологического исследования у больного с характерными образованиями около суставов:



<variant> ревматоидный фактор резко повышен
<variant> ревматоидный фактор отрицательный
<variant> С-реактивный белок не обнаружен
<variant> антистрептолизин-О умеренно повышен
<variant> антистрептолизин-О резко повышен
<question> Женщина 42 лет жалуется на боли в плюснефаланговых и голеностопных суставах, чувство утренней скованности перед обедом. Температура тела повышается по вечерам до 37,6-38,0ºС. Считает себя больной около 6 месяцев, начало заболевания связывает с переохлаждением. У матери были похожие симптомы. Голеностопные и плюснефаланговые суставы симметрично припухлые, болезненные при сдавливании. Кисти рук также болезненны. Назовите результат иммунологического исследования больной:
<variant> высокий ревматоидный фактор
<variant> снижение уровня фибриногена
<variant> повышенный уровень мочевой кислоты
<variant> снижение уровня общего белка в крови

<variant> повышение уровня антистреполизина
<question> Больной 39 лет жалуется на боли в плюснефаланговых и голеностопных суставах, чувство утренней скованности перед обедом. Голеностопные и плюснефаланговые суставы симметрично припухлые, болезненные при сдавливании. Температура тела субфебрильная. Заболевание связывает с переохлаждением. У матери были аналогичные симптомы. Назовите изменения в иммунологическом исследовании больного:
<variant> высокий ревматоидный фактор
<variant> снижение уровня фибриногена
<variant> повышенный уровень мочевой кислоты
<variant> снижение уровня общего белка в крови
<variant> повышение уровня антистреполизина
<question> Женщина 36 лет обратилась к врачу с жалобами на боль и припухлость в лучезапястном суставе, сильную боль и слабость в кисти, невозможность сжать кисть или удержать в ней предмет; субфебрильную температуру по вечерам. Суставы болят и припухают в течение года, но к врачу не обращалась до ухудшения симптомов. Симптом сдавливания кисти положительный. Ревматоидный фактор 52 МЕ/мл (норма <10 МЕ/мл). Опишите рентгенограмму кистей у данной больной:



<variant> краевые эрозии суставных поверхностей
<variant> субхондральный склероз
<variant> периартикулярный склероз
<variant> краевые утолщения и остеофиты
<variant> неравномерное расширение суставной щели
<question> Мужчина 32 лет жалуется на боль и припухлость правого коленного сустава в течение 2-3 недель. Повышение температуры тела до 38,6º С, слабость, потливость. Назовите результат лабораторного обследования у этого больного:
<variant> повышенный С-реактивный белок
<variant> повышенный уровень мочевой кислоты
<variant> повышение креатинина
<variant> повышенный уровень ферритина
<variant> повышенный уровень мочевины
<question> Больной 20 лет жалуется на боли в коленных суставах. Несколько дней назад его беспокоили боли и припухлость в локтевых, затем в голеностопных суставах. Две недели назад перенес тонзиллит. При осмотре отмечена небольшая припухлость и гиперемия правого коленного сустава. Назовите изменения в общем анализе крови у данного больного:
<variant> лейкоцитоз
<variant> лейкопения
<variant> лимфопения
<variant> нейтропения

<variant> лимфоцитоз
<question> Пациент 33 лет, обратилась к врачу с жалобами на повышение температура тела до 39,9, озноб, сухой кашель, боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании. Из анамнеза: заболела остро, 3 дня назад. Объективно: в нижних отделах правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, выслушиваются жесткое дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Ваш предварительный диагноз:
<variant> пневмония
<variant> хроническая обструктивная болезнь легких
<variant> бронхиальная астма
<variant> сухой плеврит
<variant> экссудативный плеврит
<question> Пациент 55 лет, на приеме у врача предьявляет жалобы на кашель с выделением большого количества гнойной мокроты, иногда «полным ртом» с неприятным гнилостным запахом, вялость, раздражительность, понижение работоспособности. Из анамнеза отмечает хронический бронхит с детства. При осмотре – пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». В аускультации легких ослабленное везикулярное дыхание, в средней доле справа разнокалибрные влажные хрипы. Ваш предварительный диагноз:
<variant> бронхиальная астма
<variant> экссудативный плеврит
<variant> хроническая обструктивная болезнь легких
<variant> сухой плеврит
<variant> бронхоэктатическая болезнь
<question> Пациен 26 лет, на приеме у врача предъявляет жалобы на боли в грудной клетке слева, повышение температуры до 39°, нарастающую одышку. Объективно: ослабление голосового дрожания слева, укорочение перкуторного звука. Число дыханий - 22 в минуту, ЧСС - 100 ударов в минуту. Решающим для постановки диагноза является метод:
<variant> рентгенографии грудной клетки
<variant> острофазовых показателей крови
<variant> электрокардиографии
<variant> общего анализа крови
<variant> спирография
<question> Пациент 46 лет, на приеме у врача жалуется на кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке. В течение 2 лет страдает бронхолегочной патологией, курильщик. Объективно: дыхание жесткое, по всем полям сухие жужжащие хрипы, выдох удлинен. Ваш предварительный диагноз:
<variant> хроническая обструктивная болезнь легких
<variant> пневмония
<variant> бронхиальная астма
<variant> бронхоэктатическая болезнь
<variant> хронический гнойный бронхит
<question> В стационар поступил мужчина 29 лет , с жалобами на приступ удушья, возникший 2 часа назад дома, на кашель с небольшим отделением вязкой стекловидной мокроты. При осмотре: состояние тяжелое. Больной сидит в постели, опираясь на нее руками. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД - 30 в минуту, резко затруднен выдох. Отмечается выраженный диффузный цианоз, набухание шейных вен. Выберите вероятную причину dyspnoe:
<variant> спазм мелких бронхов

<variant> уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнение)
<variant> снижение эластичности легких вследствие эмфиземы
<variant> механическое препятствие в гортани
<variant> поражение трахеи
<question>Пациент 36 лет, страдающий хронической обструктивной болезнью легких , находится на стационарном лечении по поводу очагового туберкулеза легких без распада. После наблюдавшегося клинического улучшения в течение последних 3-х дней отмечается повышение температуры тела до 38°С, непродуктивный кашель. Методам обследования, для уточнения причины ухудшения состояния больного, является….
<variant>посев мокроты на чувствительность сопутствующей микрофлоры
<variant>брашбиопсия
<variant>бронхоскопия
<variant>туберкулиновая проба
<variant>компьютерная спирография
<question> Женщина 39 лет обратилась к врачу по поводу повышения температуры тела 2 дня назад до 37,5 - 37,8, влажный, продуктивный кашель . ЧСС - 100 ударов в минуту. ЧДД - 28 в минуту. Укорочение перкуторного звука под легкими нет. При аускультации легких: дыхание жесткое, с обеих сторон, больше в базальных отделах определяются сухие свистящие и жужжащие хрипы , а также влажные среднекалибрные хрипы. Ваш предварительный диагноз:
<variant> бронхит необструктивный
<variant> пневмония
<variant> ларинготрахеит
<variant> бронхиальная астма
<variant> туберкулез
<question> Девочка 24 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на периодически возникающие эпизоды одышки в покое, которые появились в течение последней недели. бъективно: в нижних отделах правого легкого локальное притупление легочного звука, ослабление дыхания, ЧДД 26 в минуту, ЧСС 86 ударов в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст. Ваш предварительный диагноз:
<variant> пневмония
<variant> бронхиальная астма
<variant> тромбоэмболия легочной артерии
<variant> нейроциркуляторная дистония
<variant> острый обструктивный бронхит
<question> Мужчина 42 лет, на приеме у врача жалуется на повышение температуры тела до 38˚С, кашель со слизистой мокротой, слабость. Заболел остро после переохлаждения. Объективно: в легких жесткое дыхание, хрипов нет. В анализах крови : лейкоциты - 7,5 тыс, СОЭ - 20 мм/ч. Ваш предварительный диагноз:
<variant> острый бронхит
<variant> острый ринофарингит
<variant> хронический бронхит, обострение
<variant> внебольничная прикорневая пневмония
<variant> хроническая обструктивная болезнь легких, легкой степени, обострение
<question> Пациент 53 лет, обратился к врачу с жалобами на кашель, временами со слизисто-гнойной мокротой в течение последних 2 лет. Курит с 10 лет. Последние 3 месяца

появилась экспираторная одышка при беге и подъёме на 3-й этаж. При аускультации легких : жёсткое дыхание, сухие хрипы. Индекс Тиффно равен 55%. Ваш предварительный диагноз:
<variant> хроническая обструктивная болезнь легких
<variant> осумкованный плеврит
<variant> очаговая пневмония
<variant> саркоидоз лёгких
<variant> бронхиальная астма
<question> Врач медицинского пункта был вызван к мальчику 14 лет (вес 55 кг). Жалобы на повышение температуры тела до 39,8 градусов, слабость, недомогание, отсутствие аппетита, потливость, боль в горле при глотании. Частота дыхания 35. Нормальное число дыханий в одну минуту:
<variant> 16 – 20
<variant> 24 – 28
<variant> 32 – 36
<variant> 10 – 14
<variant> 36 – 40
<question>Пациент 66 лет, обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 37,7 ˚С, кашель, При аускультации выслушиваются сухие хрипы, общую слабость, потливость.
Механизм появления сухих хрипов:
<variant>сужение просвета бронхов
<variant>утолщение листков плевры
<variant>наличие жидкого секрета в просвете
<variant>колебание стенок альвеол
<variant>наличие жидкости в альвеолах
<question> Женщина 27 лет, жалуется на выраженную одышку, кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой в течение 3-х часов. Объективно: состояние средней тяжести. Вынужденное положение с фиксированным плечевым поясом. Затрудненный удлиненный выдох. Слышны «дистанционные хрипы». Основные аускультативные признаки бронхоспастического синдрома:
<variant>дискантовые хрипы
<variant>крупозырчатые хрипы
<variant>мелкопузырчатые влажные хрипы
<variant>консонирующие хрипы
<variant>крепитация
<question>Мужчина 35 лет, вызвал бригаду «Скорой помощи». Предъявляет жалобы на приступ удушья, сильный кашель, потливость, сердцебиение, першение в горле, чувство страха. Объективно: состояние средней степени тяжести, положение ортопноэ, лицо синюшно-багрового цвета. Признаками синдрома уплотнения легочной ткани Не являются :
<variant>ослабление везикулярного дыхания на здоровой стороне
<variant>притупление перкуторного звука
<variant>усиление голосового дрожания
<variant>усиление бронхофонии и влажные хрипы
<variant>отставание больной стороны в акте дыхания
<question>У женщины 27 лет, после обработки помещения дезинфицирующим раствором внезапно появилось чувство нехватки воздуха, надсадный приступообразный кашель, страх смерти. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы цианотичные, выраженный гипергидроз. Тахипноэ, ЧДД 40 в минуту. Тоны сердца глухие, ЧСС 140

ударов в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Над полостью в легком, содержащей воздух и мокроту выслушивается:
<variant>бронхиальное дыхание и крупнопузырчатые влажные хрипы
<variant>сухие хрипы и бронхиальное дыхание
<variant>крепитация и бронхиальное дыхание
<variant>сухие хрипы и везикулярное дыхание
<variant>мелкопузырчатые влажные хрипы
<question>Врач бригады скорой помощи был вызван к женщине 28 лет, по поводу внезапно возникшего и продолжающегося в течение нескольких часов приступа удушья с затруднением выдоха, кашля с трудноотделяемой мокротой. Повторное применение ингалятора (β-адреностимулятор, беротек) дало лишь временный эффект. Подобные приступы беспокоят больного в течение 5 лет, которые провоцируются запахами бензина, цветущих растений. Основной признак дыхательной недостаточности:
<variant>одышка
<variant>кровохарканье
<variant>кашель
<variant>мокрота
<variant>слабость
<question>В больницу поступил мужчина 27 лет, с нарушением дыхания. Его отправили на пневмотахометрию. Пневмотахометрией определяется:
<variant>объемная скорость воздушного потока во время вдоха и выдоха
<variant>дополнительный объем
<variant>дыхательный объем
<variant>резервный объем
<variant>объем остаточного воздуха
<question>Мужчина 29 лет. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до 38,$^0$С, нарастание слабости, сонливости, похудения, повышенную потливость. Мужчина продолжал работать, но два дня назад появилась гнойная мокрота, что заставило обратиться к врачу. Обильная до 200 – 300 мл гнойная мокрота в сутки выделяется при:
<variant>бронхоэктатической болезни
<variant>гнойном обструктивном бронхите
<variant>эмфиземе легких, пневмосклерозе
<variant>бронхиальной астме
<variant>очаговой или крупозной пневмоний
<question>Поступил мужчина 35 лет, жалуется на боли в грудной клетке, повышение температуры тела, выраженную общую слабость. Боль чаще односторонняя , достаточно интенсивная, с тенденцией к усилению при глубоком вдохе, кашле, чихании. Температура тела повышается до 38°С, редко выше. Также беспокоит общая слабость, потливость, головная боль, непостоянные боли в мышцах и суставах. Аускультативный признак синдрома утолщения листков плевры:
<variant>ослабленное везикулярное дыхание
<variant>амфорическое дыхание
<variant>везикулярное дыхание
<variant>патологическое бронхиальное дыхание
<variant>усиленное везикулярное дыхание
<question>Мужчина 53 лет, находится на стационарном лечении 10-е сутки. При аускультации легких: разнокалибрные, влажные и сухие хрипы. Дыхание поверхностное,

тахипноэ, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, тахикардия ЧСС 100 ударов в мин., АД 90/60 мм. рт. ст. Сухие хрипы возникают из-за:
<variant>сужения просвета бронхов
<variant>набухания слизистой оболочки бронхов
<variant>скопления в просвете бронхов вязкого секрета
<variant>наличия в альвеолах жидкости
<variant>спазма гладкой мускулатуры бронхов
<question>У пациента 26 лет в детстве после перенесенного ревматизма сформировался стеноз митрального отверстия. В течение многих лет чувствовал себя удовлетворительно, но в последнее время, после частых ангин, состояние резко ухудшилось: появились одышка, кашель с выделением «ржавой» мокроты, сердцебиение, боли в области сердца, отеки на ногах, прибавила в весе. Влажные хрипы возникают при:
<variant>скоплении в просвете бронхов жидкого или полужидкого секрета
<variant>скоплении в просвете бронхов вязкого секрета
<variant>набуханий слизистой оболочки бронхов
<variant>спазме гладкой мускулатуры бронхов
<variant>наличии в альвеолах жидкости
<question>Пациент 44 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жалуется на повышение температуры до 38 $^0$С по вечерам, постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, повышенную потливость. При аускультации легких выслушивается крепитация. Крепитация выслушивается при:
<variant>наличии в альвеолах жидкого секрета
<variant>скоплении в просвете бронхов жидкого или полужидкого секрета
<variant>набухании слизистой оболочки бронхов
<variant>сужении просвета бронхов вязким секретом
<variant>спазме гладкой мускулатуры бронхов
<question>Мужчина 26 лет, из группы социального риска предъявляет жалобы на слабость, недомогание, утомляемость, потерю массы тела, покашливание, ночная потливость. Болеет в течение последних 2-3 месяцев, очень часто работает в ночную смену. На флюрограмме обнаружена инфильтративная тень в верхней доле правого легкого, с дорожкой к корню. Ваша тактика ведение больного:
<variant>Анализ мокроты на БК
<variant>Направить к фтизиатру
<variant>Провести антибактериальную терапию
<variant>Назначить противотуберкулезное лечение
<variant>Направить в пульмонологическое отделение
<question>Мужчина 28 лет, на приеме у участкового врача жалуется на жгучие и давящие боли в области сердца, испытываемые больным почти постоянно в течение последних двух недель. Беспокоят также сердцебиение и одышка. Из анамнеза: Заболел около трех недель назад, когда после какого-то заболевания, сопровождающегося кашлем и ознобом, появились указанные выше жалобы со стороны сердца. Тоны сердца глухие, в легких хрипов нет. Печень не увеличена. Какой метод диагностики поможет подтвердить диагноз:
<variant>Спирография
<variant>ЭКГ
<variant>ЭХО-КГ
<variant>рентген
<variant> показатели крови.

<question>К врачу приемного покоя обратился мужчина 35 лет, с длительным стажем курильщика в анамнезе. При обследовании выявлен синдром наличия полости в легком, сообщающейся с бронхом. Какова вероятная аускультативная симптоматика в данном случае:
<variant>амфорическое дыхание
<variant>ослабленное везикулярное дыхание
<variant>усиленное везикулярное дыхание
<variant>металлическое дыхание
<variant>жесткое дыхание
<question> К врачу приемного покоя обратился мужчина, 25 лет, с жалобами на высокую температуру, кашель с небольшим количеством ржавой мокроты. Из анамнеза – заболел остро, после переохлаждения. При осмотре выявлено: усиление голосового дрожания и бронхофонии, укорочение перкуторного звука над очагом поражения, ослабленное везикулярное дыхание, crepitacio indux.
Для какой стадии заболевания характерна данная клиническая картина:
<variant>начала заболевания
<variant>разгара болезни и разрешения
<variant>разгара болезни
<variant>разрешения
<variant>выздоровления
<question>У молодого мужчины 22 лет, с жалобами на одышку и боли в грудной клетке выявлены следующие физикальные данные: перкуторно – тимпанический звук, аускультативно -бронхиальное дыхание с металлическим оттенком. Какой из перечисленных ниже патологических состояний является вероятной причиной данного изменения:
<variant>открытый пневмоторакс
<variant>закрытый пневмоторакс
<variant>полость в легком
<variant>бронхоспазм
<variant>гидроторакс
<question>Девушка 23 лет, обратилась с жалобами на повышение температуры и сухой кашель.
При объективном обследовании врач обнаружил в области угла лопатки на ограниченном участке усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, усиление бронхофонии и ослабленное бронхиальное дыхание. Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны данные клинические симптомы:
<variant>очагового уплотнения легочной ткани
<variant>обтурационного ателектаза
<variant>наличие полости в легочной ткани
<variant>наличия жидкости в полости плевры
<variant>долевого уплотнения легочной ткани
<question> При объективном обследовании у больного наблюдается повышение температуры тела до 39,8° С. Оказалось, что субфебрильная температура в анамнезе наблюдалась постоянно в течение последнего года, прием жаропонижающих веществ в виде аспирина не приводил к его нормализации. Ослабленная температура наблюдается во время:
<variant> абсцесс легкого
<variant> рак легких
<variant> абсцесс легкого после разрыва

<variant> крупозная пневмония
<variant> Гнойный обструктивный бронхит
<question> Больной К., 20 лет поступил в терапевтическое отделение с повышением температуры тела до 40,5° С. Больной бледный, сухая кожа. Язык покрыт белым налетом. Пациент жалуется на боли в суставах и мышцах, одышку, сильный кашель с мокротой, отсутствие аппетита, головные боли. АД-130/90 мм рт.ст. Пульс 98 раз./ мин. Границы сердца нормальные. Тоны сердца приглушены. Дыхание частое и поверхностное. Постоянное повышение температуры тела наблюдается во время:
<variant> начальная стадия крупозной пневмонии
<variant> рак легких
<variant> бронхоэктатическая болезнь
<variant> абсцесс легкого находится на стадии разрешения
<variant> крупозная пневмония на стадии разрешения
<question> Пациент В., поступил в терапевтическое отделение. Нитевидный пульс, холодный пот, удушье, стеснение в груди, беспокоит резкая слабость. У пациента, получающего лечение пенициллином, гипотония - это состояние.
<variant> тромбоэмболия легочной артерии
<variant> анафилактический шок
<variant> симптомы острой левожелудочковой недостаточности (отек легких)
<variant> симптомы почечной эклампсии
<variant> симптомы острой правожелудочковой недостаточности
<question>Пожилой мужчина, страдающий хроническим алкоголизмом и ХОБЛ, жалуется на вязкий кашель с затрудненным отделением, мокроту с запахом обожженного мяса, консистенцию, напоминающую желе черной смородины. Выявлены: выраженная интоксикация, одышка, незначительное количество хрипов в легких. Рентгенологически выявлен феномен «расползающегося сотового легкого», множественные бронхоэктазы, остаточные полости, пневмосклероз. Вероятный возбудитель:
<variant> клебсиелла
<variant> хламидия
<variant> микоплазма
<variant> вирус гриппа
<variant> кишечная палочка
<question> 27 летний мужчина жалуется на одышку и сухой кашель, имеет в анамнезе простудный фактор и аллергический ринит, врач выслушал сухой свистящий хрип по всей поверхности легких. Какой из следующих синдромов мог развиться у этого пациента:
<variant> нарушение бронхиальной проходимости
<variant> наличие полости легочной ткани
<variant> увеличение объема воздуха в легких
<variant> уплотнение легочной ткани
<variant> расширение бронхов
<question>При бронхиальной астме спирографические показатели в основном снижаются из:
<variant> форсированная жизненная емкость легких
<variant> жизненная емкость легких
<variant> максимальная вентиляция легких
<variant> дыхательная мощность
<variant> мощность выдоха
<question> Основные жалобы при синдроме органической бронхиальной обструкции:
<variant> удушье

<variant> кашель
<variant> боль в груди
<variant> одышка при нагрузке
<variant> плевать на кровь
<question> Кашель при синдроме органической бронхиальной обструкции:
<variant> часто появляется в утренние часы
<variant> беспокоит ночью
<variant> слизистая мокрота в умеренных количествах
<variant> с небольшим количеством "стекловидной" мокроты
<variant> с большим количеством гнойной мокроты
<question> Основной клинический признак синдрома органической бронхиальной обструкции:
<variant> кашель с мокротой
<variant> одышка
<variant> плевать на кровь
<variant> хрипы при аускультации легких
<variant> повышение артериального давления
<question> После синдрома органической бронхиальной обструкции может развиться:
<variant> гнойный плеврит
<variant> инфаркт пневмонии
<variant> хроническое легочное сердце
<variant> экссудативный плеврит
<variant> воспаление легких
<question> При синдроме органической бронхиальной обструкции при перкуссии легких:
<variant> определяется значительное усиление перкуторного звука
<variant> определяется потеря пространства Траубе
<variant> изменения не обнаруживаются
<variant> определяет звук коробки
<variant> определяется барабанный перкуссионный звук
<question> При аускультации легких при синдроме органической бронхиальной обструкции выявляется:
<variant> пуэрильное дыхание
<variant> усиление везикулярного дыхания
<variant> тяжелое дыхание
<variant> бронхиальное дыхание
<variant> сухие хрипы
<question> При синдроме органической бронхиальной обструкции слышимость сухих хрипов на ограниченной территории связано.
<variant> с эмфиземой
<variant> дыхательная недостаточность
<variant> с гидротораксом
<variant> при местной обструкции крупных или средних бронхов
<variant> при воспалении паренхимы легких
<question> Распространенными инфекционными агентами, вызывающими острую пневмонию, являются:
<variant> пневмококки
<variant> стафилококки
<variant> вирусы (часто респираторные)

<variant> микоплазма
<variant> легионелла
<question>Укажите условия, способствующие развитию острой пневмонии (факторы риска):
<variant>инфицированный ОРВИ
<variant> иммунодефицит (включая СПИД)
<variant> сердечно-сосудистые заболевания
<variant> закупорка дыхательного дерева
<variant> диабет
<question> Мужчина 28 лет, на приеме у врача жалуется на приступообразные боли в области поясницы, задержка мочи и отечность лица. Положительный симптом Пастернацкого бывает при:
<variant> мочекаменной болезни
<variant> диабетической нефропатии
<variant> уретрите
<variant> цистите
<variant> простатите
<question> По данным пробы Зимницкого выявлены следующие результаты: суточный диурез 2500 мл, дневной диурез – 1720 мл, ночной диурез -780 мл. Максимальное и минимальное значения относительной плотности мочи в различных порциях в пределах 1,005 – 1,012. Укажите заключение являющийся правильным:
<variant>полиурия, гипостенурия
<variant>гипоизостенурия, никтурия
<variant>полиурия, поллакиурия
<variant>изостенурия, никтурия
<variant>полиурия, никтурия
<question>В клинику бригадой скорой помощи доставлен мужчина, 38 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, отсутствие мочи, подергивание мышц. Из анамнеза: попал в дорожно-транспортное происшествие, тяжелое повреждение почек. В анализах крови мочевина – 9,3 ммоль/л, креатинин – 188 мкмоль/л, Na - 131 ммоль/л, К+ - 6,8 ммоль/л. Укажите синдром развивающиеся в данной ситуации:
<variant>синдром острой почечной недостаточности
<variant>синдром хронической почечной недостаточности
<variant>синдром почечной артериальной гипертензии
<variant>нефротический синдром
<variant>нефритический синдром
<question>К врачу обратилась женщина 56 лет, с жалобами на отечность лица, больше по утрам, уменьшение выделения мочи, быструю утомляемость. В анамнезе: частые простудные заболевания. При осмотре: лицо больной бледное, одутловатое, веки отечные, глазные щели сужены. Укажите правильно характеризующийся данным по осмотрам:
<variant>facies nephritica
<variant>facies febrilis
<variant>facies mitralis
<variant>facies basedovica
<variant>facies Hyppocratica
<question> В клинику обратилась женщина 48 лет, с жалобами на отечность лица, больше по утрам, уменьшение количества выделяемой мочи, окрашивание мочи в цвет «мясных помоев», сердцебиение, быструю утомляемость. Из анамнеза: месяц назад после переохлаждения перенесла ангину, бронхит, после чего периодически беспокоили ноющие

боли в пояснице. Объективно: лицо больной бледное, одутловатое, веки отечные. АД 150/110 мм.рт.ст. В общем анализе мочи – белок 0,099%, эритроциты – 45-50 в п/з. Укажите причину появление в моче цвета «мясных помоев»:
<variant>понижение проницаемости капилляров клубочков
<variant>воспаление мочеточников
<variant>повреждение мочеточников камнем
<variant>повышение количества эритроцитов в крови
<variant>снижение уровня факторов свертывания крови
<question>Назовите нарушение кровообращения в головном мозге, вызывающее повреждение тканей
<variant> Инсульт
<variant> Энцефалит
<variant> Аутизм
<variant> Полиневропатия
<variant> Миелит
<question> Тип инсульта, вызванный разрывом кровеносного сосуда в мозге
<variant> Геморрагический
<variant> Ишемический
<variant> Тромботический
<variant> Лакунарный
<variant> Транзиторный
<question> Состояние, вызывающее внезапное временное нарушение мозгового кровообращения
<variant> Транзиторная ишемическая атака (ТИА)
<variant> Геморрагический инсульт
<variant> Энцефалит
<variant> Мигрень
<variant> Полиневропатия
<question> 19-летний мужчина, студент колледжа, поступил в клинику с головной болью, светобоязнью, рвотой и лихорадкой. В анамнезе - контакт с больным туберкулезом. Объективно: лежит в позе «львиной собаки», голова наклонена назад, ригидность затылочных мышц на 2 поперечных пальцах, положительные симптомы Кернига, нижний Брудзинского. Укажите синдром у данного пациента:
<variant> менингеальный
<variant> судорожный
<variant> эпилептический
<variant> преходящий приступ
<variant> геморрагический
<question> Девушка А. 18 лет доставлена в приемный покой с жалобами на резкую головную боль, повышение температуры, тошноту, рвоту. Из анамнеза - болеет в течение недели, ходила с друзьями в горы. При осмотре - лежит с закрытыми глазами, не дает накрыть себя одеялом, выявлено резкое повышение болевой чувствительности. При попытке врача наклонить голову испытуемой отмечалось сгибание нижних конечностей в тазобедренных и коленных суставах. Назовите симптом в данном случае:
<variant> Синдром Брудзинского
<variant> Кернига
<variant> Гордона
<variant> Оппенгейма

<variant> Шоффара
<question> Мужчина 35 лет, школьный учитель, доставлен в приемный покой больницы по направлению участкового врача. Жалобы на сильную головную боль, тошноту, невозможность свободно передвигаться из-за внезапной резкой слабости в левой ноге. Из анамнеза - страдает хроническим нефритом. При осмотре выявлена бледность кожных покровов, снижение болевой чувствительности. АД - 190/100 мм рт. ст. Укажите на развитие патологического состояния у мужчины:
<variant> геморрагический инсульт
<variant> менингеальные синдромы
<variant> преходящий приступ
<variant> инфаркт миокарда
<variant> эпилептический припадок
<question> Женщина, 42 лет, была доставлена в приемный покой больницы родственниками с жалобами на головную боль, повышение температуры, тошноту, светобоязнь. Из анамнеза - болеет более недели, после перенесенной острой респираторной инфекции. При осмотре - лежит на боку с закрытыми глазами, не дает себя чем-либо накрыть, выявлены гиперестезия, ригидность затылочных мышц на 4 поперечных пальцах, положительный симптом Кернига. Укажите информативный метод исследования для установления диагноза:
<variant> спинномозговая пункция
<variant> компьютерная томография головного мозга
<variant> МРТ головного мозга
<variant> электроэнцефалография
<variant> церебральная эхография
<question> У 57-летней женщины, страдающей артериальной гипертензией в течение 17 лет, после эмоционального стресса появились сильная головная боль, тошнота и многократная рвота. Вызов участкового врача на дом выявил дорсальное сгибание 1-го пальца стопы и веерообразное расхождение остальных пальцев при надавливании согнутым пальцем на гребень голени. Назовите вероятный патологический симптом:
<variant> Оппенгейма
<variant> Кохера
<variant> Шеффера
<variant> Гордона
<variant> Брудзинского
<question> У мужчины 60 лет на автобусной остановке случился приступ резкой головной боли, он кричит, пытается куда-то бежать, сильно ругается, окружающие вызвали скорую помощь. На questionы врача отвечает правильно, но не сразу, с трудом подбирает слова, произносит их отдельными слогами. Жалуется на нарастающую слабость в левой руке и ноге. В анамнезе стенокардия, принимает спрей «Изокет», сейчас он не помог. Выявлено снижение чувствительности с левой стороны, положительный симптом Бабинского. Укажите предположительный диагноз в данном случае:
<variant> ишемический инсульт
<variant> эпилептический припадок
<variant> преходящий приступ
<variant> менингеальный синдром
<variant> истерический припадок
<question>К врачу обратился мужчина 35 лет, жалуется на периодические боли в правой половине грудной клетки, неприятный запах изо рта. В течение последних месяцев иногда

появлялась дисфагия. Из анамнеза: часто болеет простудными заболеваниями. В данном случае можно предположить:
<variant> дивертикул пищевода
<variant>варикозное расширение вен пищевода
<variant>пищеводно-бронхиальный свищ
<variant>стеноз пищевода
<variant>ахалазию пищевода
<question>Мужчина 26 лет, обратился к врачу со следующими жалобами: боли в эпигастриальной области , возникающие через 1-1,5 часов после еды, отрыжка, изжога. При осмотре: язык влажный, обложен налетом белого цвета, живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастриальной области . При ФГДС: диффузная гиперемия слизистой желудка, поверхностные дефекты слизистой оболочки антрального отдела желудка размерами до 0, 5 см. Ваш предварительный диагноз:
<variant>хронический неатрофический гастрит, с эрозиями
<variant>хронический атрофический гастрит
<variant>язвенная болезнь желудка
<variant>рефлюкс-гастрит
<variant>функциональная неязвенная диспепсия
<question>Мужчина 34 лет, перенес острую дизентерию 2 недели назад. В настоящее время беспокоят ноющие боли в нижних отделах живота, усиливающиеся через 5-7 часов после еды; поносы после приёма молочных продуктов. Выберите диагностический метод исследования для верификации диагноза:
<variant>копрограмма
<variant>анализ кала на скрытую кровь
<variant>колоноскопия
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<variant>рентгенологическое исследование кишечника
<question>Мужчина 27 лет, доставлен в приемный покой стационара с острыми болями в животе, возникшими 1 час назад. Рвоты, стула не было. Объективно: мышечный дефанс в эпигастриальной области , перкуторно - исчезновение печеночной тупости. Ваш предварительный диагноз:
<variant>перфорация язвы желудка
<variant>пенетрация язвы желудка
<variant>желудочное кровотечение
<variant>острый холецистит
<variant>острый панкреатит
<question>Мужчина 46 лет, обратился к врачу с жалобами на боль за грудиной, иррадиирующую в межлопаточную область, усиливающуюся в положении лежа; отрыжку кислым . Ваша диагностическая тактика для верификации диагноза:
<variant>эзофагогастродуоденоскопия
<variant>24 часовая pH-метрия
<variant>внутрипищеводная манометрия
<variant>УЗИ органов брюшной полости
<variant>тест с ингибитором протонной помпы
<question>Мужчина 42-х лет, поступил в стационар с приступом боли в животе, больше в левом подреберье, сопровождающейся умеренной желтухой. Из анамнеза: прооперирован 5 лет назад по поводу желчнокаменной болезни. Объективно: состояние средней степени

тяжести, умеренная желтушность кожных покровов. Живот при пальпации болезненный в левом подреберье, в зоне Шоффара и Губергрица. Ваш предварительный диагноз:
<variant> хронический панкреатит
<variant> хронический холангит
<variant> язвенная болезнь
<variant> хронический гастрит
<variant> хронический гепатит
<question>Мужчина 36 лет, на приеме у врача жалуется на боли в левой половине живота и поясничной области, периодически возникающие после переедания, переохлаждения, тряской езды и уменьшающиеся, после приемы но-шпы, баралгина. Объективно: язык обложен белым налетом, живот мягкий, при пальпации болезненный в левом подреберье, левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона). Ваш предварительный диагноз:
<variant> болевая форма хронического панкреатита
<variant> язвенная болезнь желудка
<variant> хронический пиелонефрит
<variant> мочекаменная болезнь, почечная колика
<variant> язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
<question>Мужчине 28 лет, проводилась терапия обострения бронхоэктатической болезни. Через 2 недели появились непостоянные, неопределенного характера боли в животе средней интенсивности, метеоризм, жидкий стул 4-6 раз в сутки, в каловых массах определялись кусочки непереваренной пищи. Необходимые методы диагностики, позволяющие выявить причину:
<variant> микробиологическое исследование кала
<variant> общий анализ крови
<variant> ирригоскопия
<variant> ультразвуковое исследование брюшной полости
<variant> ФГДС
<question>Мужчина 50 лет, на приеме у врача предъявляет жалобы на приступы удушья, боли в нижней трети грудины жгучего характера, отрыжку кислым. На ЭКГ: ишемические изменения не регистрируются. При пикфлоуметрии : выявлено незначительное снижение пиковой скорости выдоха. Ваш предварительный диагноз:
<variant> гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
<variant> хронический гастрит
<variant> ИБС, стенокардия напряжения
<variant> бронхиальная астма
<variant> хроническая обструктивная болезнь легких
<question>Мужчина 75 лет, на приеме у врача предъявляет жалобы на чувство тяжести, полноты в эпигастриальной области , тупую боль в подложечной области, неприятный вкус во рту, тошноту, снижение аппетита, отрыжку воздухом, неустойчивый стул. При пальпации живота диффузное напряжение передней брюшной стенки и болезненность в эпигастриальной области . На ФГДС: бледность, сглаженность, истончение в теле и антруме желудка, просвечивание сосудов, повышенная ранимость, гипотония, гипокинезия, рефлюкс желчи. Ваш предварительный диагноз:
<variant> хронический атрофический гастрит
<variant> антральный неатрофический гастрит
<variant> язвенная болезнь
<variant> неспецифический язвенный колит
<variant> рак желудка

<question>Женщина 29 лет, обратился к врачу с жалобами на упорные запоры по 8-9 дней, тошноту, головные боли, нарушение сна, общую слабость. Применение слабительных средств малоэффективно, пациентка вынуждена часто прибегать к очищающей клизме. Обьективно: кожа сухая, грубоватая, с участками гиперпигментации. Живот мягкий, в проекции сигмовидной кишки пальпируется малоподвижное, плотное образование. При пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, безболезненная. Целесообразным методом обследования является:
<variant> ирригоскопия
<variant> УЗИ органов брюшной полости
<variant> компьютерная томография головы
<variant> колоноскопия с биопсией
<variant> ректальная манометрия
<question>Мужчина 32 лет, на приеме у врача жалуется на появление через полчаса после приема пищи или алкоголя давящих болей в подложечной области; мучительную изжогу, уменьшающейся после приема соды. Болен в течение 2 лет, не лечился. Обьективно: язык обложен белым налетом, при глубокой пальпации болезненность в эпигастриальной области . На ЭФГДС: слизистая желудка гиперемирована, отечна, в антральном отделе - одиночные кровоизлияния. Информативным методом диагностики является:
<variant> исследование на Helicobacter pylori
<variant> 24-часовая pH-метрия
<variant> эндоскопическая pH-метрия
<variant> электрогастрографический метод
<variant> исследование желудочной секреции методом гастротеста
<question>Женщина 20 лет, жалуется на диспепсические расстройства. Диспепсические расстройства при сердечной недостаточности объясняются:
<variant>резко выраженным венозным застоем в печени и желудочно- кишечного тракта
<variant>снижением кислотности желудочного сока
<variant>нарушением моторно – эвакуаторной функции желудка
<variant>внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы
<variant>повышением кислотности желудочного сока
<question>У мужчины 48 лет, после нарушения диеты – употребление острой, жареной пищи беспокоят боли в области эпигастриальной области с иррадиацией в позвоночник, повышение слюноотделения, отрыжка, тошнота, метеоризм, рвота не приносящая облегчение. Возможное заболевание, о которой идет речь:
<variant>панкреатит
<variant>гастрит
<variant>язвенная болезнь желудка
<variant>холецистит
<variant>гепатит
<question>Женщина 57 лет, жалобы на чувства тошноты, отрыжку, изжога и горечь во рту. Возможное заболевание, о которой идет речь:
<variant>холецистит
<variant>эзофагит
<variant>гастрит
<variant>язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
<variant>панкреатит

<question>У мужчины 53 лет , страдающего язвенной болезнью желудка, в период обострения появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту, принятой накануне пищей. Вероятное осложнение у больного:
<variant>стенозирование
<variant>пенетрация
<variant>перфорация
<variant>кровотечение
<variant>малигнизация
<question>У мужчины 47 лет , после приема алкоголя появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови. Ваш предварительный диагноз:
<variant>синдром Меллори-Вейса
<variant>кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;
<variant>острый панкреатит
<variant>язвенная болезнь желудка
<variant>болезнь Крона
<question>В больницу поступил мужчина 51 лет, с жалобами на боли в области пищевода. Серьезные жалобы больных с заболеваниями пищевода:
<variant>дисфагия
<variant>рвота
<variant>боль
<variant>слюнотечение
<variant>изжога
<question>В больницу поступила женщина 25 лет, с жалобами на отрыжки, боли в области пищевода. Дисфагия чаще устанавливаемая по анамнезу в прошлом:
<variant>рубцовые стенозы пищевода
<variant>новообразование пищевода
<variant>дивертикул пищевода
<variant>хронический атрофический эзофагит
<variant>ценность анамнестических данных равнозначна
<question> Мужчина 62 лет, обратился к терапевту с жалобами на слабость, тошноту, бессонницу ночью и сонливость днем, увеличение живота в размере, боли в правом подреберье. Боли усиливаются после приема жирной и острой пищи, сопровождаются жидким стулом. Край печени на 6 см выступает из-под реберной дуги, плотный, болезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется, размеры 10х12 см. Ваш предварительный диагноз:
<variant> цирроз печени, стадия декомпенсации
<variant> цирроз печени, стадия компенсации
<variant> цирроз печени, стадия субкомпенсации
<variant> аутоиммунный гепатит 1 типа
<variant> аутоиммунный гепатит 2 типа
<question>У женщины 20 лет, после психо-эмоционального стресса появилась дисфагия, чувство "кома" за грудиной. Дисфагия возобновлялась в дальнейшем при волнении, при усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Выберите вероятную причину дисфагии:
<variant> эзофагоспазм
<variant> рак пищевода
<variant> пептическая язва пищевода
<variant> аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

<variant> герпетическое поражение пищевода
<question>Мужчина 29 лет, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастриальной области , возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи; отрыжку воздухом. На ЭФГДС: в пилорическом и антральном отделах желудка слизистая гиперемирована. Ваша дальнейшая диагностическая тактика:
<variant> исследование на helicobacter pylori
<variant> хромоэндоскопия
<variant> рентгеноскопия желудка
<variant> внутрижелудочная pH - метрия
<variant> электрогастрографический метод
<question>Мужчина 54 лет, несколько лет страдает хроническим панкреатитом. Простейшим способом обнаружения кальциноза поджелудочной железы является :
<variant> рентгенография
<variant> лапаротомия
<variant> лапароскопия
<variant> ирригоскопия
<variant> холангиография
<question>В больницу поступил мужчина 49 лет, с жалобами на боли в области пищевода. Серьезная по прогнозу жалоба больных с заболеваниями пищевода:
<variant> дисфагия
<variant> рвота
<variant> боль
<variant> слюнотечение
<variant> изжога
<question>У мужчины 54 лет, с гепатоспленомегалией и асцитом при биохимическом исследовании крови выявлены увеличение остаточного азота и мочевины, в моче повышены уровни индола, скатола и фенолов. По клиническим симптомам можно думать о развитии синдрома:
<variant> печеночно-клеточной недостаточности
<variant> цитолиза
<variant> холестаза
<variant> мезенхимального воспаления
<variant> шунтирования печеночного кровотока
<question>У мужчины 46 лет, после нарушения диеты – употребление острой, жареной пищи появились: боли в эпигастриальной области с иррадиацией в позвоночник, повышение слюноотделения, отрыжка, тошнота, метеоризм, рвота не приносящая облегчение. Ваш предварительный диагноз:
<variant> панкреатит
<variant> гастрит
<variant> язвенная болезнь желудка
<variant> холецистит
<variant> гепатит
<question>Мужчина 54 лет, обратился к врачу с жалобами на постоянные, интенсивные боли в эпигастриальной области , общую слабость, рвоту. Боли возникали через 50-60 минут после употребления жареной пищи, алкоголя. При осмотре: болезненность в эпигастриальной области , положительный симптом Мейо-Робсона. В общем анализе крови лейкоциты $12x10^9$/л, СОЭ- 18 мм/ч. Ваш предварительный диагноз:
<variant> хронический панкреатит

<variant> хронический холецистит
<variant> язвенная болезнь желудка
<variant> хронический гастрит, тип В
<variant> Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь
<question>У мужчины 41 лет , страдающего язвенной болезнью желудка, в период обострения болезни появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту, принятой накануне пищей. Выберите вероятное осложнение у больного:
<variant> стенозирование
<variant> пенетрация
<variant> перфорация
<variant> кровотечение
<variant> малигнизация
<question>На прием к эндокринологу обратился мужчина, 27 лет, экономист, с жалобами на резкую слабость и быструю усталость, частые головокружения, похудание, снижение аппетита, тошноту и усиленную пигментацию кожи. Из анамнеза - эти жалобы появились около 6 месяцев назад. Ранее ничем не болел. Учился в Китае. Работает в течение 3-месяцев. Объективно – астеничен, пониженного питания, мышцы атрофичны, сила снижена. PS –100 ударов в минуту, малый, ритмичный. АД-90/60 мм. рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. В анализах крови – НВ -72г/л; Эр.- $2,9\times10^{12}$/л, Л -$6,2\times10^{9}$/л; СОЭ -22 мм/час. Сахар крови - 2,6ммоль/л. Какой из нижеперечисленных синдромов вероятен в данном случае:
<variant>гипокортицизма
<variant>анемии
<variant>гипотиреоза
<variant>гипогликемии
<variant>гиперкортицизма
<question>В отделение терапии поступил мужчина, 46 лет, врач-рентгенолог, с жалобами на похудание, общую слабость, недомогание, утомляемость, частые обмороки, умеренные боли в эпигастрии, периодические рвота, тошнота, чередование жидкого стула с запорами. Из анамнеза – ранее болел туберкулезом легких. Обьективно – астенического телосложения, кожа открытых участков тела гиперпигментирована. Пульс малого наполнения, частый. АД 80/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпация болезненна в эпигастриальной области. Для какого из нижеприведенных синдромов характерна данная клиническая симптоматика:
<variant>гипофункции надпочечников
<variant>гипофункции щитовидной железы
<variant>гиперфункции надпочечников
<variant>желудочной диспепсии
<variant>кишечной диспепсии
<question>В приемный покой клиники обратился мужчина, 39 лет, с жалобами на ожирение, особенно в области живота и шеи, частые головные боли, сухость кожи, боли в костях. Из анамнеза: указанные жалобы появились в течение последнего года, ни с чем не связывает. Обьективно: выраженное ожирение в области живота и шеи, атрофия мышц плечевого пояса и ног, румянец на щеке. PS–112 ударов в минуту. АД - 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены, учащены, акцент 2 тона на аорте, короткий систолический шум на верхушке. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Сахар крови -7,1ммоль/л. Какой из нижеперечисленных синдромов вероятен в данном случае:
<variant>гиперфункции коры надпочечников
<variant>артериальной гипертензии

<variant>гипофункции коры надпочечников
<variant>гиперфункции щитовидной железы
<variant>абсолютной недостаточности инсулина
<question> Женщина 55 лет, при прохождении очередного профилактического осмотра обнаружено: глюкоза 6,0 ммоль/л (на глюкометре). На повторном анализе крови натощак уровень глюкозы составил – 5,9 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 10,6 ммоль/л. Укажите, возможно у пациентки:
<variant> нарушенная толерантность к глюкозе
<variant> нарушенная гликемия натощак
<variant> случайная гликемия
<variant> сахарный диабет
<variant> гестационный сахарный диабет
<question> Мужчина , при прохождении очередного профилактического осмотра обнаружено: глюкоза 10,9 ммоль/л (на глюкометре). При повторном исследовании анализа крови натощак, уровень глюкозы составил – 8,8 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 12,6 ммоль/л. Предскажите, возможно у пациентки:
<variant> сахарный диабет 2 типа
<variant> нарушенная толерантность к глюкозе
<variant> нарушенная гликемия натощак
<variant> случайная гликемия
<variant> сахарный диабет 1 типа
<question>Женщина 50 лет, при прохождении очередного профилактического осмотра обнаружено глюкоза 9,9 ммоль/л (на глюкометре). На повторном анализе крови натощак уровень глюкозы составила – 10,8 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 13,2 ммоль/л. Предскажите, возможно у пациентки:
<variant> сахарный диабет 2 типа
<variant> нарушенная толерантность к глюкозе
<variant> нарушенная гликемия натощак
<variant> случайная гликемия
<variant> сахарный диабет 1 типа
<question>Женщина 42 лет, обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, выраженную сухость кожных покровов, выпадение волос, снижение памяти, изменения голоса, сонливость. При осмотре : больная адинамичная, кожа сухая, местами шелушиться. Лицо одутловатое, руки и ноги отечные, тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 80/50 мм.рт.ст. Пульс – 50 ударов в минуту.
Ваш предварительный диагноз :
<variant> гипотиреоз
<variant> цирроз печени
<variant> выраженная сердечная недостаточность
<variant> ожирение
<variant> гипертиреоз
<question>Диагностическое мероприятие, проводимое на этапе неотложной помощи при сахарном диабете 1 типа:
<variant> определение уровня гликемии
<variant> УЗИ органов брюшной полости
<variant> ЭХО-КГ
<variant> суточное мониторирование ЭКГ по холтеру
<variant> ЭФГДС

<question>В норме концентрация глюкозы, натощак, в цельной капиллярной крови (ммоль/л) НЕ превышает:
<variant> 5,5 ммоль/л
<variant> 7,8 ммоль/л
<variant> 6,1 ммоль/л
<variant> 11,1 ммоль/л
<variant> 6,7 ммоль/л
<question>Частота обследования общего анализа крови у пациентов сахарным диабетом 1 типа:
<variant> 1 раз в год
<variant> 1 раз в 3 месяца
<variant> не менее 4 раз ежедневно
<variant> 1 раз в год (при отсутствии изменений)
<variant> по показаниям
<question>У женщины , с избыточной массой тела дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 6,9 и 7,2 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз:
<variant> Сахарный диабет 2 типа
<variant> Ожирение
<variant> Сахарный диабет 1 типа
<variant> Нарушение гликемии натощак
<variant> Нарушение толерантности к глюкозе
<question>Частота обследования общего анализа мочи у пациентов сахарным диабетом 1 типа:
<variant> 1 раз в год
<variant> 1 раз в 3 месяца
<variant> не менее 4 раз ежедневно
<variant> 1 раз в год (при отсутствии изменений)
<variant> по показаниям
<question>Частота обследования определение кетоновых тел в моче и крови у пациентов сахарным диабетом 1 типа:
<variant> по показаниям
<variant> 1 раз в 3 месяца
<variant> не менее 4 раз ежедневно
<variant> 1 раз в год (при отсутствии изменений)
<variant> 1 раз в год
<question>Причиной смерти при сахарном диабете 1-го типа является:
<variant> гангрена нижних конечностей
<variant> кетонемическая кома
<variant> гиперосмолярная кома
<variant> инфаркт миокарда
<variant> диабетическая нефропатия
<question>Характерные жалобы при сахарном диабете:
<variant> полидипсия, полиурия, булемия, истощение
<variant> склонность ко сну, забывчивость
<variant> слабость, адинамия, боль в суставах
<variant> головные боли, сердцебиение, отеки
<variant> раздражительность, сердцебиение, потлилость, истощение
<question>Внешний вид больного при гипофункции щитовидной железы:

<variant> шелушение кожи, желтушность, повышение тургора, холодный пот
<variant> опущение верхнего века
<variant> нарушение конвергенции глаз:
<variant> мерцание глаз чаще
<variant> экзофтальм
<question>Показанием к определению толерантности к глюкозе является наличие у больного:
<variant> жажды и полиурия, ожирения, рецидивирующего фурункулеза
<variant> олигоурии, аллергии
<variant> дислипидемии, кожного зуда
<variant> уровня глюкозы натощак свыше 10 ммоль/л, анурии
<variant> уровня глюкозы натощак - 3,4 ммоль/л, кахексии
<question>Одним из основных проявлений нарушения микроциркуляций при сахарном диабете является :
<variant> ретинопатия
<variant> атеросклероз
<variant> катаракта
<variant> симметричная невропатия
<variant> поражение сосудов нижних конечностей
<question>Основным лабораторным критерием в диагностике сахарного диабета является :
<variant> гипергликемия на голодный желудок
<variant> продолжительная глюкозурия
<variant> гиперхолестеринемия
<variant> кетонурия
<variant> гипокалийемия
<question>Основной патогенетический механизм сахарного диабета:
<variant> инсулиновая недостаточность
<variant> нарушение обмена липидов
<variant> нарушение обмена белка
<variant> нарушение обмена ионов калия и натрия
<variant> нарушение водно-солевого обмена
<question>Женщина , при прохождении очередного профилактического осмотра обнаружено: глюкоза 6,0 ммоль/л (на глюкометре). На повторном анализе крови натощак уровень глюкозы составил – 5,9 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 10,6 ммоль/л. Предскажите, возможно у пациентки:
<variant> нарушенная толерантность к глюкозе
<variant> нарушенная гликемия натощак
<variant> случайная гликемия
<variant> сахарный диабет
<variant> гестационный сахарный диабет
<question>Мужчина 45 лет, на приеме у врача жалуется на укрупнение черт лица, кистей и стоп, длительные головные боли, ночные апноэ. От момента появления первых симптомов заболевания прошло 5 лет. Объективно: укрупнение носа, губ, языка, утолщение кожи, увеличение надбровных дуг, увеличение верхней и нижней челюсти, расширение межзубных промежутков, увеличение конечностей. АД 160/90 мм.рт.ст. Ваш предварительный диагноз:
<variant> акромегалия
<variant> гигантизм
<variant> спорадическая опухоль гипофиза

<variant> опухоль глоточного кольца
<variant> опухоль сфеноидального синуса
<question>К симптомам гипертиреоза относится :
<variant> тахикардия
<variant> брадикардия
<variant> тихий разговор
<variant> сухость кожных покровов
<variant> психозы
<question>Ведущий симптом скрытой формы сахарного диабета:
<variant> повышение толерантности к глюкозе
<variant> крупный плод
<variant> ожирение
<variant> генетическая предрасположенность
<variant> жажда
<question> Мужчина 42 лет жалуется на сильную боль в правом плюснефаланговом суставе, настолько сильную, что даже прикосновение к нему невыносимо. Считает себя больным после переедания и посещения сауны (бани). Назовите изменения в биохимическом анализе крови у данного больного:
<variant> повышенный уровень мочевой кислоты
<variant> повышение уровня креатинина
<variant> повышенный уровень мочевины
<variant> повышение уровня глюкозы
<variant> повышенные уровни АЛТ и АСТ
<question> Женщина 35 лет жалуется на боли в лучезапястных суставах, в кистях, чувство утренней скованности до 11:00. Температура тела повышается по вечерам до 37,5-37,8ºС. Считает себя больной около 3 месяцев, начало заболевания связывает с переохлаждением и перенесенной острой респираторной инфекцией. Лучезапястные суставы симметрично припухлые, положительный симптом компрессии. Назовите изменения в общем анализе крови у данной больной:
<variant> увеличение СОЭ
<variant> лейкопения
<variant> тромбоцитоз
<variant> тромбоцитопения
<variant> лимфоцитоз
<question> Больная 26 лет массой 58 кг и ростом 162 см жалуется на боли в коленных суставах, возникающие по утрам, больше в правом суставе, боли усиливаются при движении, подъеме по лестнице. Считает себя больной около 2 недель после переохлаждения. Выберите патологические изменения при физикальном обследовании данной больной:
<variant> грубая неравномерная деформация коленных суставов
<variant> при пальпации определяется локальное повышение температуры
<variant> Крепитация ощущается при пальпации во время пассивного движения сустава.
<variant> при пальпации кожа над суставами холодная и влажная
<variant> активные движения в суставах симметрично ограничены
<question> Женщина 56 лет, весом 98 кг и ростом 156 см жалуется на боли в коленных суставах, возникающие при вставании или спуске по лестнице. Считает себя больной около 2 лет, в последние 2 недели боли усилились, что связывает с физической нагрузкой. Выберите изменения при физикальном обследовании данной пациентки:
<variant> округлые, равномерно опухшие коленные суставы

<variant> при пальпации определяется локальное повышение температуры
<variant> Крепитация ощущается при пальпации во время пассивного движения сустава.
<variant> пальпация выявляет сильную боль в суставах
<variant> гиперемия коленных суставов при осмотре
<question> Женщина 43 лет жалуется на слабость, потерю веса на 7 кг, боли в мышцах, сильные боли и ограничение подвижности в лучезапястных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей до 3 часов, сильные боли и припухлость в пястно-фаланговых, локтевых, затем в коленных и плечевых суставах. Изменение в суставах в одних стихает, в других появляется в течение 3-4 месяцев. Выберите симптом у данной больной, который является диагностическим критерием ревматоидного артрита:
<variant> утренняя скованность
<variant> значительная потеря веса
<variant> повреждение коленного сустава
<variant> слабость
<variant> мышечная боль
<question> Больная 22 лет жалуется на утреннюю скованность суставов кистей в течение 2 часов, слабость, субфебрильную температуру. Жалобы появились 6 месяцев назад. Объективно: симметричная припухлость проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев обеих кистей и пястно-фаланговых суставов, ограничение движений, гипотрофия червеобразных мышц. В общем анализе крови: СОЭ 30 мм/ч. Назовите результат иммунологического исследования у данной больной:
<variant> ревматоидный фактор повышен
<variant> С-реактивный белок слегка повышен
<variant> ревматоидный фактор не определяется
<variant> антистрептолизин-О умеренно повышен
<variant> антистрептолизин-О резко повышен
<question> Женщина 38 лет в течение 6 месяцев жалуется на боли в кистях. Объективно: положительный симптом сжатия кисти, ограничение объема движений в лучезапястных суставах. Назовите предрасполагающий фактор, имеющий значение для данной патологии:
<variant> предыдущая стрептококковая инфекция
<variant> злоупотребление алкоголем
<variant> повышенное потребление специй и копченостей
<variant> избыточный вес
<variant> семейная история
<question> Женщина 38 лет в течение 2 месяцев жалуется на боли в коленных, лучезапястных, пястно-фаланговых суставах кистей, больше в правой руке, утреннюю скованность до 30 минут. Объективно: небольшая припухлость коленных суставов, местная температура, легкая гипотрофия мышц тыла кистей, ограничение движений в лучезапястных суставах. Назовите метод обследования для уточнения диагноза:
<variant> Рентген кистей рук
<variant> КТ рук
<variant> Рентген только правой руки
<variant> магнитно-резонансная томография рук
<variant> магнитно-резонансная томография коленных суставов
<question> Больная 32 лет обратилась с жалобами на утреннюю скованность продолжительностью 30-40 минут, боли и припухлость лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов; повышение температуры тела до 37,5°, потерю веса на 5 кг. Все симптомы появились после переохлаждения 2 месяца назад. Общий анализ

крови: Эритроциты - 3,2, Hb - 110 г/л, Лейкоциты - 8,9×109/л, Hf - 78%, Lf - 16%, СОЭ - 29 мм/ч. Назовите лабораторные исследования для уточнения диагноза у данной больной:
<variant> ревматоидный фактор
<variant> антистрептолизин-О
<variant> уровень ферритина
<variant> уровень сывороточного железа
<variant> уровень мочевой кислоты
<question> Девушка 20 лет заболела остро после переохлаждения: температура 38°, через неделю появились сильные боли и припухлость в лучезапястных суставах, утренняя скованность до 12 часов дня; боли в коленных и плечевых суставах. Состояние расценено как осложнение ОРВИ, проводилась терапия антибиотиками без эффекта. Объективно: симметрично резкое ограничение подвижности лучезапястных суставов, припухлость, местная температура, положительный симптом сдавливания кистей. Общий анализ крови: Эритроциты - 3,0, Hb - 98 г/л, Лейкоциты - 10,9×109/л, Hf - 78%, Lf - 19%, СОЭ 48 мм/ч. Назовите предварительный диагноз:
<variant> ревматоидный артрит
<variant> острая ревматоидная лихорадка
<variant> инфекционный артрит
<variant> подагрический артрит
<variant> спондилоартрит
<question> Мужчина 30 лет жалуется на скованность в грудном и шейном отделах позвоночника, боли в пояснице и крестце. Скованность уменьшается при физической нагрузке. Считает себя больным около года. Проба Томайера 30 см, проба Форестье 2 см. Назовите предварительный диагноз:
<variant> остеохондроз позвоночника
<variant> ревматоидный полиартрит
<variant> ревматический полиартрит
<variant> хронический подагрический артрит
<variant> спондилоартрит
<question> Мужчина 32 лет жалуется на боль и скованность в грудном отделе позвоночника, припухлость в области реберно-грудинных суставов. Движения в позвоночнике ограничены во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Симптом Кушилевского положительный. Назовите результат иммунологического исследования у данного больного:
<variant> антистрептолизин - О резко повышен
<variant> ревматоидный фактор умеренно повышен
<variant> ревматоидный фактор резко повышен
<variant> ревматоидный фактор не определяется
<variant> антистрептолизин - О умеренно повышен
<question> Мужчина 29 лет обратился с жалобами на скованность в шейном и грудном отделах позвоночника, затруднение дыхания из-за болей в спине и реберно-грудинных суставах. Движения в позвоночнике ограничены во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Назовите метод обследования необходимый для проведения в первую очередь у данного пациента:
<variant> Рентген грудного отдела позвоночника
<variant> КТ грудного отдела позвоночника
<variant> КТ шейного отдела позвоночника
<variant> магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника
<variant> магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных суставов

<question> Мужчина 26 лет жалуется на скованность в грудном и поясничном отделах позвоночника, боли в пояснице и крестце. Скованность уменьшается при физической нагрузке. Определите симптом, изображенный на фотографии:



<variant> болезненность
<variant> крепитация
<variant> жесткость
<variant> повышение локальной температуры
<variant> ограничение подвижности
<question> Первым признаком остеоартроза коленного сустава является:
<variant> повреждение пателлофеморального сустава (на основании рентгенологических данных)
<variant> боль при пальпации коленного сустава
<variant> хруст при движении коленного сустава
<variant> остеофиты (по данным рентгенографии)
<variant> боль при подъеме по лестнице
крови
<question>Женщина 45 лет, на приеме у терапевта жалуется на выраженную усталость, головокружение и болезненность в нижних конечностях. При осмотре отмечается жёлтушность кожных покровов и склер. На анализах крови наблюдается анемия с увеличением количества ретикулоцитов, а также увеличение уровня непрямого билирубина. Ваш предварительный диагноз:
<variant>приобретенная аутоиммунная гемолитическая анемия
<variant>В-12 дефицитная анемия
<variant>тромбоцитопеническая пурпура
<variant>железодефицитная анемия
<variant>геморрагический васкулит
<question>4 стадия хронического лимфолейкоза характеризуется:
<variant>лимфоцитозом и тромбоцитопенией
<variant>тромбоцитозом и лейкопенией
<variant>лейкоцитозом и тромбоцитозом
<variant>эритроцитозом и лейкопенией
<variant>эритропенией и лейкоцитозом
<question>На приеме у врача, женщина 39 лет, с жалобами на общую слабость, затруднение глотания, ощущение комка в горле. При осмотре отмечается: увеличение шейных лимфатических узлов , на ощупь плотные, легко смещаются под кожей, не спаены с окружающими тканями. Врач выставил предварительный диагноз «лимфогранулематоз». Укажите характерный объективный симптом для данного диагноза:
<variant>увеличение лимфатических узлов

<variant>повышение температуры тела
<variant>увеличение селезенки
<variant>увеличение печени
<variant>снижение температуры тела
<question>На приеме у врача 37-летняя женщина жалуется на головокружение, обмороки, чувство покалывания в груди, одышку, общую слабость. Врач выставил предварительный диагноз: «Апластическая анемия». Укажите характерные изменения в общем анализе крови для данного диагноза:
<variant>эритроцитопения с тромбоцито-и лейкоцитопенией
<variant>эритроцитоз с лейкоцитозом
<variant>эритроцитопения с лейкоцитозом
<variant>лейкоцитоз и тромбоцитозом
<variant>лейкоцитоз и эритроцитоз
<question>У 29 - летней женщины при осмотре на коже обнаружены геморрагические высыпания. При исследовании анализов крови выявлены: выраженная анемия, тромбоцитопения и умеренная нейтропения. Назовите механизм развития данной клинико-лабораторной картины:
<variant>аплазия костного мозга
<variant>гиперплазия костного мозга
<variant>дефицит фактора Кастл
<variant>дефицит витамина $B_{12}$
<variant>дефицит железа
<question> Мужчина 47 лет, при исследовании общего анализа крови, обнаружены следующие изменения: анемия, нормоцитоз, нормохромия и значительное повышение регенераторных форм. Уровень ретикулоцитов в крови значительно повышен. Укажите вид анемии которой характерны данные показатели крови:
<variant>острый постгеморрагический
<variant>хронический лимфолейкоз
<variant>аутоиммунный гемолитическая анемия
<variant>острый лейкоз
<variant>апластическая анемия
<question>Женщина 43 лет, на приеме у врача жалуется на головокружение, потемнение в глазах, снижение чувствительности в нижних конечностях и на чувство покалывания при ходьбе, общую слабость. Из анамнеза: указанные жалобы беспокоят в течение 6 месяцев, возможную причину указать не может. При осмотре: умеренная желтушность кожных покровов, при пальпации печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. В общем анализе крови: эритроциты- $1.3\times10^{12}$/л, гемоглобин – 72 г/л, цветной показатель – 1,45, лейкоциты – $4,3\times10^{9}$/л, эоз. – 2, баз. – 0, пал/яд. – 5, сегм./яд. – 66, мон. – 11, лимф. – 27, скорость оседания эритроцитов – 14 мм/час. При эндоскопическом исследовании обнаружены – атрофические изменения слизистой оболочки желудка. Назовите патологический процесс в данном случае:
<variant>болезнь Адиссона-Бирмера
<variant>цирроз печени
<variant>вирусный гепатит С
<variant>железодефицитная анемия
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<question>Мужчина 56 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на повышенную потливость, общую слабость, быструю утомляемость на фоне привычной физической

нагрузки и снижение массы тела за последние два месяца. При осмотре выявлены: увеличенные шейные лимфатические узлы, при пальпации плотной консистенции. В общем анализе крови: эритроциты – 2,0 x$10^{12}$/л; лейкоциты 50,0 x10 $^{9}$/л, тромбоциты – 160 x $10^{12}$\л. Назовите для какого синдрома характерна данная клинико-лабораторная симптоматика:
<variant>лимфопролиферативный
<variant>анемический
<variant>апластический
<variant>геморрагический
<variant>миелопролиферативный
<question>У женщины 39 лет, появилось профузное носовое кровотечение. Из анамнеза: длительно болеет вирусным гепатитом. При осмотре обнаружены: на коже петехиально-пятнистая сыпь, отмечается гепатомегалия и спленомегалия, в анализах крови : время свертывания крови по Ли-Уайту - 22 мин. Укажите синдром в данном случае:
<variant>геморрагический
<variant>лимфопролиферативный
<variant>миелопролиферативный
<variant>апластический
<variant>анемический
<question>Мужчина 39 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастриальной области , общую слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза - язвенная болезнь 12-перстной кишки в течение года. При осмотре - кожные покровы бледной окраски, отмечается болезненность в эпигастриальной области. Печень и селезенка не пальпируются. В анализе крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – 3,5 ×$10^{12}$/л, цветной показатель – 0,77, тромбоциты. – 195 ×$10^{9}$/л, ретикулоциты – 0,5 %. Общий билирубин – 12 мкмоль/л, железо – 4,5 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Укажите вид анемии у данного больного:
<variant>хроническая постгеморрагическая анемия
<variant>апластическая анемия
<variant>гемолитическая анемия
<variant>В12-дефицитная анемия
<variant>острая постгеморрагическая анемия
<question>Мужчина 33 лет, обратился к врачу по поводу множественных мелкоточечных кровоизлияний на коже и слизистых оболочках . В анализе крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты- 3,1×$10^{12}$/л, лейкоциты – 41×$10^{9}$/л, также в лейкоцитарной формуле преобладают молодые, незрелые бластные формы до 95% ; зрелые лейкоциты, промежуточные формы отсутствуют; тромбоциты – 15×$10^{9}$/л, эозинофилы и базофилы отсутствуют; скорость оседания эритроцитов– 52 мм/час. Ваш предварительный диагноз:
<variant>острый лейкоз
<variant>геморрагический васкулит
<variant>апластическая анемия
<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
<variant>тромбоцитопеническая пурпура