

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()	
Контрольно-измерительные средства, вопросы программы для промежуточной аттестации по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней-2»		1 стр. из 68

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для промежуточной аттестации

Название ОП:	6B10101 «Общая медицина»
Код дисциплины:	PVB 3302 – 2
Название дисциплины:	«Пропедевтика внутренних болезней – 2»
Объем учебных часов/кредитов:	150 ч. (5 кредитов)
Курс и семестр изучения:	3 курс, VI семестр

O'ŪTŪSTIK QAZAQSTAN

MEDISINA
AKADEMIASY

«O'ŪtŪstik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL
ACADEMY

AO «Южно-Казахстанская медицинская академия»

Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

044 – 47 / 11 ()

Контрольно-измерительные средства, вопросы программы для промежуточной аттестации по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней-2»

2 стр. из 68

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

Протокол № 11 от «29» 06. 2023г.



~ Больной 32 лет жалуется на кратковременные эпизоды головокружения и давящих болей в области сердца, возникающих при значительной физической нагрузке. При осмотре: тоны сердца ясные, ритм правильный, систолический шум на верхушке. АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС- 72 уд/мин. ЭХОКГ: прогиб передней створки митрального клапана, регургитация 1-2 степени. Систолическая функция левого желудочка удовлетворительная. Ваш, наиболее вероятный диагноз:

@пролапс митрального клапана

@стеноз митрального отверстия

@недостаточность клапанов аорты

@гипертрофическая кардиомиопатия

@недостаточность митрального клапана

~ Мужчина 21 года жалуется на сердцебиение, перебои, головокружение. Об-но: тоны громкие, на верхушке выслушивается среднесистолический щелчок и систолический шум, который усиливается в вертикальном положении и уменьшается в положении лежа с поднятыми ногами. ЭхоКГ: прогиб передней створки митрального клапана. Подобная аускультативная картина наиболее характерна для . . .

@пролапса митрального клапана

@незаращения овального отверстия

@недостаточности митрального клапана

@стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

@относительной недостаточности митрального клапана

~ Женщина 72 лет с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, кашель с мокротой розового цвета, чувство тревоги, выраженную слабость. Из анамнеза: АГ 25 лет, перенесла инфаркт миокарда. При осмотре: положение ортопноэ, тоны сердца глухие, ритм правильный, прерывается частыми желудочковыми экстрасистолами. АД 260/140 мм. рт. ст. Исследование сосудов глазного дна: отек дисков зрительных нервов. Анализ мочи: следовая протеинурия.

Наиболее вероятное, осложнение у больной развилось:

@отек легких

@острое нарушение мозгового кровообращения

@острая почечная недостаточность

@отслоение сетчатки

@инфаркт миокарда.

~ У больного К., 60 лет выявляется следующая симптоматика: высокая устойчивая систолическая гипертензия, утренние головные боли в затылочной области, сердцебиение, ухудшение зрения - на глазном

дне ангиоретинопатия IV степени. В области эпигастрия выслушивается систолический шум. Причиной гипертензии наиболее вероятно является . . .

@атеросклероз брюшной аорты

@первичный гиперальдостеронизм

@хронический гломерулонефрит

@аденома предстательной железы

@феохромочитома

~ Женщина 78 лет жалуется на головные боли, головокружение. В анамнезе – приступы стенокардии, по этому поводу периодически принимает нитраты, аспирин. В течение 8 лет болен бронхиальной астмой, приступы купирует ингаляциями симпатомиметиков.

При осмотре: кожные покровы бледные, пульсация сосудов шеи. Границы сердца увеличены влево, сердечный толчок резистентный, смещен влево и вниз. При аускультации: мягкий протодиастолический шум во II межреберье справа, ЧСС 82 в мин., АД 185/60 мм рт ст. Наиболее вероятная причина артериальной гипертензии:

@недостаточность клапана аорты

@атеросклеротического генеза

@эссенциальная артериальная гипертензия

@лекарственно-индуцированная артериальная гипертензия

@первичная почечная ретенция натрия

@гипертензия «белого халата»

~ Мужчина 40 лет обратился с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной, возникающие в ночное время и ранние предутренние часы. Днем хорошо переносит большие физические нагрузки. При коронароангиографии выраженных атеросклеротических изменений не выявлено, проба с эргометрином положительна.

Ваш наиболее вероятный диагноз:

@ИБС. Вазоспастическая стенокардия

@ИБС. Стенокардия напряжения ФК II

@ИБС. Стенокардия напряжения ФК III

@ИБС. Стенокардия напряжения ФК IV

@ИБС. Прогрессирующая стенокардия

~ Женщина 62 лет, страдающая ИБС, периодически принимает нитраты, постоянно дезагреганты и β -блокаторы, жалуется на учащение и увеличение продолжительности приступов стенокардии при обычной нагрузке, появление приступов в покое. На ЭКГ выявлена депрессия ST V1-V3.

Ваш наиболее вероятный диагноз:

@прогрессирующая стенокардия

@спонтанная стенокардия



@впервые возникшая стенокардия
 @вариантная стенокардия Принцметала
 @стабильная стенокардия напряжения ФК III
 ~ У больного, страдающего в течение года стабильной стенокардией напряжения ФК II, в последние 5 дней значительно увеличилось количество болевых приступов, резко снизилась толерантность к физическим нагрузкам, появились приступы болей в покое, возросло потребление нитроглицерина. Ваш, наиболее вероятный диагноз:
 @ИБС, прогрессирующая стенокардия
 @ИБС, впервые возникшая стенокардия
 @ИБС, стабильная стенокардия напряжения.
 @Нейроциркуляторная дистония
 @ИБС, мелкоочаговый инфаркт миокарда
 ~ Больной С., 45 лет, обратился с жалобами на приступ загрудинных болей, возникающих в момент интенсивной нагрузки и прекращающихся через две минуты после прекращения нагрузки. Боль иррадирует в левую руку, плечо. Длительность болей около 2-5 минут. Ваш наиболее вероятный диагноз:
 @ИБС, стенокардия напряжения ФК I
 @ИБС, стенокардия напряжения ФК II
 @Пролапс митрального клапана
 @Нейроциркуляторная дистония
 @Остеохондроз грудного отдела позвоночника
 ~ Мужчина 45 лет доставлен с жалобами на резкую разлитую боль за грудиной, не купировавшуюся приемом изокет-спрея. Заболел внезапно после тяжелой физической нагрузки. Об-но: состояние тяжелое, бледный. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС-86 в мин, АД 170/90 мм рт.ст. На ЭКГ: полная блокада левой ножки пучка Гиса.
 Ваш, наиболее вероятный диагноз:
 @острый коронарный синдром
 @миокардит
 @инфаркт миокарда
 @гипертонический криз
 @тромбоэмболия легочной артерии
 ~ Мужчина А., 50 лет, заболел внезапно после стрессовой ситуации на работе. Появилась интенсивная давящая боль за грудиной, которая держалась в течение 2 часов, больной вызвал бригаду скорой помощи. На ЭКГ: подъем сегмента ST V1-3 на 6 мм.
 Ваш наиболее вероятный диагноз:
 @ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом ST
 @ИБС. Вазоспастическая стенокардия
 @ИБС. Прогрессирующая стенокардия
 @ИБС. Острый коронарный синдром без подъема ST
 @ИБС. Крупноочаговый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда
 ~ У мужчины 57 лет впервые возникли сжимающие боли в области сердца, длительностью более 20 минут, одышка смешанного характера, чувство страха смерти,

резкая слабость. Из анамнеза: страдает бронхиальной астмой легкой степени. Объективно: состояние крайне тяжелое. Положение вынужденное с приподнятым головным концом. Кожные покровы бледные, влажные. Над легкими в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы, единичные сухие хрипы. ЧСС 120 в мин, АД 110/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги. На ЭКГ - подъем сегмента ST в III, avF отведениях.
 Наиболее вероятно у пациента:
 @острый коронарный синдром с подъемом ST
 @сухой плеврит
 @крупозная пневмония
 @впервые возникшая стенокардия
 @тромбоэмболия легочной артерии
 ~ Мужчина 60 лет проснулся ночью от сильной боли в грудной клетке, которая постепенно нарастала и через 1 час стала нестерпимой. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 92 уд.в 1 мин, единичные желудочковые экстрасистолы.
 Ваш, наиболее вероятный диагноз:
 @инфаркт миокарда
 @острый перикардит
 @спонтанная стенокардия
 @расслаивающая аневризма аорты
 @тромбоэмболия легочной артерии
 ~ Женщина 54 лет доставлена в ОРИТ после 2-часового ангинозного приступа, купированного на догоспитальном этапе. В анамнезе: год назад перенесла инфаркт миокарда. Об-но: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Акроцианоз. Набухание шейных вен. ЧДД- 29 в мин. АД-110/65 мм рт ст., ЧСС-115 уд/мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. ЭКГ: QSI, AVL, V1 - V3, элевация сегмента ST I, V1 -V5 до 4 мм.
 У больной, наиболее вероятно, развилось:
 @отёк лёгких
 @кардиогенный шок
 @синдром Дресслера
 @астматический статус
 @тромбоэмболия лёгочной артерии
 ~ Больной Д., 56 лет, внезапно почувствовал себя плохо: появилась нарастающая давящая боль за грудиной, через полчаса боль стала невыносимой. Больной бледен, покрыт холодным потом. ЧД – 18 в 1 минуту, ЧСС – 100 в 1 минуту. АД – 80/50 мм рт. ст. Диурез – 20 мл/час.
 Ваш наиболее вероятный диагноз:
 @ИБС, инфаркт миокарда, кардиогенный шок
 @острый перикардит
 @неревматический миокардит
 @ИБС, стенокардия напряжения
 @остеохондроз с корешковым синдромом
 ~ Больной Н., 37 лет доставлен в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на интенсивные давящие боли



за грудиной, длившиеся более часа. Внезапно больной резко побледнел, покрылся холодным потом, потерял сознание. Пульс и АД не определяются, зрачки расширены. На ЭКГ: желудочковые комплексы не определяются, имеют место различные по форме и амплитуде волны, отличающиеся хаотичностью и нерегулярностью. Лечебные мероприятия не эффективны, больной умер. Ваш наиболее вероятный диагноз:

@инфаркт миокарда, осложненный фибрилляцией желудочков

@тромбоэмболия мозговых артерий

@тромбоэмболия легочной артерии

@гипогликемическая кома

@асистолия сердца

~ Больная 37 лет жалуется на ощущение перебоев и «замирания» в области сердца. По результатам суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру выявлены полиморфные парные желудочковые экстрасистолы.

Укажите класс желудочковой экстрасистолии по В. Lown и М. Wolf:

@4б

@2

@3

@4а

@5

~ 63-летняя женщина, длительно принимающая амиодарон, жалуется на кратковременные приступы сердцебиений, сопровождающиеся головокружением и обмороками. На ЭКГ выявлено удлинение интервала QT. Наиболее информативным для точного диагноза является

@суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру

@ЧПЭС

@коронарография

@радионуклидная вентрикулография

@катетеризация правых отделов сердца

~ Мужчина 60 лет наблюдается по поводу ИБС более 10 лет. Полгода назад появились эпизоды кратковременного головокружения, сердцебиение, дважды терял сознание.

Наиболее информативным методом исследования для постановки клинического диагноза является

@суточное мониторирование ЭКГ

@ЭКГ

@ЭхоКГ

@ФКГ

@стресс ЭхоКГ

~ Больной 38 лет, с детства страдающий ХРБС, жалуется на головные боли, туман перед глазами, головокружение, одышку. При осмотре: ослабление II тона, во втором межреберье справа, выслушивается протодиастолический шум убывающего характера; на бедренной артерии - двойной тон Траубе и шум

Дюрозье. ЧСС- 96 в мин. АД –170/40 мм рт. ст. ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Наиболее вероятно, причиной, которая способствует повышению АД является

@недостаточность клапанов аорты

@стеноз устья аорты

@активность ревматизма

@стеноз устья легочной артерии

@стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

~ Мужчина 43 лет жалуется на головокружение, обмороки при физической нагрузке или быстрой перемене положения тела, приступы типичной стенокардии, быструю утомляемость. При осмотре: 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. ЭХОКГ: концентрическая гипертрофия стенок ЛЖ, утолщение створок аортального клапана.

Ваш, наиболее вероятный, порок сердца:

@стеноз устья аорты

@недостаточность митрального клапана

@стеноз правого атриовентрикулярного отверстия

@недостаточность аортального и митрального клапанов

@поражение папиллярных мышц трехстворчатого клапана

~ Подросток 15 лет с жалобами на одышку, сердцебиение; общую слабость, обмороки. На ЭХОКГ выявлены: гипертрофия миокарда и стеноз выходного тракта правого желудочка; субаортальный дефект межжелудочковой перегородки; выход аорты из правого желудочка.

Укажит, наиболее вероятный, диагноз:

@тетрада Фалло

@пролапс митрального клапана

@дефект легочной артерии

@стеноз легочной артерии

@коарктация аорты

~ Мужчина 32 лет в самолете внезапно ощутил сердцебиение, боли в сердце, удушье. Во время осмотра выявлены следующие симптомы: I тон на верхушке усилен, II тон усилен на легочной артерии. Ритм сердца неправильный, тахикардия. Дефицит пульса 6-8 в 1 мин. Определяется щелчок открытия митрального клапана АД 110/70 мм рт.ст.

Ваш, наиболее вероятный, диагноз:

@стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия

@митрализация аортальной недостаточности

@недостаточность трехстворчатого клапана

@недостаточность митрального клапана

@стеноз устья аорты

~ Вас вызвали в приемное отделение к больному 32 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.

Наиболее целесообразно провести обследование для подтверждения диагноза:

- @доплеровская эхокардиография
- @холтеровское мониторирование
- @стресс-эхокардиография
- @коронарография
- @велозонометрия

~ В реанимационное отделение доставлен больной 29 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

- @фибрилляция желудочков
- @пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
- @полная атриовентрикулярная блокада
- @синдром слабости синусового узла
- @фибрилляция предсердий

~ У больного 70 лет появилась одышка при незначительной физической нагрузке, ночные приступы удушья, сердцебиение. В анамнезе – перенесенный инфаркт миокарда. Объективно: ортопноэ, цианоз губ. В легких - влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах обоих легких. Тоны сердца приглушены. ЧСС 100 в 1 минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Печень увеличена. Массивные отеки на ногах. Уменьшение диуреза.

Наиболее вероятная стадия сердечной недостаточности:

- @ХСН II Б
- @ХСН 0
- @ХСН I
- @ХСН II А
- @ХСН III

~ Девушка 19 лет 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. Рентгенологически: тень сердца в области легочного ствола в виде деревянного башмачка.

Характерными симптомами, наиболее часто, осложняется заболевание:

- @правожелудочковая недостаточность
- @тромбоз мозговых сосудов
- @инфекционный эндокардит
- @тромбоз мезентериальных сосудов
- @левожелудочковая недостаточность

~ Женщина 78 лет, дважды перенесшая инфаркт миокарда, жалуется на дискомфорт в области сердца,

одышку при малейшей физической нагрузке, тяжесть в правом подреберья, отеки на нижних конечностях, общую слабость. При осмотре: в легких дыхание ослабленное, тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-68 уд/мин., АД 140/95 мм рт. ст. Печень увеличена на 3 см. На ЭКГ: гипертрофия ЛЖ, полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Наиболее информативным методом диагностики является

- @ЭхоКГ
- @суточное мониторирование артериального давления
- @рентгенография органов грудной клетки
- @УЗИ органов брюшной полости
- @ЭКГ

~ Мужчина 38 лет жалуется на боли в левой половине живота и поясничной области, периодически возникающие после переизбытка, переохлаждения, тряской езды и уменьшающиеся, после приема но-шпы, баралгина; тошноту. Объективно: язык обложен белым налетом, живот мягкий, при пальпации болезненный в левом подреберье, левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона).

Ваш, наиболее вероятный, диагноз:

- @болевая форма хронического панкреатита
- @язвенная болезнь желудка
- @хронический пиелонефрит
- @мочекаменная болезнь, почечная колика
- @язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

~ Мужчина 34 лет жалуется на боли в эпигастрии, возникающие через 1,5-2 часа после еды, а также по ночам; склонность к запорам. Год назад течение язвенной болезни осложнилось перфорацией.

Локализация язвы, наиболее вероятна,

- @в луковице 12-перстной кишки
- @на малой кривизне желудка
- @в антральном отделе желудка
- @на большой кривизне желудка
- @в пилорическом канале желудка

~ Мужчина 53 лет, злоупотребляющий алкоголем, поступил с кровотечением из варикозно - расширенных вен пищевода. Неделью назад появились боли в правом подреберье, развилась желтуха. Об-но: кожа и склеры желтушны, телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, болезненная. Спленомегалия. В крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ-36 мм/ч. Общий билирубин 56 мкмоль/л, прямая фракция – 12,2 мкмоль/л.

Ваш, наиболее вероятный, диагноз:

- @цирроз печени алкогольной этиологии
- @криптогенный цирроз печени
- @хронический алкогольный гепатит
- @хронический криптогенный гепатит
- @хронический лекарственный гепатит



~ Мужчина 38 лет жалуется на чувство жжения за грудиной, усиливающееся после еды, при наклоне туловища вперед и в положении лежа. Укажите, наиболее информативный метод исследования:

- @эзофагоскопия
- @эзофагоманометрия
- @рентгенография органов грудной клетки
- @электрокардиография с нагрузочными пробами
- @ультразвуковое исследование органов брюшной полости

~ Мужчина 27 лет жалуется на боли в эпигастрии, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, «ночные» боли; отрыжку кислым, тошноту.

Объективно: пониженного питания, язык влажный, обложен белым налетом у корня, при пальпации - болезненность в эпигастрии.

Укажите, наиболее информативный метод исследования:

- @гастроскопия
- @ирригоскопия
- @эзофагоманометрия
- @рентгенография желудка
- @ультразвуковое исследование органов брюшной полости

~ Женщина 52 лет 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.

Наиболее информативным методом исследования является

- @ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- @гастроскопия
- @ирригоскопия
- @дуоденальное зондирование
- @пункционная биопсия печени

~ 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:

- @микробиологическое исследование кала
- @общий анализ крови
- @ирригоскопия
- @ультразвуковое исследование брюшной полости
- @ФГДС

~ Мужчина, 50 лет, злостный курильщик, предъявляет жалобы на приступы удушья, боли в нижней трети грудины жгучего характера, отрыжку кислым. При

применении препаратов группы теofilлинов состояние ухудшается. На ЭКГ: ишемические изменения не регистрируются. При пикфлоуметрии выявлено незначительное снижение пиковой скорости выдоха. Наиболее вероятный диагноз:

- @гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- @хронический гастрит
- @ИБС, стенокардия напряжения
- @бронхиальная астма
- @хроническая обструктивная болезнь легких

~ Мужчина, 75 лет, предъявляет жалобы на чувство тяжести, полноты в эпигастрии, 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 эпигастрии. На ФГДС: бледность, сглаженность, истончение в теле и антруме желудка, просвечивание сосудов, повышенная ранимость, гипотония, гипокинезия, рефлюкс желчи. Наиболее вероятный диагноз:

- @хронический атрофический гастрит
- @антральный неатрофический гастрит
- @язвенная болезнь
- @неспецифический язвенный колит
- @рак желудка

~ Женщину 29 лет с подросткового возраста беспокоят упорные запоры по 8-9 дней, тошнота, головные боли, нарушение сна, общая слабость. Применение слабительных средств малоэффективно, пациентка вынуждена часто прибегать к очищающей клизме. **Об-но:** кожа сухая, грубоватая, с участками гиперпигментации. Живот мягкий, в проекции сигмовидной кишки пальпируется малоподвижное, плотное образование. При пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, безболезненная. Наиболее целесообразным методом обследования является

- @ирригоскопия
- @УЗИ органов брюшной полости
- @компьютерная томография головы
- @колоноскопия с биопсией
- @ректальная манометрия

~ Мужчина 32 лет жалуется на появление через полчаса после приема пищи или алкоголя давящих болей в подложечной области; мучительной изжоги, уменьшающейся после приема соды. Болен в течение 2 лет, не лечился. Об-но: язык обложен белым налетом, при глубокой пальпации разлитая болезненность в эпигастрии. На ЭФГДС: слизистая желудка гиперемирована, отечна, в антральном отделе - одиночные кровоизлияния.

Наиболее информативным методом диагностики является

- @исследование на Helicobacter pylori



@24-часовая рН-метрия

@эндоскопическая рН-метрия

@электрогастрографический метод

@исследование желудочной секреции методом гастротеста

~ Подросток, 17 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в суставах мигрирующего характера, одышку при умеренной физической нагрузке, колющие боли в области сердца.

2 недели назад перенес гнойную ангину. Объективно: границы относительной тупости сердца увеличены влево на 2см, тахикардия, систолический шум на верхушке. Голеностопные суставы припухшие, болезненные на ощупь. На туловище высыпания в виде кольцевидной эритемы. Наиболее вероятный диагноз:

@острая ревматическая лихорадка

@ревматоидный артрит

@реактивный артрит

@неревматический миокардит

@системная красная волчанка

~ У женщины 23года при аускультации сердца выслушивается: хлопающий I тон на верхушке, щелчок открытия митрального клапана, акцент II тона над легочной артерией, диастолический шум на верхушке. При рентгенологическом обследовании отмечено выбухание II и III дуги по левому контуру.

Наиболее вероятный порок сердца:

@митральный стеноз

@стеноз устья аорты

@недостаточность митрального клапана

@недостаточность аортального клапана

@недостаточность трехстворчатого клапана

~ Больная 33 лет заболела остро, 3 дня назад. Повысилась температура тела до 39,9, появился озноб, сухой кашель, боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании. Объективно: в нижних отделах правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, выслушиваются жесткое дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Ваш предположительный диагноз:

@пневмония

@ХОБЛ

@бронхиальная астма

@сухой плеврит

@экссудативный плеврит

~ Больной 19 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты до 200 мл с запахом, кровохарканье, повышение температуры до 38,2°С, недомогание, одышку. В детстве часто отмечал кашель с мокротой. В течение последних 5 лет - ежегодные обострения. Наиболее вероятный диагноз:

@бронхоэктатическая болезнь

@ХОБЛ

@бронхиальная астма

@хронический бронхит

@поликистоз легкого

~ У больного с абсцесом легкого после сильного кашля внезапно появились боли в грудной клетке справа и одышка. При осмотре выявлены отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания и выбухание межреберных промежутков; перкуторно - тимпанит. Наиболее вероятное осложнение развилось у больного:

@пневмоторакс

@ателектаз легкого

@инфаркт легкого

@эмфизема легких

@экссудативный плеврит

~ Женщина 35 лет. Жалобы на кашель с выделением большого количества гнойной мокроты, иногда «полным ртом» с неприятным гнилостным запахом, вялость, раздражительность, понижение работоспособности. В анамнезе отмечает хронический бронхит с детства. При осмотре – пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». В легких ослабленное везикулярное дыхание, в средней доле справа разнокалиберные влажные хрипы.

Наиболее вероятный диагноз:

@бронхиальная астма

@экссудативный плеврит

@хроническая обструктивная болезнь легких

@сухой плеврит

@бронхоэктатическая болезнь

~ Женщина 29 лет, 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 . .

. .

@рентгенографии грудной клетки

@острофазовых показателей крови

@ электрокардиографии

@общего анализа крови

@спирографии

~ Больной М., 45 лет, жалуется на кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при умеренной физической нагрузке. В течение 15 лет страдает бронхолегочной патологией. Об-но: пальцы в виде «барабанных палочек», грудная клетка бочкообразная, дыхание жесткое, по всем полям сухие жужжащие хрипы, выдох удлинен.

Ваш предположительный диагноз:

@хроническая обструктивная болезнь легких

@хронический гнойный бронхит

@бронхоэктатическая болезнь

@бронхиальная астма

@эмфизема легких

~ **Больной К., 55 лет** жалуется на кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке. В течение 20 лет страдает бронхолегочной патологией, курильщик.
Объективно: дыхание жесткое, по всем полям сухие жужжащие хрипы, выдох удлинен.

Ваш, наиболее вероятный, диагноз:

@ **хроническая обструктивная болезнь легких**

@ **пневмония**

@ **бронхиальная астма**

@ **бронхоэктатическая болезнь**

@ **хронический гнойный бронхит**

~ В отделение поступил больной Н., 36 лет, рабочий. Жалобы на кашель с выделением мокроты с неприятным гнилостным запахом (около 250-300 мл в сутки). Кашель усиливается в положении больного на правом боку. При осмотре выявлены положительные симптомы «барабанных палочек» и «часовых стекол». Наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких:

@ **гнойный воспалительный процесс в бронхах (бронхоэктазы) или в легком (абсцесс)**

@ **поражение плевры**

@ **хронический воспалительный процесс в бронхах**

@ **воспалительное поражение альвеол**

@ **поражение трахеи**

~ В отделение поступил больной О., 32 года, монтажник. Жалобы на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, на повышение температуры тела до 37,9°C. Больной лежит на правом боку. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких:

@ **поражение плевры**

@ **хронический воспалительный процесс в бронхах**

@ **гнойный воспалительный процесс в бронхах (бронхоэктазы) или в легком (абсцесс)**

@ **воспалительное поражение альвеол**

@ **поражение трахеи**

~ В отделение поступил больной С, 49 лет, бухгалтер. Жалуется на приступ удушья, возникший 2 часа назад дома, на кашель с небольшим отделением вязкой стекловидной мокроты. Осмотр: Состояние тяжелое. Больной сидит в постели, опираясь на нее руками. Грудная клетка эмфизематозна. Число дыхательных движений - 30 в минуту, резко затруднен выдох. Отмечается выраженный диффузный цианоз, набухание шейных вен.

Наиболее вероятная причина dyspnoe:

@ **спазм мелких бронхов**

@ **уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнение)**

@ **снижение эластичности легких вследствие эмфиземы**

@ **механическое препятствие в гортани**

@ **поражение трахеи**

~ В отделение поступила больная К., 34 года, преподаватель. Жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, на повышение температуры до 37,9°C, на кашель с небольшим отделением «ржавой» мокроты, на боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием. При осмотре отмечаются диффузный цианоз, герпетические высыпания на губах. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Число дыхательных движений - 36 в минуту. Наиболее вероятная причина dyspnoe:

@ **уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнение)**

@ **снижение эластичности легких вследствие эмфизема**

@ **спазм мелких бронхов**

@ **механическое препятствие в гортани**

@ **поражение трахеи**

~ У больного Е., 43 года, доставленного в клинику, при осмотре выявлено следующее: левая половина грудной клетки несколько увеличена в размерах. Отмечаются отставания ее в акте дыхания, сглаженность и небольшое выбухание межреберных промежутков. У больного признаки синдрома

@ **жидкости или воздуха в плевральной полости**

@ **обтурационного ателектаза**

@ **воспалительного уплотнения доли легкого**

@ **эмфиземы легких**

@ **воспалительного заболевания легкого**

~ У больного при общем осмотре: отставание правой половины грудной клетки в дыхании. Пальпация грудной клетки: справа голосовое дрожание ослаблено. Перкуссия легких: справа абсолютно тупой звук. Аускультация: значительное ослабление дыхания и бронхофонии справа. Побочных дыхательных шумов нет.

У больного признаки синдрома

@ **гидроторакса**

@ **закрытого пневмоторакса**

@ **очагового воспалительного уплотнения легкого**

@ **компрессионного ателектаза**

@ **эмфиземы легких**

~ У больного при общем осмотре: незначительное отставание левой половины грудной клетки в дыхании. Пальпация грудной клетки: голосовое дрожание слева слегка ослаблено. Перкуссия легких: притупление перкуторного звука слева. Аускультация: ослабленное везикулярное дыхание, шум трения плевры слева.

У больного признаки синдрома

@ **утолщения листков плевры**

@ **закрытого пневмоторакса**

@ **очагового воспалительного уплотнения легкого**

@ **гидроторакса**

@ **эмфиземы легких**



~ Физикальный осмотр больного: грудная клетка бочкообразной формы. Выявлен тупой эпигастральный угол, горизонтальное расположение ребер. Над- и подключичные ямки сглажены. Пальпация грудной клетки: голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон, несколько ослаблено. Перкуссия легких: коробочный перкуторный звук. Нижние границы легких опущены, верхние - приподняты. Аускультация: над обоими легкими выслушивается одинаково, ослабленное везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет.

У больного признаки синдрома

@эмфиземы легких

@закрытого пневмоторакса

@ полости в легком, связанной с бронхом

@ долевого воспалительного уплотнения легкого

@ гидроторакса

~ У больного при общем осмотре: дыхательные движения симметричны.

Пальпация грудной клетки: голосовое дрожание не изменено. Перкуссия: ясный легочный перкуторный звук. Аускультация: жесткое дыхание, справа и слева выслушивается большое количество сухих хрипов.

У больного признаки синдрома

@сужения бронхов вязким экссудатом

@ закрытого пневмоторакса

@компрессионного ателектаза

@ очагового воспалительного уплотнения

@ гидроторакса

~ У больного при общем осмотре: отставание правой половины грудной клетки в дыхании. Пальпация грудной клетки: усиление голосового дрожания справа. Перкуссия легких: притупление перкуторного звука справа. Аускультация: бронхиальное дыхание, усиление бронхофонии, шум трения плевры справа.

У больного признаки синдрома

@ долевого воспалительного уплотнения

@сужения бронхов вязким экссудатом

@полости в легком, связанной с бронхом

@ утолщения листков плевры

@ гидроторакса

~ У больного при общем осмотре: отставание левой половины грудной клетки в дыхании, некоторое западение левой половины грудной клетки.

Пальпация грудной клетки: ослабление голосового дрожания слева. Перкуссия легких: притупление перкуторного звука слева. Аускультация: ослабление дыхания и бронхофонии слева, побочных дыхательных шумов нет.

У больного признаки синдрома

@ обтурационного ателектаза

@ долевого воспалительного уплотнения

@ гидроторакса

@ закрытого пневмоторакса

@ эмфиземы легких

~ У больного при общем осмотре: отставание левой половины грудной клетки в дыхании. Пальпация грудной клетки: голосовое дрожание слева ослаблено. Перкуссия легких: тимпанический перкуторный звук слева.

Аускультация: значительное ослабление дыхания и бронхофонии слева.

Признаки какого синдрома имеются у больного:

У больного признаки синдрома

@ закрытого пневмоторакса

@ гидроторакса

@ полости в легком, связанной с бронхом

@ долевого воспалительного уплотнения легких

@ эмфиземы легких

~ В отделение поступил больной К., 42 года, главный инженер электромеханического завода с жалобами на сильные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо и лопатку, возникающие при быстрой ходьбе и купирующиеся в покое и через 2 мин после приема нитроглицерина; на слабость, раздражительность, плохой сон. Анамнез: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые появились боли при быстрой ходьбе. Обратился к врачу, который рекомендовал принимать нитроглицерин. Около года назад был госпитализирован в терапевтическое отделение больницы в связи с резким учащением и усилением болей в области сердца. В течение недели находился на строгом постельном режиме. Выписан через 2 недели с улучшением. Настоящее ухудшение отмечает в течение 2,5 недель, когда вновь участились и усилились загрудинные боли, появилась слабость, раздражительность, плохой сон. Курит в течение 22 лет по 20-30 сигарет в день, часто работает по ночам. Наиболее вероятной причиной заболевания является

. . .

@ коронарная недостаточность

@ поражение сердца ревматической этиологией

@ синдром артериальной гипертензии

@ левожелудочковая сердечная недостаточность

@ системная склеродермия

~ У больного при осмотре области сердца:

Верхушечный толчок хорошо виден на глаз в пятом межреберье по левой среднн- ключичной линии.

Пальпация: Верхушечный толчок в пятом межреберье по левой среднн-ключичной линии усилен, концентрированный. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не выявляются.

У больного признаки синдрома

@ гипертрофии левого желудочка без его дилатации

@ значительной дилатации левого желудочка

@гипертрофии и значительной дилатации левого желудочка

@ гипертрофии и дилатации левого и правого желудочков

@ синдром артериальной гипертензии



~ У больного при осмотре области сердца: верхушечный толчок виден на глаз, усиленный, смещенный до передней левой аксиллярной линии. Пальпация: Верхушечный толчок расположен в шестом межреберье по передней аксиллярной линии, разлитой, усиленный. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не выявляется. У больного признаки синдрома

@ гипертрофии и значительной дилатации левого желудочка

@ гипертрофии левого желудочка без его дилатации

@ значительной дилатации левого желудочка.

@ гипертрофии и дилатации левого и правого желудочков

@ синдрома артериальной гипертензии

~ Больной А. 28 лет появились приступобразные боли в области поясницы, задержка мочи и отечность.

Положительный симптом Пастернацкого бывает при:

@ мочекаменной болезни

@ диабетической нефропатии

@ уретрите

@ цистите

@ простатите

~ Мужчина М., 47 лет обратился 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 диагноз:

@ стеноз легочной артерии

@ митральный стеноз

@ коарктация аорты

@ открытый артериальный проток

@ дефект межпредсердной перегородки

~ Больная Ж. 36 лет страдает ревматизмом с детства.

Обратилась с жалобами на одышку, кашель, сердцебиение, нарушение ритма сердечной деятельности. При осмотре акроцианоз, румянец на щеках. Выслушивается дисистолический шум, хлопающий I тон и после II тона – дополнительный тон открытия митрального клапана.

Ваш диагноз:

@ стеноз митрального клапана

@ стеноз устья аорты

@ недостаточность митрального клапана

@ недостаточность трехстворчатого клапана

@ стеноз трехстворчатого клапана

~ Больной 28 лет в физическом развитии не отставал от сверстников. 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 рентгенокопии отмечается усиление легочного рисунка, тень сердца обычной формы. Ваш диагноз:

@ дефект межпредсердной перегородки

@ тетрада Фалло

@ стеноз легочной артерии

@ коарктация аорты

@ открытый артериальный проток

~ Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Ваш предварительный диагноз:

@ рефлюкс-эзофагит

@ ценкеровский дивертикул пищевода

@ хронический гастрит

@ хронический панкреатит

@ рак пищевода

~ Больная Ж. 55 лет, рост 157 см, вес 60 кг, 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. Согласно клиническому протоколу, возможно у пациентки

@ нарушенная толерантность к глюкозе

@ нарушенная гликемия натощак

@ случайная гликемия

@ сахарный диабет

@ гестационный сахарный диабет

~ Больной Д. 55 лет, рост 172 см, вес 112 кг, 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. Согласно клиническому протоколу, возможно у пациента:

@ сахарный диабет 2 типа

@ нарушенная толерантность к глюкозе

@ нарушенная гликемия натощак

@ случайная гликемия

@ сахарный диабет 1 типа

~ Больная К. 50 лет, рост 162 см, вес 101 кг, 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. Согласно клиническому протоколу, возможно у пациентки:

@ сахарный диабет 2 типа

@ нарушенная толерантность к глюкозе

@ нарушенная гликемия натощак

@ случайная гликемия

@ сахарный диабет 1 типа

~ Больной О. 45 лет жалуется на укрупнение черт лица, кистей и стоп, длительные головные боли, ночные апноэ. От момента появления первых



симптомов заболевания прошло 5 лет. Объективно: утолщение носа, губ, языка, утолщение кожи, увеличение надбровных дуг, увеличение верхней и нижней челюсти, расширение межзубных промежутков, увеличение конечностей. АД 160/90 мм.рт.сб.

Вероятный диагноз:

- @ акромегалия
- @ гигантизм
- @ спорадическая опухоль гипофиза
- @ опухоль глоточного кольца
- @ опухоль сфеноидального синуса

~ Больная 42 года обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, выраженная 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 уд. в минуту.

Ваш предварительный диагноз :

- @ гипотиреоз
- @ цирроз печени
- @ выраженная сердечная недостаточность
- @ ожирение
- @ гипертиреоз

~ У женщины 50 лет повышенного питания(лишний вес) обнаружено повышение уровня гликемий - 6,9 и 7,2 ммоль/л натощак. Данные признаки характерны для

- @ сахарного диабета 2 типа
- @ сахарного диабета 1 типа
- @ ожирения
- @ нарушения обмена глюкозы натощак
- @ врожденного сахарного диабета

~ К врачу обратилась больная в возрасте 35 лет с жалобами на онемение, покалывание в кончиках пальцев обеих кистей. При контакте с холодной водой возникает выраженное побледнение кистей рук с последующим синюшным окрашиванием кожи. Был диагностирован синдром Рейно и заподозрена системная склеродермия. Согласно клиническому протоколу признаки, которые в большей степени могут подтвердить диагноз:

- @уплотнение кожи на пальцах и кистях
- @эритема на щеках
- @ деформация мелких суставов
- @ признаки интерстициального нефрита
- @онемение, покалывание в кончиках пальцев

~ Больная 52-х лет отмечает в течение 2-х лет боли в коленных суставах, утреннюю скованность до получаса. Объективно: коленные суставы деформированы, уплотнения периартикулярных тканей, легкая гипертермия, пальпаторная крепитация. Согласно клиническому протоколу, необходимо

основное диагностическое исследование для установления диагноза:

- @рентгенография коленных суставов
- @денситометрия
- @пункция коленного сустава
- @ магнито-резонансная томография коленных суставов
- @ артроскопия

~ 52-летняя больная жалуется на боли и ограничение движений в межфаланговых суставах кистей. При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов выявлены плотные узелки размером до 0,5 см, умеренно болезненные при пальпации. Суставы незначительно деформированы, движения в них ограничены. При рентгенографии суставов кистей обнаружено сужение суставной щели, остеосклероз.

Ваш предположительный диагноз:

- @остеоартроз
- @ ревматоидный артрит
- @реактивный артрит
- @псориатический артрит
- @подагра

~ Больная 3. 65 лет. Жалобы на боли в правом коленном суставе, ограничение подвижности. На рентгенограммах правого коленного сустава определяется сужение рентгеновской суставной щели, субхондральный склероз, уплощение, неровность суставных поверхностей, выраженные краевые костные разрастания.

Ваш предположительный диагноз:

- @ остеоартроз
- @ артропатия
- @ ревматоидный артрит
- @ анкилоз
- @ хронический артрит

~ Больной 52 лет обратился с жалобами на слабость, тошноту, бессонницу ночью и сонливость днем, увеличение живота, 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 10x12 см. Перкуторно - притупление в низу живота. Ваш предварительный диагноз:

- @цирроз печени, стадия декомпенсации
- @цирроз печени, стадия компенсации
- @цирроз печени, стадия субкомпенсации
- @аутоиммунный гепатит 1 типа
- @аутоиммунный гепатит 2 типа

~ У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия, чувство "кома" за грудиной. Дисфагия возобновлялась в дальнейшем при волнении, усталости. Appetit сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не



выявлено. Наиболее вероятной причиной дисфагии является

@эзофагоспазм

@рак пищевода

@пептическая язва пищевода

@аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

@герпетическое поражение пищевода

~ К врачу обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появлялась дисфагия. Часто болеет воспалением лёгких. В данном случае можно предположить:

@дивертикул пищевода

@варикозное расширение вен пищевода

@пищеводно-бронхиальный свищ

@стеноз пищевода

@ахалазию пищевода

~ Мужчина, 26 лет, обратился к врачу со следующими жалобами: боли в эпигастрии, возникающие через 1-1,5 ч после еды, отрыжка, изжога. При осмотре: язык влажный, обложен налетом белого цвета, живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастрии. При ФГДС: диффузная гиперемия слизистой желудка, поверхностные дефекты слизистой оболочки антрального отдела желудка размерами до 0, 5 см. Предположительный ваш диагноз:

@хронический неатрофический гастрит, с эрозиями

@хронический атрофический гастрит

@язвенная болезнь желудка

@рефлюкс-гастрит

@функциональная неязвенная диспепсия

~ Больной 28 лет обратился с жалобами на боли в эпигастрии, 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:

@исследование на helicobacter pylori

@хромоскопия

@рентгеноскопия желудка

@внутрижелудочная рН - метрия

@электрогастрографический метод

~ Больной 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. Диагностический метод исследования для верификации диагноза:

@копрограмма

@анализ кала на скрытую кровь

@колоноскопия

@УЗИ органов брюшной полости

@рентгенологическое исследование кишечника

~ У больного с гепатоспленомегалией и асцитом при биохимическом исследовании выявлены увеличение остаточного азота и мочевины, в моче повышены уровни индола, скатола и фенолов. По клиническим симптомам можно думать о развитии синдрома:

@печеночно-клеточной недостаточности

@цитолита

@холестаза

@мезенхимального воспаления

@шунтирования печеночного кровотока

~ К участковому врачу обратился больной Журавлев М. 37 лет с жалобами на боль в правом верхнем квадранте живота, лихорадка, желтуха, артериальная гипотензия, заторможенность характерны для

@острого холангита

@острого холецистита

@острого аппендицита

@острого панкреатита

@острого пиелонефрита

~ Больной 36 лет, жалуется на постоянную тупую боль в левом подреберье после приема жирной и копченой пищи, рвоту, которая приносит облегчение. Каловые массы блестящие, с неприятным запахом. Болеет на протяжении 8 лет, очередное усиление болей на протяжении 5-6 дней после злоупотребления алкоголем. Объективно: сниженного питания, кожа бледная и сухая. Язык с белым налетом. Живот умеренно вздут, отмечается боль в зоне Шоффара, Губергрица - Скульского, точках Дежардена, Мейо - Робсона. Согласно клиническому симптомам ваш диагноз

@хронический панкреатит в стадии обострения

@хронический холецистит в стадии обострения

@острый панкреатит

@язвенная болезнь с пенетрацией в головку

поджелудочной железы

@острая кишечная непроходимость

~ Больной 27 лет доставлен в приемный покой с острыми болями в животе, возникшими 1 час назад. Рвоты, стула не было. Объективно: мышечный дефанс в эпигастрии, перкуторно - исчезновение печеночной тупости. Согласно клиническому симптомам ваш предварительный диагноз:

@перфорация язвы желудка

@пенетрация язвы желудка

@желудочное кровотечение

@острый холецистит

@острый панкреатит

~ Больной Н, 46 лет, обратился с жалобами на боль за грудиной, иррадиирующую в межлопаточную область, усиливающуюся в положении лежа; отрыжку кислым, срыгивания. Ваша диагностическая тактика для верификации диагноза:

@эзофагогастродуоденоскопия

@24 часовая рН-метрия



@внутрипищеводная манометрия

@УЗИ органов брюшной полости

@тест с ингибитором протонной помпы

~ 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.

Наиболее вероятный диагноз:

@хронический панкреатит

@хронический энтероколит

@хронический гастрит

@хронический холецистит

@синдром раздраженного кишечника

~ Больной, 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 предположительный диагноз:

@хронический панкреатит

@хронический холангит

@язвенная болезнь

@хронический гастрит

@хронический гепатит

~ У служащей крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40°C, появились озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сослуживец больной был госпитализирован с пневмонией. Вероятная причина пневмонии:

@легионелла

@клебсиелла

@микоплазма пневмонии

@палочка Пфейффера

@золотистый стафилококк

~ У больной 55 лет возникают боли в области сердца сжимающего характера, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, но проходящие после приема нитроглицерина. Она страдает также варикозным расширением вен нижних конечностей. У нее бывают повышения АД до 160/90 мм.рт.ст. На ЭКГ в 12 стандартных отведениях нет специфических изменений. Наиболее вероятное диагностическое обследование это

@суточное мониторирование

@велоэргометрия

@проба с обзиданом

@коронароангиография

@определение уровня ферментов в крови

~ По скорой помощи поступает больной 64 лет с тяжелой двусторонней пневмонией. Скорой было отмечено критическое падение повышенной температуры тела, внезапно развитие резкой слабости, обморочное состояние, головокружение, шум в ушах, тошнота, позывы на рвоту. Об-но: больной бледен, выраженный акроцианоз, холодный липкий пот, тахикардия, нитевидный пульс, глухость сердечных тонов, низкое АД. Причиной резкого ухудшения состояния больного является развитие:

@инфекционно-токсического шока

@сепсиса

@кардиогенного шока

@тромбоэмболии легочной артерии

@острого респираторного дистресс-синдрома

~ Больной И., 36 лет, страдающий ХОБЛ, находится на стационарном лечении по поводу очагового туберкулеза легких без распада. После наблюдавшегося клинического улучшения в течение последних 3-х дней отмечается повышение температуры тела до 38°C, непродуктивный кашель. Для уточнения причины ухудшения состояния больного целесообразно назначить метод обследования:

@посев мокроты на чувствительность сопутствующей микрофлоры

@компьютерную спирографию

@брашбиопсию

@бронхоскопию

@туберкулиновую пробу

~ Больная 19 лет обратилась к врачу общей практики по поводу повышения температура тела 2 дня назад до 37,5 - 37,8. Кашель влажный, продуктивный. ЧСС - 100 в мин. ЧДД - 28 в мин. Укорочение перкуторного звука под легкими нет. Дыхание жесткое, с обеих сторон, больше в базальных отделах определяются сухие свистящие и жужжащие, а также влажные среднекалиберные хрипы. Ваш диагноз:

@бронхит необструктивный

@пневмония

@ларинготрахеит

@бронхиальная астма

@туберкулез

~ Больная 47 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на периодически возникающие эпизоды одышки в покое, которые появились в течение последней недели. Состоит на учете у гинеколога по поводу миомы матки с 2005 года. Объективно: в нижних отделах правого легкого локальное притупление легочного звука, ослабление дыхания, ЧД 26 в минуту, ЧСС 86 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Ваш диагноз:



@пневмония

@бронхиальная астма

@тромбоэмболия легочной артерии

@нейроциркуляторная дистония

@острый обструктивный бронхит

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

@эмфизема легких

@пневмония

@пневмоторакс

@острый бронхит

@хронический бронхит

~ У больного состоящего на «Д» учете по поводу ХРБС, сочетанного митрального порока с преобладанием стеноза, СН ФК II (NYHA), после физической нагрузки появились приступ удушья, кашель со значительным количеством мокроты, психомоторное возбуждение. Об-но: ортопноэ, ЧД 33 в мин., в нижних отделах разнокалиберные влажные хрипы, пульс 120 в мин. АД 110/70 мм рт. ст.

У пациента развилось осложнение:

@острая левожелудочковая недостаточность, отек легких

@бронхообструктивный синдром

@острая левожелудочковая недостаточность, сердечная астма

@ангинозный статус

@нозокомиальная пневмония

~ Больная 29 лет жалуется на приступы удушья, с затруднением выдоха с небольшим количеством вязкой стекловидной мокроты. Симптомы возникают дома, больше в ночное время. Об-но: положение вынужденное, опирается руками о край стула. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 в мин, перкуторно коробочный звук. Аускультативно сухие свистящие хрипы по всем полям.

У больной ведущий синдром

@нарушения бронхиальной проходимости (с приступами удушья, обратимый)

@уплотнения легочной ткани (с локализацией в нижних отделах легких)

@легочной диссеминации (сетчатой, начинается с базальных отделов)

@нарушения бронхиальной проходимости (постоянно прогрессирующая)

@нарушения бронхиальной проходимости(с приступами удушья, связан с обострением очага хронической инфекции)

~ Больной Иванов С, 27 лет, состоит на «Д» учете с хроническим обструктивным бронхитом отмечаются одышка в покое, диффузный цианоз, увеличение печени, отёки на ногах. Ваш вывод:

@декомпенсированное лёгочное сердце

@дыхательная недостаточность I степени

@дыхательная недостаточность II степени

@острая левожелудочковая недостаточность

@компенсированное лёгочное сердце

~ Больной Базарбаев М, 28 лет, состоит на «Д» учете У больных хроническим бронхитом, решающую роль в возникновении тромбоэмболии легочной артерии играет:

@нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения

@полицитемия (вторичный эритроцитоз) и повышение свертываемости крови

@дыхательная недостаточность и гипоксия

@нарушение гемодинамики в большом круге кровообращения

@варикозное расширение вен нижних конечностей

~ У больного после физической нагрузки появился приступ одышки, сопровождаемый удушьем, кашлем с выделением пенистой розовой мокроты. При осмотре:

в легких влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон, мерцательная аритмия, увеличение печени, отеки на нижних конечностях. Эти симптомы характерны для:

@острой левожелудочковой недостаточности

@тромбоэмболии легочной артерии

@приступа бронхиальной астмы

@спонтанного пневмоторакса

@инфарктной пневмонии

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

@туберкулез

@хронический абсцесс легкого

@пневмонию

@поликистоз легкого

@бронхоэктатическую болезни

~ Мужчина 28 лет жалуется на повышение температуры тела до 38°С, кашель со слизистой мокротой, слабость. Заболел остро после переохлаждения. Объективно: в легких жесткое дыхание, хрипов нет. При обследовании: лейкоциты - 7,5 тыс, СОЭ - 20 мм/ч. Вероятный диагноз:

@ острый бронхит



@ острый ринофарингит
 @ хронический бронхит, обострение
 @ внебольничная прикорневая пневмония
 @ ХОБЛ, легкой степени, обострение
 ~ Больной А. 38 лет, обратился к врачу с жалобами на кашель, временами со слизисто-гнойной мокротой в течение последних 2 лет. Курит с 15 лет. Последние 3 мес появилась экспираторная одышка при беге и подъёме на 3-й этаж. Аускультативно: жёсткое дыхание, сухие хрипы. Индекс Тиффно равен 55%.
 Предварительный диагноз:
 @ хроническая обструктивная болезнь легких
 @ осумкованный плеврит
 @ очаговая пневмония
 @ саркоидоз лёгких
 @ бронхиальная астма
 ~ Мужчина 66 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку, повышение температуры тела. В анамнезе – частые ОРЗ. Об-но: гиперстеник, бледный, цианоз носогубного треугольника, ногти изменены в виде «часовых стекол», пастозность голеней. Аускультативно – жестковатое дыхание, укороченный выдох, рассеянные сухие хрипы. ЖЕЛ умеренно снижена. Вероятный диагноз.
 @ ХОБЛ, бронхитический тип
 @ бронхиальная астма, тяжелое течение
 @ хронический обструктивный бронхит
 @ ХОБЛ, эмфизематозный тип
 @ туберкулез легких
 ~ У больного бронхоэктатической болезнью после сильного кашля внезапно появились боли в грудной клетке справа и одышка. При осмотре выявлены отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания и выбухание межреберных промежутков; перкуторно - тимпанит. Осложнение развившееся у больного называется
 @ пневмоторакс
 @ ателектаз легкого
 @ инфаркт легкого
 @ эмфизема легких
 @ экссудативный плеврит
 ~ У больного Ф., 75 лет, перенесшего инфаркт миокарда несколько месяцев назад появилась одышка, отеки голеней и стоп, слабость. В легких выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах. В анализе крови – Нб - 155 г/л. На ЭКГ – синусовая тахикардия и рубцовые изменения в области передней стенки и перегородки. У больного
 @застойная сердечная недостаточность
 @очаговая пневмония
 @острая сердечная недостаточность
 @тромбоэмболия легочной артерии
 @миокардиодистрофия
 ~ Мужчина 63 лет жалуется на острые мигрирующие, волнообразные боли за грудиной и вдоль

позвоночника. Выявлены асимметрия пульса на руках и ногах, систолический шум над аортой, гипотония. Метод исследования позволяющий верифицировать диагноз:
 @аортография
 @эхокардиография
 @ЭКГ
 @вентрикулография
 @коронарография
 ~ Женщина 75 лет жалуется на давящие боли за грудиной, появившиеся около часа назад. На ЭКГ – элевация STV1-V6. При поступлении в стационар выставлен диагноз острого коронарного синдрома. В первую очередь больному показано :
 @коронароангиография
 @сцинтиграфия
 @велозргометрия
 @эхокардиография
 @холтеровское мониторирование ЭКГ
 ~ Мужчина 57 лет, у которого в течение последних двух лет повышается артериальное давление, проходит обследование в клинике. Укажите доступный и информативный метод диагностики гипертрофии левого желудочка сердца у данного больного:
 @эхокардиография
 @сцинтиграфия
 @рентгенография
 @велозргометрия
 @вентрикулография
 ~ Мужчина 57 лет жалуется на давящие боли в области сердца, одышку при физической нагрузке, шум в голове, головные боли. Из анамнеза: страдает язвенной болезнью желудка; отмечает раннее поседение волос, злоупотребляет курением. При осмотре: повышенного питания. Данное состояние обусловлено:
 @атеросклерозом сосудов сердца, головного мозга
 @остеохондрозом грудного отдела позвоночника
 @обострением хронического холецистита
 @обострением язвенной болезни желудка
 @межреберной невралгией
 ~ Женщина 35 лет, страдающая ревматическим пороком сердца, 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. . . .
 @эхокардиография
 @велозргометрия
 @электрокардиографии
 @коронароангиографии
 @холтеровского мониторирования ЭКГ
 ~ Больной Р., 55 лет жалуется на загрудинные боли, иррадиирующие в левую руку и под лопатку. При осмотре: приглушенность тонов сердца, умеренная



тахикардия. АД – 110/70 мм рт.ст. На ЭКГ: элевация сегмента STV2-V4. Какой из перечисленных методов обследования. Наиболее целесообразен:

@коронарография

@ЧПЭС

@вентрикулография

@сцинтиграфия миокарда

@позитронно-эмиссионная томография

~ У больного при физикальном осмотре обнаружено:

одышка, приступы удушья, низкая толерантность к физической нагрузке, инфантилизм, задержка физического развития, систолический шум в сердце наиболее характерны для

@врожденных пороков сердца

@эмфиземы легких

@бронхиальной астмы

@приобретенных пороков сердца

@врожденных аномалий бронхолегочной системы

~ Женщина 78 лет отмечает давящие боли за грудиной при подъеме на один лестничный пролет, перебои в области сердца, головокружение. Перенесла инфаркт миокарда. Объективно: в легких застойные влажные хрипы. ЧСС-106 уд/мин. АД - 170/100 мм рт. ст. К симптомам, наиболее вероятно свидетельствующим о наличии хронической недостаточности кровообращения, относятся:

@застойные влажные хрипы

@повышение АД

@головокружение

@перебои в области сердца

@давящие боли за грудиной

~ Больной 27 лет доставлен в кардиологическое отделение с жалобами на приступы сердцебиения и ощущение давления за грудиной, эпизоды потери сознания. Объективно: астенического телосложения, тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный. ЧСС – 88 уд/мин. АД – 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ-элевация сегмента STV2-V3. Тропонин Т не изменен. Наиболее информативный метод исследования для верификации диагноза:

@суточное мониторирование ЭКГ

@эхокардиография

@вентрикулография

@коронароангиография

@велозргометрия

~ Юноша 19 лет с частыми обострениями фарингита жалуется на сердцебиение, одышку и боли в суставах. При осмотре: глухость тонов сердца, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Следует провести исследование:

@ эхокардиографию

@ фонокардиографию

@ электрокардиографию

@ рентгенографию суставов

@ ангиографию сосудов сердца

~ У больной 55 лет возникают боли в области сердца сжимающего характера, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, но проходящие после приема нитроглицерина. Она страдает также варикозным расширением вен нижних конечностей. У нее бывают повышения АД до 160/90 мм рт. ст. На ЭКГ в 12 стандартных отведениях нет специфических изменений. В соответствии с клиническим протоколом, рекомендуется диагностическое обследование:

@суточное мониторирование ЭКГ

@велозргометрия

@проба с обзиданом

@коронароангиография

@определение уровня ферментов в крови

~ У больной 54 лет резкая слабость, стеснение в груди, удушье, холодный пот, нитевидный пульс, гипотония у больного, получающего лечение пенициллином– это . .

. .

@тромбоэмболия ветвей легочных артерии

@анафилактический шок

@признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)

@признаки почечной эклампсии

@признаки правожелудочковой недостаточности

~ В приемный покой городской больницы поступил больной Имангалиев Н, 35 лет с жалобами на резкую одышку, удушье, кашель, кровохарканье, ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца у больного со стенозом левого венозного отверстия-это

@ признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)

@ тромбоэмболия ветвей легочных артерии

@ проявления дыхательной недостаточности, связанные с бронхиальной астмой

@ проявление симптоматической артериальной гипертонии при феохромоцитоме

@ признаки почечной эклампсии

~ У больного резкие головные боли, слабость, сердцебиение, тошнота, рвота, мушки перед глазами– это

@ криз при гипертонической болезни

@ признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)

@ признаки почечной эклампсии

@ признаки почечной артериальной гипертонии

@ проявления симптоматической артериальной гипертонии при феохромоцитоме

~ У больного острая загрудинная сжимающая боль, длительностью более 30 минут, сопровождающаяся слабостью, холодным потом, купируемая наркотиками. Клиника характерна для

@острого инфаркта миокарда

@ миокардита

@ стенокардии



@ тромбозы ветвей легочной артерии:

@ эзофагита

~ У больного за грудиной боль, сжимающего характера, возникающая при физической нагрузке, иррадирующая влево, купирующаяся приемом нитроглицерина характерна для

@ стенокардии

@ острого инфаркта миокарда

@ тромбозы ветвей легочной артерии:

@ эзофагита

@ перикардита

~ При подозрении на ИБС у больного 40 лет, на ЭКГ в состоянии покоя - без изменений. Ваша тактика ведения:

@ проба с физической нагрузкой (ВЭМ)

@ поликардиография

@ Эхо-кардиография

@ сцинтиграфия миокарда с технецием

@ рентгенограмма органов грудной клетки

~ Больной 60 лет, долго находится на наблюдении в связи с артериальной гипертензией.

Антигипертензивные препараты принимал нерегулярно. Ухудшение состояния в течение последней недели. Сердечные тоны приглушены. ЧСС 88 в минуту. АД 150/85 мм рт ст. Диагноз больного:

@ артериальная гипертензия, I степень

@ артериальная гипертензия, II степень

@ ограниченная систолическая артериальная гипертензия

@ ограниченная диастолическая артериальная гипертензия

@ артериальная гипертензия, III степень

~ Больной 59 лет, долго находится на наблюдении в связи с артериальной гипертензией.

Антигипертензивные препараты принимал нерегулярно. Ухудшение состояния в течение последней недели. Сердечные тоны приглушены. ЧСС 91 в минуту. АД 190/110 мм рт ст. Диагноз больного:

@ артериальная гипертензия, III степень

@ артериальная гипертензия, I степень

@ ограниченная систолическая артериальная гипертензия

@ ограниченная диастолическая артериальная гипертензия

@ артериальная гипертензия, II степень

~ Больной 62 года, жалуется на головные боли и головокружение, возникающие на фоне АД 170/100 мм рт ст. в течение последнего года. Из анамнеза: мать больного скончалась в возрасте 57 лет от инсульта головного мозга вследствие артериальной гипертензии. У больного лишний вес, много курит, любитель пива и жирной пищи. Предварительный диагноз больного:

@ артериальная гипертензия II степень, риск III

@ артериальная гипертензия I степень, риск III

@ артериальная гипертензия II степень, риск IV

@ артериальная гипертензия III степень, риск III

@ артериальная гипертензия III степень, риск IV

~ Больной 35 лет, жалуется на длительные боли сжимающего характера за грудиной продолжительностью более 3 часов. Боли начались после эмоционального стресса на работе и сохраняются уже последние 2 недели. ЧСС 82 в мин, АД 130/80 мм рт ст.

Ваша тактика ведения больного:

@ проведение ЭКГ на месте

@ госпитализация больного в отделение неотложной кардиологии

@ наблюдение врача на дому

@ отправка домой после назначения анальгетиков

@ назначение общего анализа крови

~ Больной 32 года, жалуется на субфебрильную температуру и за грудиной, сдавливающего характера боли. Боли никуда не отдают, снижаются при положении сидя. Сам больной связывает свое состояние с переохлаждением. Характерные признаки для этой болезни:

@ во всех регистрациях ST смещена выше изолиний

@ в крови нейтрофильный лейкоцитоз

@ АСГ и ЛДГ в норме

@ в крови повышен уровень холестерина

@ показатели острой фазы повышены

~ Больной 50 лет с многолетним курящим стажем жалуется на появление сегодня ночью, жгучих болей за грудиной отдающие в шею, не связанных с дыханием продолжительностью 2-3 часа. Также жалуется на потливость и слабость. В первую очередь надо подозревать:

@ инфаркт миокарда

@ шейный остеохондроз

@ спонтанный пневмоторакс

@ легочное сердце

@ инфаркт легкого

~ Больного 55 лет мучают боли в правом плече продолжительностью 20 минут начавшиеся после вечерней еды. Ранее эти боли появлялись при быстрой ходьбе и купировались в состоянии покоя. Этот болевой синдром характерен для

@ острого инфаркта миокарда

@ стабильной стенокардии напряжения

@ вазоспастической стенокардии

@ миокардита

@ шейного остеохондроза

~ Больной 37 лет, жалуется на кратковременные сдавливающие боли за грудиной при ходьбе утром и онемение кончиков пальцев. При глубоком вдохе боли не усиливаются. При болевом синдроме больной уменьшает темп ходьбы. Такие признаки появились месяц назад. Выберите вид диагностики:

@ электрокардиография

@ радиоизотопное сканирование сердца



@ коронарография

@ эхокардиография

@ рентгеноскопия грудной клетки

~ В больницу поступил больной с жалобами на боли в области пищевода. Наиболее серьезная по прогнозу жалоба больных с заболеваниями пищевода:

@ дисфагия

@ рвота

@ боль

@ слюнотечение

@ изжога

~ Женщина в возрасте 48 лет жалуется на боли в области пищевода и желудка, на вздутие живота, жидкий стул, повышенную утомляемость в последние 15 мес. За этот период она похудела на 18 кг.

Наиболее грозная причина дисфагии:

@ новообразование пищевода

@ ожоговый стеноз пищевода

@ вдавление пищевода из вне

@ дивертикул пищевода

@ воспаление пищевода

~ Больной Ф., 20 лет, поступил в больницу с жалобами на кашель и отдышку. Перкуторный звук тихий, притупленный

@при малой амплитуде звуковых волн

@при выраженном утолщении грудной клетки

@при наличии воспаления в органах

@при перкуссии органов, содержащих воздух

@при перкуссии плотных органов

~ Больная Б., 37 лет, жалуется на выраженную отдышку, 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». Аускультативно: в легких жесткое дыхание, большое количество сухих и жужжащих хрипов. Тоны сердца приглушены, ЧСС 100 в 1мин, АД 130/90 мм.рт.ст.

Ведущее достоинство непосредственной аускультации:

@ дает истинное представление о звуках

@ позволяет выслушать звуки, не улавливаемые другими методами аускультации

@ удобно в использовании

@ улавливаются звуки с относительной большой площади

@ слышна моторика органа

~ Больной Н., 35 лет, вывал 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. Аускультативно: в легких жесткое дыхание, по всем полям сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 108 уд/мин, АД 140/90 мм

рт. ст. При проведении аускультации НЕ верно условие:

@ шум в помещении, температура

@ положение врача удобное для него

@ тишина в помещении, температура 25⁰С

@ выслушиваемый участок не должен издавать дополнительные звуки

@ положение больного сидя на стуле

~ Больной С., 30 лет, доставлен на медицинский пункт в тяжелом состоянии. Кожные и слизистые покровы цианотичны. Пульс 146 уд./мин, слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Дыхание частое и поверхностное. Температура тела 40,6° С. По свидетельству сопровождающих, пострадавший, ликвидируя аварию, в течение 40 минут работал при температуре воздуха около 70° С и высокой влажности. Нормальные величины температуры тела человека:

@ 36,0 – 36,80

@ 37,0 – 37,90

@ 38,0 – 38,90

@ 39,0 – 39,90

@ 40,0 – 40,90

~ У больного редкое дыхание с постепенным нарастанием, затем уменьшением глубины дыхания, сменяющееся с периодами прекращения дыхания называются дыханием по типу

@ Чейна - Стокса

@ Куссмауля

@ Грокко

@ Биотта

@ смешанного

~ В больницу поступил больной с нарушением дыхания. У больного равномерное дыхание с паузами до полминуты называется дыханием по типу

@ Биотта

@ Куссмауля

@ Чейн - Стокса

@ Грокко

@ смешанного

~ Врач медицинского пункта был вызван к больному 44 лет (вес 50 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:

@ 16 – 20

@ 24 – 28

@ 32 – 36

@ 10 – 14

@ 36 – 40

~ Больной 3 лет поступил в клинику с жалобами на удушье, изменение голоса, боль при глотании, сухой кашель. Заболел 2 года назад. Температура тела 38,7С. Зев гиперемирован, ткани отечны, миндалины и мягкое



небо покрыты серым налетом. Дыхание 10 раз в 1 мин.. При вдохе слышен свистящий звук. Вдох затяжной, с западением мягких тканей под- и надключичных ямок, а также межреберных промежутков. При перкуссии и аускультации в легких - изменений не отмечено. Если частота дыхательных движений в одну минуту составляет 10 – 14, то это:

@ брадипноэ

@ тахипноэ

@ апноэ

@ диспноэ

@ норма

~ Врач медицинского пункта пришел к больному ребенку домой (возраст 4 года, вес 20 кг). У мальчика отмечается повышение температуры тела до 38,2 градусов, грубый лающий кашель, учащенное дыхание, чиханье, слизистые выделения из носа. Частота дыхания 36 в одну минуту называется

@ тахипноэ

@ диспноэ

@ апноэ

@ брадипноэ

@ норма

~ У больного, поступившего в тяжелом состоянии произошла кратковременная остановка дыхания. Остановка дыхания на определенный период называется

@ апноэ

@ норма

@ диспноэ

@ тахипноэ

@ брадипноэ

~ В приемное отделение обратился больной В., 45 лет. Беспокоит резко выраженная одышка при малейшем движении, редкий сухой кашель. Объективно: левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от IV ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии на этом же участке абсолютно тупой звук. Над пространством Траубе – звук притуплено-тимпанический. Голосовое дрожание зависит:

@ от состояния плевральной полости, плотности легочной ткани, проходимости бронхиального дерева, толщины грудной стенки

@ от плотности легочной ткани, высоты голоса

@ от проходимости бронхиального дерева, высоты голоса

@ от толщины грудной стенки, высоты голоса

@ от состояния плевральной полости, высоты голоса

~ В больницу поступил больной И., 36 лет. Грудная клетка правильной формы. Обе ее половины симметричны, отстают в акте дыхания. При перкуссии справа в межлопаточной области на уровне 3 – 6 ребер звук притуплено-тимпанический. Голосовое дрожание

усилено. Ниже 7 ребра перкуторный звук тимпанический. Одностороннее усиление голосового дрожания наблюдается при

@ фибротораксе

@ гидротораксе

@ долевого воспалительного уплотнения

@ обтурационном ателектазе

@ пневмотораксе

~ У больного при обследовании выявлено: высота стояния верхушки легкого спереди на 1 см выше ключицы, тупой перкуторный звук, голосовое дрожание ослаблено. Одностороннее ослабление голосового дрожания наблюдается при

@ обтурационном ателектазе

@ эмфиземе легких

@ полости в легком соединенной с бронхом

@ очаговом воспалительном уплотнении

@ долевого воспалительного уплотнения

~ Мужчина 40 лет поступил в клинику с жалобами на повторяющиеся приступы удушья с мучительным кашлем. Приступы возникают внезапно. Во время приступа больной сидит в вынужденном положении, опираясь на ладони, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Дыхание свистящее, слышно на расстоянии. Особенно затруднен выдох. При перкуссии над легкими определяется коробочный звук, при аускультации - многочисленные сухие хрипы. В конце приступа отделяется скудная мокрота. Между приступами перкуторно и аускультативно изменений в легких не отмечается. Перкуторный звук над легкими у здорового человека:

@ ясный легочный

@ тупой

@ тупой

@ тимпанический

@ притупленный

@ коробочный

~ По характеру свойств звука врач определяет топографию внутренних органов, физическое состояние и отчасти их функцию. Топографическая перкуссия применяется для определения:

@ границ органа

@ размеров органа

@ конфигурацию органа

@ очага воспаления

@ патологического процесса в органе

~ В больницу поступил больной 42 года. У него провели перкуссии, пальпацию и аускультацию легких. Дыхательный шум выслушиваемый над легкими у здоровых людей:

@ везикулярный

@ пуэрильный

@ смешанный

@ бронхиальный

@ амфорический



~ В больницу доставлен пациент с нарушением дыхания. У него наблюдалась одышка, кашель. Температура 39.9. Дыхательный шум выслушиваемый над гортанью, трахеей:

- @ бронхиальный
- @ смешанный
- @ везикулярный
- @ жесткий
- @ ослабленно везикулярный

~ В больницу поступил пациент с тиреотоксикозом. Дыхание выслушиваемое при физической работе, у больных с тиреотоксикозом:

- @ усиленное везикулярное
- @ жесткое
- @ ослабленное везикулярное
- @ саккадированное
- @ патологическое бронхиальное

~ В больницу поступил больной с бронхитом. Дыхание выслушиваемое при аускультации

- @ жесткое
- @ патологическое бронхиальное
- @ ослабленное везикулярное
- @ бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком
- @ везикулярное

~ Поступил больной 54 года. Характерны жалобы на боли в грудной клетке, повышение температуры тела, выраженную общую слабость. Врач подозревает у пациента плеврит.

Аускультативный признак синдрома утолщения листков плевры:

- @ ослабленное везикулярное
- @ амфорическое
- @ везикулярное дыхание
- @ патологическое бронхиальное
- @ усиленное везикулярное

~ У больного врач –терапевт при аускультации в легких выслушал ослабленное везикулярное дыхание. Причины ослабления везикулярного дыхания:

- @ потеря эластических свойств альвеол слизистой
- @ бронхоспазм
- @ наличие жидкого секрета в бронхах
- @ наличие вязкого секрета в бронхах
- @ сужение просвета мелких бронхов из-за воспалительного отека их

~ В больницу поступил пациент, у которого аускультативно выслушивалось амфорическое дыхание. Амфорическое дыхание выслушивается при

- @ абсцессе легкого во второй стадии
- @ бронхиальной астме
- @ 2 стадии крупозной пневмонии
- @ плеврите
- @ пневмотораксе

~ Больной К., 38 лет, находится на стационарном лечении 10-е сутки. Аускультативно:

разнокалиберные влажные и сухие хрипы. Дыхание поверхностное, тахипноэ, ЧДД 28 в мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия ЧСС 100 в мин., АД 90/60 мм. рт. ст. Сухие хрипы возникают из-за

- @ сужения просвета бронхов
- @ набухания слизистой оболочки бронхов
- @ скопления в просвете бронхов вязкого секрета
- @ наличия в альвеолах жидкости
- @ спазма гладкой мускулатуры бронхов

~ Бригада «Скорой помощи» вызвана к больному 52-х лет, который предъявляет жалобы на внезапный приступ удушья. Больной сидит, опираясь руками о края кровати, грудная клетка в состоянии максимального вдоха, ЧДД 38 в мин. Одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие свистящие хрипы. Сухие хрипы бывают:

- @ дискантовые
- @ мелкопузырчатые
- @ крупнопузырчатые
- @ консонизирующие
- @ смешенные

~ У больной 46 лет в детстве после перенесенного ревматизма сформировался стеноз митрального отверстия. В течение многих лет чувствовала 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

- @ скопления в просвете бронхов жидкого или полужидкого секрета
- @ скопления в просвете бронхов вязкого секрета
- @ набухания слизистой оболочки бронхов
- @ спазме гладкой мускулатуры бронхов
- @ наличии в альвеолах жидкости

~ Больной К., 40 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на повышение температуры до 38 °С по вечерам, постоянный кашель со слизисто-гноной мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, повышенную потливость. При аускультации выслушивается крепитация. Крепитация выслушивается при

- @ наличии в альвеолах жидкого секрета
- @ скопления в просвете бронхов жидкого или полужидкого секрета
- @ набухания слизистой оболочки бронхов
- @ сужении просвета бронхов вязким секретом
- @ спазме гладкой мускулатуры бронхов

~ Больной жалуется на кашель с отделением мокроты, одышку с затрудненным выдохом при малейшей физической нагрузке и в покое, значительная постоянная слабость, утомляемость. При осмотре определяется выраженный диффузный цианоз, значительное участие вспомогательной мускулатуры



даже в покое, частота дыхательных движений 32 в 1 минуту. Дыхание выслушиваемое над полостью в легком (без гноя):

- @ амфорическое
- @ жестковатое
- @ бронхиальное
- @ ослабленное везикулярное
- @ везикулярное

~ Больной жалуется на повышение температуры до 39°C, озноб. Над всей поверхностью грудной клетки справа выслушиваются звучные крепитации и ослабленное везикулярное дыхание. Ваш предварительный диагноз:

- @ крупозная пневмония
- @ очаговая пневмония
- @ хронический бронхит
- @ экссудативный плеврит
- @ бронхоэктатическая болезнь

~ Поступил больной с кашлем, кровохарканьем, мокротой, астматическим синдромом. При аускультации легких выслушиваются влажные незвучные хрипы на фоне жесткого дыхания.

Ваш, наиболее вероятный, диагноз:

- @ хронический бронхит
- @ крупозная пневмония 2 ст
- @ экссудативный плеврит
- @ крупозная пневмония 1 ст
- @ очаговая пневмония

~ Больной М., 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 37,7 °С, кашель, сухие хрипы, общую слабость, потливость.

Патогенез появления сухих хрипов:

- @ сужение просвета бронхов
- @ утолщение листков плевры
- @ наличие жидкого секрета в просвете
- @ колебание стенок альвеол
- @ наличие жидкости в альвеолах

~ Больная Б., 37 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». Основной аускультативный признак бронхоспастического синдрома:

- @ дискантовые хрипы
- @ крупозырчатые хрипы
- @ мелкопузырчатые влажные хрипы
- @ консонизирующие хрипы
- @ крепитация

~ Больной Н, 35 лет, вывал 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 :

- @ ослабление везикулярного дыхания на здоровой стороне
 - @ притупление перкуторного звука
 - @ усиление голосового дрожания
 - @ усиление бронхофонии и влажные хрипы
 - @ отставание больной стороны в акте дыхания
- ~ У больной П., 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 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС 140 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. Над полостью в легком, содержащей воздух и мокроту выслушивается:
- @ бронхиальное дыхание и крупнопузырчатые влажные хрипы
 - @ сухие хрипы
 - @ крепитация
 - @ сухие хрипы
 - @ мелкопузырчатые влажные хрипы

~ Больной 70 лет жалуется на одышку с затруднением выдоха, кашель с трудно отделяемой светлой мокротой. Грудная клетка бочкообразная, перкуторно – по всем полям легочный звук с коробочным оттенком. При сужении бронхов вязким экссудатом выслушивается . . . дыхание.

- @ жесткое
- @ везикулярное
- @ усиленное везикулярное
- @ амфорическое
- @ бронхиальное

~ Больная Ю. жалуется на одышку, затрудненный выдох, кашель со скудной мокротой со вчерашнего вечера. Дополнительные шумы выслушиваемые при поражении плевры:

- @ шум трения плевры
- @ звучные влажные хрипы
- @ крепитации
- @ незвучные влажные хрипы
- @ сухие хрипы

~ Врач бригады скорой помощи был вызван к больной, 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 больную в течение 5 лет, иногда провоцируются запахами бензина, цветущих растений. Основной признак дыхательной недостаточности:

- @ одышка
- @ кровохарканье



@ кашель

@ мокрота

@ слабость

~ Больной К., 52 лет, обратился с жалобами на упорный кашель с выделением небольшого количества слизисто-гношной мокроты, одышку при физической нагрузке, субфебрильную температуру, потливость, снижение аппетита, похудание на 5 кг за последние 3 месяца, общую слабость. Основной признак дыхательной недостаточности 2 степени:

@ одышка при незначительной физической нагрузке

@ одышка в покое

@ одышка при ходьбе 400 метров

@ одышка во сне

@ ЧДД 20 в минуту

~ В больницу поступил больной И, 27 лет, с нарушением дыхания. Его отправили на пневмотахометрию. Пневмотахометрией определяется:

@ объемная скорость воздушного потока во время вдоха и выдоха

@ дополнительный объем вдоха

@ дыхательный объем выдоха

@ резервный объем воздуха

@ объем остаточного воздуха

~ Больной Н., 34 г., работал в течение 14 лет формовщиком в литейном цехе. Профессиональные вредности: кварцсодержащая пыль (концентрация в 4 раза превышала ПДК), повышенная температура воздуха в помещении. При поступлении на работу признавался практически здоровым. Через 10 лет от начала работы появились кашель, одышка при физической нагрузке, общая слабость. После поступления в больницу пациента отправили на оксигеметрию. Оксигеметрией определяется:

@ объемная скорость вдоха и выдоха

@ дополнительный объем вдоха

@ насыщение крови кислородом

@ дыхательный объем выдоха

@ резервный объем воздуха

~ Больной 45 лет, доставлен в стационар с приступами удушья, который не купируется в течение суток.

Страдает одышкой и приступами удушья около шести лет, неоднократно лечился в стационаре, получил гормональную терапию. Кашель с отхождением мокроты отмечает давно (10 лет). За неделю до поступления в больницу, усиление кашля и одышки, увеличение количество желтоватой мокроты, слабость. В мокроте обнаружены спирали Куршмана и кристаллы Шарко – Лейдена, которые выявляются при диагнозе:

@ бронхиальная астма

@ хронический простой бронхит

@ гангрена легких

@ бронхоэктатическая болезнь

@ абсцесс легкого

~ Больной И., 49 лет поступил в больницу с жалобами на субфебрильную температуру. Мокрота пациента представлена в виде «малинового желе», которая характерна для

@ рака легкого

@ бронхоэктатической болезни

@ крупозной пневмонии

@ острого бронхита

@ ателектаза легкого

~ Скорая помощь доставила больную с потерей сознания и большой потерей крови. Признаки легочного кровотечения:

@ кровь алая, неизменная с пузырьками

@ кровь алая, неизменная, без пузырьков

@ кровь цвета «кофейной гущи»

@ появление крови в связи с приемом пищи

@ появление крови сочетается с тошнотой, изжогой

~ Больной 43 года в течение последних четырех лет работал на предприятии по производству асбестовых изделий, имел контакт с асбестовой пылью, превышающей ПДК в 3 раза. В течение последних 2 лет отмечает кашель с трудноотделяемой мокротой с обострениями 3-4 раза в году, одышку при небольшом физическом напряжении, боли в грудной клетке, общую слабость. К основным жалобам больных с заболеваниями органов дыхательной системы НЕ относятся:

@ за грудиные боли, ощущение нехватки воздуха

@ одышка смешанного характера, повышение температуры

@ кашель с чувством нехватки воздуха

@ кашель, температура, иногда кровохарканье

@ боли в груди усиливающий при глубоком дыхании, гнойная мокрота

~ Больной 35 лет в течение 16 лет работал забойщиком на угольной шахте, имел контакт с угольной пылью, превышающей ПДК в 4 раза. В течение последних двух лет отмечает кашель с выделением мокроты серого цвета, одышку при физической нагрузке. Одышка экспираторного характера – это:

@ внезапное резкое затруднение выдоха

@ затруднение выдоха при физической нагрузке

@ наличие дистанционных хрипов

@ затруднение вдоха при физической нагрузке

@ внезапное резкое затруднение вдоха

~ Больной Н., 37 лет, жалобы на одышку при физической нагрузке, кашель с незначительным отделением мокроты, боли в области грудной клетки в течение последнего года. Последние годы работал на производстве по изготовлению изделий пиротехники, имел контакт с порошкообразным аммиаком.

Средствами индивидуальной защиты пользовался не регулярно. Курит с 18 лет. Одышка инспираторного характера – это

@ внезапное резкое затруднение вдоха



@ наличие дистанционных хрипов
 @ затруднение выдоха при физической нагрузке
 @ внезапное резкое затруднение выдоха
 @ затруднение вдоха при физической нагрузке
 ~ Больная С., 33 года, жалобы на приступы затрудненного дыхания во время работы в течение последнего года, кашель. отсутствуют. Кашель НЕ является результатом раздражения:
 @ плевральных листков
 @ альвеол
 @ гортани
 @ бронхов
 @ носоглотки
 ~ Больной 30 лет, в течение 3 лет работал на предприятии по производству кинескопов. Последние 7 лет работает бухгалтером. Заболел ОРВИ, принимал антибиотики. Отмечено появление на этом этапе значительной одышки, резкий подъем температуры, кашель. Приступообразный сухой кашель характерен для
 @ аллергического трахеобронхита
 @ бронхоэктатической болезни
 @ дыхательной недостаточности
 @ хронического гнойного бронхита
 @ абсцесса легкого
 ~ Больной 70 лет, жалобы на постоянную одышку смешанного характера, кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, в течение 3-х месяцев присоединилась субфебрильная температура по вечерам, потливость. Длительный и постоянный кашель характерен для
 @ хронического бронхита
 @ острого бронхита
 @ бронхиальной астмы
 @ плеврита
 @ бронхоэктатической болезни
 ~ Больной 57 лет, обратился к Вам (на амбулаторном приеме) с жалобами на надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Щадящее дыхание и кашель наблюдается при
 @ крупозной пневмонии, сухом плеврите
 @ интерстициальной и прикорневой пневмонии
 @ остром и хроническом бронхите
 @ центральном раке легкого
 @ абсцессах и бронхо эктазах легкого
 ~ Больной К., 29 лет, работает на ЯМЗ. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до 38,0°C, нарастание слабости, сонливости, похудания, повышенную потливость. Больной 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
 @ гнойном обструктивном бронхите

@ эмфиземе легких, пневмосклерозе
 @ бронхиальной астме
 @ очаговой или крупозной пневмоний
 @ бронхоэктатической болезни
 ~ Больной жалуется на повышенную температуру, сильный кашель с выделением мокроты. Выделение мокроты НЕ характерно для
 @ эмфиземы легких, пневмосклероза
 @ очаговой или крупозной пневмонии
 @ бронхиальной астмы
 @ гнойного обструктивного бронхита
 @ бронхоэктатической болезни
 ~ Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой ржавого о цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. Ржавая мокрота выделяется при
 @ крупозной пневмонии
 @ раке легкого
 @ бронхоэктатической болезни
 @ хроническом бронхите
 @ гангрене легкого
 ~ Больной 35 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре. Зловонная мокрота выделяется при
 @ гангрене легкого
 @ крупозной пневмонии
 @ бронхоэктатической болезни
 @ хроническом бронхите
 @ раке легкого
 ~ Мужчина 46 лет, обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты. Похудел на 6 кг за 3 мес. Трехслойная мокрота выделяется при
 @ крупозной пневмонии
 @ абсцессе легкого
 @ туберкулезе
 @ хроническом бронхите
 @ раке легкого
 ~ При объективном обследовании у больного обнаруживается повышение температуры до 39,8° С. Из анамнеза известно, что субфебрильная температура отмечалась у него практически постоянно на протяжении последнего года, прием жаропонижающих средств типа аспирина не приводит к ее нормализации. Истоющая температура наблюдается при
 @ абсцессе легкого до прорыва



@ раке легкого

@ абсцессе легкого после прорыва

@ крупозной пневмонии

@ гнойном обструктивном бронхите

~ Больной К., 18 лет, поступил в терапевтическое отделение по поводу повышения температуры тела до 40,5° С. Больной бледен, кожа сухая. Язык обложен белым налетом. Больной жалуется на головную боль, полное отсутствие аппетита, сонливость, сильный кашель с мокротой, одышку, болезненность в мышцах и суставах. АД - 130/90 мм рт.ст. Пульс 98 уд./мин.

Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Дыхание частое и поверхностное.

Постоянная лихорадка наблюдается при

@ крупозной пневмонии в начальной стадии

@ раке легкого

@ бронхоэктатической болезни

@ абсцессе легкого в стадии разрешения

@ крупозной пневмонии в стадии разрешения

~ Больная В. поступила в терапевтическое отделение.

Ее беспокоит: резкая слабость, стеснение в груди, удушье, холодный пот, нитевидный пульс. Гипотония у больного, получающего лечение пенициллином – это

@ тромбоэмболия ветвей легочных артерий

@ анафилактический шок

@ признаки острой левожелудочковой

недостаточности (отека легких)

@ признаки почечной эклампсии

@ признаки правожелудочковой недостаточности

~ Больной А., 67 лет, доставлен в приемное отделение больницы с жалобами одышку в покое, кашель, повышение температуры до 38 °С, общую слабость. Средства применяющиеся для снятия приступа бронхиальной астмы:

@ эуфиллин, преднизолон, адреналин

@ строфантин, лазикс, нитропурсид натрия внутривенно

@ лазикс внутривенно, коринфар под язык

@ пенициллин

@ нитроглицерин, морфий, гепарин

~ У больного, страдающего ХОБЛ много лет, во время очередной госпитализации, на ЭКГ было обнаружено следующее: наличие в отведениях II, III, aVF, V₁ высокоамплитудных, с заостренной вершиной зубцов Р, длительность зубца Р не превышает 0,1с.

Амплитуда R в V₁ = 8 мм, RV₁SV_{5,6} = 12mm, электрическая ось смещена вправо (угол α100).

Интерпретируйте данные ЭКГ:

@ гипертрофия правых предсердия и желудочка

@ гипертрофия правого желудочка

@ гипертрофия правого предсердия

@ блокада правой ножки пучка Гиса

@ бнотрипредсердная блокада

~ Больной 65 лет 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Жалуется на усиливающуюся одышку. При обследовании: СОЭ – 65 мм/ч. Рентгенологически обнаружен плевральный выпот. При пункции удалено 500 мл жидкости. Через 2 дня выявлено повторное накопление жидкости в плевральной полости. Исследование, наиболее информативно для уточнения диагноза:

@ цитологическое исследование экссудата

@ компьютерная томография

@ трансбронхиальная пункция

@ исследование на онкомаркеры

@ магнитно-резонансная томография

~ Больной И., 36 лет, страдающий ХОБЛ, находится на стационарном лечении по поводу очагового туберкулеза легких без распада. После наблюдавшегося клинического улучшения в течение последних 3-х дней отмечается повышение температуры тела до 38°С, непродуктивный кашель.

Метод обследования, для уточнения причины

ухудшения состояния больного:

@ посев мокроты на чувствительность сопутствующей микрофлоры

@ брашбиопсию

@ бронхоскопию

@ туберкулиновую пробу

@ компьютерную спирографию

~ Мужчина пожилого возраста, страдающий хроническим алкоголизмом и ХОБЛ, жалуется на кашель с трудно отделяемой вязкой, тягучей мокротой с запахом подгоревшего мяса, по виду и консистенции напоминающей черносмородиновое желе.

Обнаружено: выраженная интоксикация, одышка, в легких незначительное количество хрипов.

Рентгенологически выявлен феномен

«расползающегося сотового легкого», многочисленные бронхоэктазы, остаточные полости, пневмосклероз.

Наиболее вероятный возбудитель:

@ клебсиелла

@ хламидии

@ микопlasма

@ вирус гриппа

@ кишечная палочка

~ Больной 55 лет жалуется на периодические приступы удушья, выраженную одышку, кашель со слизистой трудноотделяемой мокротой. Приступы повторяются 2-3 раза в неделю. При осмотре: положительный симптомы «барабанных палочек» и «часовых стекол», бочкообразная грудная клетка. При перкуссии определяется легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно – ослабленное везикулярное дыхание.

Наиболее вероятное развитие патологии:

@ эмфизема легких

@ пневмония

@ пневмоторакс



@ острый бронхит

@ хронический бронхит

~ Больной 26 лет, из группы социального риска.

Жалобы на слабость, недомогание, утомляемость, похудание, покашливание, ночная потливость. Болеет в течение последних 2-3 месяцев, очень часто работает в ночную смену. На флюорограмме обнаружена инфильтративная тень в верхней доле правого легкого, с дорожкой к корню. Ваша тактика:

@ анализ мокроты на БК

@ направить к фтизиатру

@ провести антибактериальную терапию

@ назначить противотуберкулезное лечение

@ направить в пульмонологическое отделение

~ Мужчина 50 лет обратился с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, возникающую при резком физическом напряжении. При движениях левой рукой и глубоком вдохе боль резко усиливается. При аускультации легких дыхание слева значительно ослаблено. Перкуторно тимпанит. Наиболее возможная патология:

@ спонтанный пневмоторакс

@ остеохондроз

@ межреберная невралгия

@ ИБС. Стенокардия

@ выпотной плеврит.

~ Мужчина 28 лет жалуется на жгучие и давящие боли в области сердца, испытываемые больным почти постоянно в течение последних двух недель. Беспокоят также сердцебиение и одышка. 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. Метод, который поможет подтвердить диагноз:

@ спирография

@ электрокардиография

@ ЭХО-кардиография

@ рентген

@ показатели крови

~ У больного после физической нагрузки появился приступ одышки, сопровождаемый удушьем, кашлем с выделением пенистой розовой мокроты. При осмотре: в легких влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон, мерцательная аритмия, увеличение печени, отеки на нижних конечностях. У пациента клинические проявления

@ острой левожелудочковой недостаточности

@ приступа бронхиальной астмы

@ тромбоэмболии легочной артерии

@ спонтанного пневмоторакса

@ инфарктной пневмонии

~ Больная 60 лет, длительное время наблюдается по поводу артериальной гипертензии. Рост -165, масса

тела 62 кг. Гипотензивные препараты регулярно не принимала. Ухудшение состояния в течение недели. Перкуторно – левая граница увеличена влево. Тоны сердца приглушены, ЧСС 88 в минуту, АД 170/95 мм.рт.ст. При Эхо КГ - гипертрофия левого желудочка. Предположительный диагноз больного:

@ Артериальная гипертензия, I степени, риск 3

@ Артериальная гипертензия I степени, риск 2

@ Артериальная гипертензия II степени, риск 4

@ Артериальная гипертензия II степени, риск 3

@ Артериальная гипертензия, III степени, риск 4

~ Больной С., 42 лет, наблюдается у семейного врача по поводу сахарного диабета 2 типа в течение последних 3 лет. Соблюдает все рекомендации врача. Уровень сахара 6,1 ммоль/л. В течение 4 месяцев стали беспокоить частые головные боли. При осмотре обнаружено повышение АД до 150/100 мм рт ст. При повторном измерении через 15 минут и в следующий прием цифры АД сохраняются. Рекомендовано ли снижение АД больному:

@ Да, потому что это позволит улучшить прогноз жизни больному

@ Да, потому что необходимо купировать симптомы больного

@ Да, потому что это обеспечит нормализацию показателей сахарного диабета

@ Нет, потому что это не такие высокие цифры, имеет место самостоятельное восстановление АД

@ Нет, достаточно откорректировать лечение сахарного диабета

~ Женщина 40 лет, обратилась с целью профилактического осмотра. Периодически отмечает редкие кратковременные колющие боли в области сердца. Вес 90 кг и рост 170 см, курит по 1 пачке в день в течение 5 лет, физическими упражнениями не занимается. Последнее обследование было 6 лет назад. Мать перенесла инфаркт миокарда в возрасте 45 лет. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Диагностическое обследование, которое необходимо провести в первую очередь:

@холестерин сыворотки

@рентгенограмма грудной клетки

@ тест с физической нагрузкой

@электрокардиограмма

@ коронарография

~ Больной В., 50 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 уд.в 1 минуту. Врач успокоил больного и отправил его домой, с рекомендациями полежать дома и прийти завтра. Правильна ли тактика врача:

@Нет, необходимо назначить срочное ЭКГ исследование



@ Да, возникшие боли не предвещают опасности для состояния больного

@ Да, при возникновении каких-либо осложнений возможно оказание помощи и на следующий день

@ Нет, необходимо назначить лечение анальгетиками

@ Нет, необходимо направить больного на плановое лечение

~ У больного имеется высокий риск развития ИБС.

Следует ли обучать больного:

@ Да, чтобы выполнял немедикаментозные мероприятия с целью контроля факторов риска

@ Да, чтобы информировать пациента о данной патологии и возможности самостоятельного лечения

@ Нет, чтобы избежать развития депрессии

@ Нет, чтобы избежать самолечения

@ Нет, чтобы избежать развития фобии

~ У больной 55 лет возникают боли в области сердца сжимающего характера, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, но проходящие после приема нитроглицерина. Она страдает также варикозным расширением вен нижних конечностей. У нее бывают повышения АД до 160/90 мм.рт.ст. На ЭКГ в 12 стандартных отведениях нет специфических изменений. Пациентке дополнительно рекомендовать диагностическое обследование:

@ суточное мониторирование

@ велоэргометрия

@ проба с обзиданом

@ коронароангиография

@ определение уровня ферментов в крови

~ Женщина 25 лет. Беспокоит острая колющая, сжимающая 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:

@ снять электрокардиограмму

@ назначить лечение

@ направить к невропатологу

@ госпитализировать

@ направить на рентген.

~ Женщина пожилого возраста жалуется на боли в груди. Основным методом диагностики боли в груди, связанной с пролапсом митрального клапана, является

...

@ эхокардиография

@ электрокардиография

@ коронарография

@ рентгенография

@ томография.

~ Мужчина 37 лет. Утром во время ходьбы периодически возникает кратковременное чувство сжатия за грудиной с онемением кистей. При глубоком дыхании боли не усиливаются. Во время боли больной замедляет ходьбу. Впервые подобные явления

возникли около месяца назад. Наилучший метод для диагностики:

@ электрокардиография

@ радиоизотопное сканирование сердца

@ коронарография

@ эхокардиография

@ рентгенологическое исследование грудной клетки.

~ Женщина 40 лет жалуется на нарастающую слабость, боли в эпигастрии, особенно натощак и по ночам, запоры, головокружения, сухость кожи, боли в области сердца, не связанные с нагрузкой. Раньше ничем не болела, недавно был неприятный конфликт на работе.

Для подтверждения диагноза необходимо диагностическое исследование:

@ фиброгастродуоденоскопия

@ электрокардиография

@ сигмоидоскопия

@ консультация невропатолога

@ клинический анализ крови

~ Больной К., 46 лет на приеме у семейного врача с жалобами на рвоту кислым содержимым, отрыжку воздухом после приема пищи, дискомфорт в эпигастрии, вздутие живота. При пальпации выявлена болезненность в эпигастриальной области.

Инструментальное исследование, которое необходимо провести больному

@ фиброгастродуоденоскопию

@ анализ кала на скрытую кровь

@ контрастную рентгеноскопию с барием

@ ультразвуковое исследование

@ радионуклидное исследование

~ Больной в течение 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Простейшим способом обнаружения кальциноза поджелудочной железы является

@ рентгенография

@ лапаротомия

@ лапароскопия

@ ирригоскопия

@ холангиография

~ Больному К., 40 лет, семейный врач выставил диагноз "Впервые выявленная язва луковицы 12-перстной кишки".

Ведущим методом обследования больного является

@ ФГДС с биопсией

@ общий анализ крови

@ анализ желудочного сока

@ анализ кала на скрытую кровь

@ дуоденальное зондирование

~ У больного имеются суточные колебания температуры тела в пределах 36,6-40,2С. Повышению температуры предшествует сильный озноб; снижение сопровождается изнуряющим потоотделением.

Характерный тип температурной кривой:

@ febris intermittens



@ febris continua

@ febris remittens

@ febris recurrens

@ febris hectica

~ Скорая помощь вызвана к больному Д., 48 лет, который жалуется на приступы давящих загрудинных болей, иррадиирующих в левое плечо. Грудной жабой называется приступ

@ стенокардии

@ удушья

@ сердцебиения

@ кашля

@ боли в животе

~ Врач скорой помощи приехал по вызову к больному К., 50 лет, у которого развился интенсивный приступ загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в левую руку. Боль длится около часа, сопровождается резкой слабостью, беспокойством. В течение последней недели при ходьбе появлялись кратковременные сжимающие боли за грудиной, проходящие в покое. Для приступа стенокардии НЕ характерны боли:

@ колющие

@ кинжальные

@ давящие

@ жгучие

@ сжимающие

~ Фельдшера вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе. Сердечной астмой называется приступ

@ смешанного удушья у больного с левожелудочковой недостаточностью

@ инспираторного удушья при ларингоспазме

@ кашля и кровохарканья у больного врожденным пороком сердца

@ экспираторного удушья у больного с синдромом бронхиальной обструкции

@ одышки смешанного характера при физической нагрузке у больного с сердечной недостаточностью

~ Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, учащение сердцебиения. Сердцебиение в физиологических условиях возникает

@ после физической нагрузки

@ после злоупотребления чаем, кофе

@ после курения

@ после психоэмоциональной нагрузки

@ во сне

~ Молодая девушка жалуется на диспепсические расстройства. Диспепсические расстройства при сердечной недостаточности объясняются

@ резко выраженным венозным застоем в печени и ЖКТ

@ снижением кислотности желудочного сока

@ нарушением моторно – экваторной функции желудка

@ внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы

@ повышением кислотности желудочного сока

~ Больной И., 35 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:

@ стенокардии

@ сердечной астмы

@ желчных коликов

@ бронхиальной астмы

@ почечной колики.

~ Больной С., 30 лет, доставлен на медицинский пункт в тяжелом состоянии. Кожные и слизистые покровы цианотичны. Пульс 146 уд./мин, слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Дыхание частое и поверхностное. Температура тела 40,6° С. Синюшная окраска «цианоз» кожи обусловлен

@ повышением уровня восстановленного гемоглобина крови

@ повышением эритроцитов и гемоглобина крови

@ повышением уровня газообмена в организме

@ застоем крови в периферических сосудах

@ спазмом периферических сосудов

~ У больного вынужденное положение- сидит несколько откинувшись назад и опирается руками о постель, ноги у него опущены. Ваш предварительный диагноз:

@ сердечная астма

@ бронхиальная астма

@ перикардит

@ почечная колика

@ стенокардия

~ В стационар поступил больной с заболеванием сердечно-сосудистой системы. Он жалуется на одышку после физической нагрузки. У него наблюдается цианоз. Смешанный цианоз (синие сердечные больные) характерен для

@ врожденных пороков сердца

@ митральных пороков сердца

@ аортальных пороков сердца



@ ИБС

@ аневризма аорты

~ В приемное отделение поступил мужчина, 56 лет, жалуется на обесцвеченный стул, зуд, боли в животе. Желтушность кожи и склер при заболеваниях ССС обусловлено:

@ нарушением билирубинового обмена из-за застойных явлений в печени

@ выраженной анемией

@ перенесенным гепатитом

@ употреблением в пищу большого количества моркови

@ портальной гипертензией

~ Больной жалуется на учащенное сердцебиение, артериальную гипотонию, одышку и затрудненное дыхание. Объективно: отек дыхательных органов, пульсация и набухание яремных вен, акроцианоз, периферические отеки.

Периферические отеки у сердечного больного обусловлены:

@ правожелудочковой сердечной недостаточностью

@ портальной гипертензией

@ левожелудочковой сердечной недостаточностью

@ венозной недостаточностью

@ тотальной (лево и правожелудочковой сердечной недостаточностью)

~ Женщина, 43 года, жалуется на кашель, одышку, кровохарканье. К признакам застоя в малом круге кровообращения НЕ относится:

@ гидроторакс

@ одышка

@ приступы, сердечной астмы

@ кашель в горизонтальном положении

@ кровохарканье

~ Женщина, 52 года, жалуется на отеки ног в ночное время, приступы одышки. Признак, не относящийся к застою в большом круге кровообращения:

@ отек легких

@ гидроперикард

@ отеки на ногах

@ гидроторакс

@ асцит

~ В больницу поступил больной, при пальпации врач определил верхушечный толчок на уровне на 3-4 см кнутри от срединно-ключичной линии в 7 межреберье. Верхушечный толчок располагается в норме:

@ на 1 – 2 см кнутри от срединно-ключичной линии в 5 межреберье

@ по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье

@ на 1 – 2 см влево от срединно-ключичной линии в 5 межреберье

@ в 5 межреберье по левой парастеральной линии

@ на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

~ При объективном осмотре больной выявили видимое на глаз смещение верхушечного толчка влево и вниз, которое НЕ характерно для

@ левостороннего гидроторакса

@ гипертрофии правого желудочка

@ правостороннего гидроторакса

@ правостороннего пневмоторакса

@ гипертрофии левого желудочка

~ Обследуя шею больного с аортальной

недостаточностью, специалист сразу заметит

вибрирование парных артерий с обеих сторон шеи – это пляска каротид. Пляска каротид обусловлена:

@ усиленной пульсацией сонных артерий из-за высокого пульсового давления

@ спадением шейных вен во время систолы

@ набуханием шейных вен во время систолы

@ набуханием шейных вен в горизонтальном положении

@ набуханием шейных вен на выходе

~ В отделение поступил больной Ч, 59 лет, с жалобами на одышку, удушье, быстрое утомление. Выраженная пульсация в области эпигастрия НЕ может быть обусловлена:

@ аортальной недостаточностью

@ пульсацией печени

@ пульсацией брюшной аорты

@ гипертрофией правого желудочка

@ гипертрофией левого желудочка

~ В больницу был доставлен больной И., 21 год, жалуется на тошноту, рвоту, боль в области живота. Врач предполагает приступ “брюшной жабы”. «Брюшная жаба» это

@ приступ боли в животе на высоте пищеварения, купирующийся нитроглицерином

@ приступ боли в животе до еды, метеоризм

@ приступ боли в животе после еды, диспепсические расстройства

@ приступ боли в животе до еды, диарея

@ приступ боли в животе, чувство скованности

суставов по утрам

~ В больницу поступил больной в тяжелом состоянии. Внесердечными причинами брадикардии НЕ могут

являться:

@ острая кровопотеря

@ уремия

@ кровоизлияние в мозг

@ желтуха

@ микседема

~ В больницу поступил больной Я., 30 лет, с жалобами на одышку, быструю утомляемость, пульс 150 уд. в мин., АД 150/90. Степень напряжения пульса определяется:

@ объемом циркулирующей крови

@ правильностью пульсовых волн

@ уровнем артериального давления



@ частотой сердечных сокращений

@ силой сердечных сокращений

~ Больной жалуется на головокружение; общую слабость; повышенную утомляемость; одышку; боль за грудиной; возникающее во время приступа чувство страха; предобморочное состояние, обмороки.

Дефицит пульса может выявляться при:

@ тахиформе мерцательной аритмии

@ брадикардии

@ брадиформе мерцательной аритмии

@ тахикардии

@ синусовом ритме

~ Машиной скорой помощи доставлена больная С. 50 лет, с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, рвоту, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния связывает со стрессовой ситуацией. При объективном обследовании: состояние тяжелое, возбуждена, кожные покровы лица гиперемированы, пульс -100 уд. в мин. ритмичный, напряжен, АД – 220/ 110 мм рт. ст.

Нормальный уровень систолического артериального давления составляет

@ 90 – 139 мм.рт.ст.

@ 100 – 110 мм.рт.ст.

@ 100 – 120 мм.рт.ст.

@ 100 – 130 мм.рт.ст.

@ 120 – 140 мм.рт.ст.

~ Машиной скорой помощи доставлен больной, страдающий артериальной гипертонией, с жалобами на головную боль, головокружение, одышку, чувство "нехватки воздуха", кашель с выделением розовой пенистой мокроты. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Дыхание шумное, клокочущее, изо рта выделяется розовая пенистая мокрота, ЧДД 35 в мин. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин, АД 210/110 мм рт. ст. Нормальный уровень диастолического артериального давления составляет

@ 60 – 90 мм.рт.ст.

@ 60 – 70 мм.рт.ст.

@ 60 – 80 мм.рт.ст.

@ 90 – 100 мм.рт.ст.

@ 100 -110 мм.рт.ст.

~ Больной В, 56 лет обратился с жалобами на слабость, головокружение. При объективном обследовании — лицо бледное, отечное, АД 210/120 мм.рт.ст. пульс напряженный 64 в минуту, ЧДД 18 в минуту. Уровень АД на нижних конечностях:

@ ниже, чем на верхних на 20 – 30 мм. рт. ст

@ выше, чем на верхних на 20 – 30 мм. рт. ст

@ ниже, чем на верхних на 20 – 40 мм. рт. ст

@ выше, чем на верхних на 10 – 20 мм. рт. ст

@ выше, чем на верхних на 30 – 40 мм. рт. ст

~ У больного с пороком сердца при объективном обследовании выявили снижение АД на нижних

конечностях по сравнению с верхними, которое наблюдается при

@ коарктации аорты

@ аортальной недостаточности

@ гипертонической болезни

@ аортальном стенозе

@ аневризме аорты

~ Женщина 25 лет осмотрена врачом для оценки

сердечного шума. В анамнезе нет указаний на ревматизм и ранее выслушиваемый шум. I и II тоны нормальные, кардиомегалия отсутствует. Во втором межреберье справа от грудины выслушивается систолический шум изгнания. При аускультации сердца и сосудов два тона в норме НЕ выслушиваются :

@ на бедренной артерии

@ на сонных артериях

@ на подключичных артериях

@ на эпигастральных точках

@ во всех точках аускультаций сердца

~ Больной жалуется на часты обмороки, боли в области сердца, одышку. При аускультации - двойной тон Траубе выслушивается при

@ аортальном стенозе

@ аортальной недостаточности

@ митральном стенозе

@ митральной недостаточности

@ трехстворчатой недостаточности

~ Поступил больной в приемный покой, при измерении АД и подсчете пульса, пульс оказался нитевидным. Нитевидным называется пульс

@ очень слабого наполнения и напряжения

@ высокий и частый

@ медленный и редкий

@ очень частый пульс

@ аритмичный пульс

~ У больного наблюдается медленный и редкий пульс, одышка при физической нагрузке, стенокардия напряжения, обмороки. Медленный и редкий пульс наблюдается при

@ стенозе устья аорты

@ инфаркт миокарде

@ аортальной недостаточности

@ митральном стенозе

@ брадикардии

~ Больной В. 57 лет, вызвал скорую помощь с жалобами на одышку, чувство "нехватки воздуха", кашель. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Дыхание шумное, клокочущее, изо рта выделяется розовая пенистая мокрота, ЧДД 35 в мин. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин, АД 210/110 мм рт. ст.. Высокое пульсовое давление наблюдается при

@ гипертонической болезни

@ аортальной недостаточности



@ коарктации аорты

@ стенозе устья аорты

@ анемии

~ Больная П. 65 лет, жалуется на сильную головную боль, общую слабость, головокружение. носовое кровотечение. Страдает артериальной гипертонией в течение ряда лет. Объективно: состояние тяжелое. ЧДД – 20 в мин. пульс 68 в мин. АД –240/120 мм.рт.ст. Пульсовым давлением называется

@ разница между систолическим и диастолическим давлением

@ максимальное давление

@ минимальное давление

@ среднее артериальное давление

@ диастолическое давление

~ У больного головокружение и склонность к обморокам, боль в области сердца стенокардического характера, большая разница между систолическим и диастолическим давлением, симптом Мюссе — покачивание головы, симптомы застоя крови в малом круге кровообращения (признаки сердечной астмы). Положительный венный пульс наблюдается при

@ аортальной недостаточности

@ экссудативном перикардите

@ трехстворчатной недостаточности

@ застое в большом круге кровообращения

@ тромбозе верхней полой вены

~ 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 аксиллярную область. Систолическим шумом является

@ I тон сердца

@ II тон сердца

@ III тон сердца

@ IV тон сердца

@ II, III, IV тоны сердца

~ У больной I тон на верхушке ослаблен, II тон на аорте почти не выслушивается. Диастолическим шумом HE является :

@ I тон

@ II тон

@ III тон

@ IV тон

@ тон открытия митрального клапана

~ У больного отмечают ряд симптомов, обусловленных значительной регургитацией крови в левый желудочек и колебаниями давления крови в артериальном русле. Выявили, что второй тон ослабевает при

@ недостаточности аортального клапана

@ стенозе устья аорты

@ стенозе митрального отверстия

@ повышении давления в большом круге

@ повышении давления в малом круге

~ В приемное отделение больницы скорой помощи обратилась больная 50 лет с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, рвоту, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния связывает со стрессовой ситуацией. При объективном обследовании: состояние тяжелое, возбуждена, кожные покровы лица гиперемированы, пульс -100 уд. в мин. ритмичный, напряжен, АД – 220/110 мм рт. ст.. Аускультативно у пациентки - акцент 2 тона на аорте, который выявляется при

@ повышении АД в большом круге кровообращения

@ сердечной недостаточности

@ митральном стенозе

@ повышении АД в малом круге кровообращения

@ анемии

~ Больной, 28 лет, поступил с жалобами на боли в суставах рук и ног, головокружение, повышение температуры до 37,5°C. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, резко выраженная пульсация сонных и подключичных артерий.

Верхушечный толчок в 6 межреберье на 1 см влево от среднеключичной линии, разлитой, усилен.

Аускультативно: протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба, ослабление 2 тона на аорте. Пульс —90 в минуту, ритмичный, быстрый, высокий. АД 180/40 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет. ЭКГ: левограмма, гипертрофия левого желудочка.

Раздвоение 2 тона на основании сердца наблюдается при

@ митральном стенозе

@ стенозе левого венозного отверстия

@ повышении давления в малом круге

кровообращения

@ повышении давления в большом круге

кровообращения

@ у здоровых лиц в конце фазы дыхания

~ Больная П. 65 лет, жалуется на сильную головную боль, общую слабость, головокружение. носовое кровотечение. Страдает артериальной гипертонией в течение ряда лет. Ухудшение состояния около 2-х недель. Лекарства принимает нерегулярно. Какую диету соблюдать не знает.

Акцент 2 тона на легочной артерий выявляется при

@ повышении давления в сосудах малого круга

@ перикардите

@ тахикардии

@ повышении давления в сосудах большого круга

@ брадикардии

~ Больной 36 лет до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, работал. Накануне поступления после значительной физической нагрузки появилось сердцебиение, одышка. При поступлении ритм сердца правильный, грубый интенсивный



систолический шум во второй точке, АД 110/95 мм рт.ст. Систолический шум HE возникает при

- @ стенозе митрального отверстия
- @ стенозе устья легочной артерий
- @ недостаточности митрального клапана
- @ недостаточности 3-х створчатого клапана
- @ стенозе устья аорты

~ У мужчины 67 лет после физической нагрузки возникли загрудинные боли, отдышка. При аускультации сердца, врач прослушал диастолический шум, который HE возникает при

- @ недостаточности митрального клапана
- @ недостаточности аортальных клапанов
- @ стенозе 3-х створчатого отверстия
- @ митральном стенозе

@ недостаточности клапана легочной артерий
~ Больной мужчина 59 лет, поступил в больницу с жалобами на боли в области сердца, отдышку. Ранее наблюдалось подозрение на митральный стеноз. Положение больного при котором лучше выслушивается диастолический шум при митральном стенозе:

- @ лежа на левом боку
- @ на вдохе
- @ стоя
- @ наклонившись вперед
- @ сидя

~ Больная 42 лет в стационаре с жалобами на боли в области кистей, пальцев стоп, локтевых, коленных суставов, утреннюю скованность в суставах, слабость. Из анамнеза: больна около 2х лет, к врачам не обращалась. При осмотре: ульнарная девиация кистей, локтевые, коленные без деформации, стопы в виде halux valgus. Ваш предварительный диагноз:

- @ Ревматоидный артрит
- @ Болезнь Бехтерева
- @ Ревматический артрит
- @ Хондроматоз суставов
- @ Деформирующий артроз

~ 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:

- @ Сахарный диабет 2 типа
- @ Ожирение
- @ Сахарный диабет 1 типа
- @ Нарушение гликемии натощак
- @ Нарушение толерантности к глюкозе

~ Больная Л., 33 лет отмечает слабость, 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:

- @ Определение уровня Т₃ и Т₄

@ ЭКГ

- @ Бакпосев крови
- @ КТ органов средостения
- @ Суточное мониторирование АД

~ У больного после нарушения диеты – употребление острой, жареной пищи появились: боли в эпигастрии с иррадиацией в позвоночник, повышение слюноотделения, отрыжка, тошнота, метеоризм, рвота не приносящая облегчение. Ваш, наиболее вероятный диагноз:

- @ панкреатит
- @ гастрит
- @ язвенная болезнь желудка
- @ холецистит
- @ гепатит

~ Больной, 45 лет, жалуется на слабость, тошноту, боли в правом подреберье. Болен 2 года. Ухудшение после употребления алкоголя, жирной пищи. Об-но: Желтушность склер и кожи, моча «цвета пива», стул ахоличен. Печень увеличена на 5 см., край закрулен. Ваш предварительный диагноз:

- @ хронический гепатит
- @ острый вирусный гепатит
- @ цирроз печени
- @ рак печени
- @ синдром Жильбера

~ Больной Б. 40 лет, страдает бронхиальной астмой более 10 лет. Регулярно принимает холинолитики, ингаляционные ГКС, бета-агонисты, теофиллин. Последнее время стал отмечать изжогу, дисфагию, жжение за грудиной в ночное время. Ваш, предварительный диагноз:

- @гастроэзофагеальная болезнь
- @ кандидозный фарингит
- @ ИБС, стенокардия напряжения
- @ стеноз гортани
- @ язвенная болезнь желудка

~ Больной 52 лет, обратился с жалобами на постоянные, интенсивные боли в эпигастрии, общую слабость, рвоту. Боли возникали через 50-60 минут после употребления жареной пищи, алкоголя. При осмотре: болезненность в эпигастрии, положительный симптом Мейо-Робсона. В общем анализе крови лейкоциты 12x10⁹/л, СОЭ- 18 мм/ч. Ваш наиболее вероятный диагноз:

- @ хронический панкреатит
- @ хронический холецистит
- @ язвенная болезнь желудка
- @ хронический гастрит, тип В
- @ ГЭРБ

~ У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период обострения появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту, принятой накануне пищей. Наиболее вероятное осложнение у больного:

- @ стенозирование



@ пенетрация

@ перфорация

@ кровотечение

@ малигнизация.

~ У больной 29 лет внезапно появилась тошнота, рвота, повышение температуры тела, диарея 6-8 раз в сутки со зловонным стулом зеленого цвета. Ваш предварительный диагноз:

@ инфекционная диарея

@ неинфекционная диарея

@ неспецифический язвенный колит

@ болезнь Крона

@ дивертикулез тонкого кишечника

~ У больного после приема алкоголя появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови. Ваш диагноз:

@ синдром Меллори-Вейса

@ кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;

@ острый панкреатит

@ язвенная болезнь желудка

@ болезнь Крона

~ Больной 35 лет, 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 подложечной области и около пупка. У больного выражен астеновегетативный синдром. Нуждается ли пациент в стационарном лечении:

@ Да, потому что у больного впервые выявленная язва 12-ти перстной кишки

@ Да, потому что у больного впервые выявленная язва желудка

@ Да, потому что у больного выраженный астеновегетативный синдром

@ Нет, потому что у больного нет осложнения язвенной болезни

@ Да, потому что больному в стационаре проводится эндоскопическое исследование

~ У больного при объективном осмотре на лице цианотичный румянец, верхушечный толчок смещен влево, при аускультации сердца определяется ослабление I тона, на верхушке сердца сразу за I тоном выслушивается систолический шум, который проводится в левую подмышечную область, также выслушивается патологический III тон. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка. Предварительный диагноз:

@ Митральная недостаточность

@ Митральный стеноз

@ Аортальный стеноз

@ Аортальная недостаточность

@ Стеноз трикуспидального клапана

~ Больной 38 лет жалуется на интенсивные боли в грудной клетке, продолжительностью до 20 минут,

возникающие преимущественно на физическую нагрузку, усилившиеся в последние 2 дня, плохо купируются нитроглицерином. На ЭКГ: смещение сегмента ST на 2 мм, отрицательный зубец T.

Диагностический тест, который позволит верифицировать диагноз:

@ повышение кардиоспецифических ферментов

@ общий анализ крови

@ повышение холестерина, триглицеридов

@ тест с физической нагрузкой

@ Эхо -КГ

~ У больного жалобы на кашель, вначале сухой, затем с присоединением мокроты с прожилками крови, появляется при нарастании выраженности застоя крови в сосудах легких, одышку, учащенное сердцебиение, ощущение неритмичного сердцебиения, замиранья сердца, переверотов в левой половине грудной клетки. Эпицентр систолического шума при митральной недостаточности находится:

@ на верхушке сердца

@ в точке проекции митрального клапана

@ на основании сердца у грудины

@ 3-ем межреберье у левого края грудины

@ 4 –ом межреберье у левого края грудины

~ Больная И. 55 лет. Жалуется на головные боли, мелькание мушек перед глазами, плохой сон. Впервые 6 лет назад зарегистрировано повышение АД до 160/100 мм рт ст. 2 года назад перенесла инфаркт миокарда, назначенную терапию принимала нерегулярно, Рост 164 вес 82 кг. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой. АД 180/115 мм рт.ст. Пульс 68 уд. в минуту, ритмичный, напряженный. Для повышенного артериального давления характерен пульс:

@ напряженный и полный

@ нитевидный и высокий

@ дикротический

@ мягкий и полный

@ альтернирующий

~ Осмотр позволяет получить комплексное представление о больном: его физическом и психическом состоянии, величине тела, его строении, размерах и формах его отдельных частей, размерах некоторых органов, их функциях, о состоянии кожи, слизистых, жирового слоя, лимфоузлов, поверхностных сосудов и т. д. Во время общего осмотра у больного НЕ определяется:

@ изменения в области сердца

@ положение в постели

@ телосложение

@ сознание

@ кожа и видимые слизистые

~ У больной при объективном обследовании-перкуссии грудной клетки над легкими выслушивался



тупой перкуторный звук, который означает наличие . . . звука.

@ тихого

@ высокого

@ продолжительного

@ короткого

@ громкого

~ У больной при объективном обследовании перкуссии грудной клетки над легкими выслушивался ясный перкуторный звук, который означает наличие . . . звука.

@ громкого

@ продолжительного

@ низкого или высокого

@ тихого

@ тупого

~ Осматривая больного, врач отметил некоторое увеличение грудной клетки в области сердца, верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определялся. Тихайшая перкуссия применяется для определения:

@ границ абсолютной сердечной тупости

@ границ печени

@ границ легких

@ границ относительной сердечной тупости

@ очага воспаления

~ Осматривая больного, врач применил тихую перкуссию. Отметил некоторое увеличение грудной клетки в области сердца, верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определялся . Тихая перкуссия применяется для определения

@ границ относительной сердечной тупости

@ проведения сравнения

@ выявления глубоко расположенной полости

@ границ органа

@ очага воспаления

~ У больной при осмотре отмечается диффузная отечность мягких тканей с преимущественной локализацией в нижней половине туловища. Врач выставил синдром “анасарка”. В понятие “анасарка” НЕ входит:

@ воротник Стокса

@ асцит

@ гидрперикард

@ массивные, распространенные отеки

@ гидроторакс

~ У больного с сахарным диабетом 1 типа в состоянии диабетического кетоацидоза, находящегося в реанимации, глубокое, редкое, шумное дыхание, которое является одной из форм проявления гипервентиляции. Глубокое шумное и редкое дыхание называется дыханием по типу . . .

@ Куссмауля

@ Чейн - Стокса

@ Грокко

@ Биотта

@ смешанного

~ У больного, поступившего в стационар, при объективном осмотре врач подозревает пневмоторакс. Перкуторный звук определяемый при пневмотораксе:

@ тимпанический

@ притупленный

@ тупой

@ ясный легочный

@ притупленно - тимпанический

~ Больная поступила с жалобой на кашель, который появляется или усиливается только ночью. Он выматывает и не дает нормально отдыхать. Ночной кашель часто возникает при

@ туберкулез легких

@ абсцесс легкого

@ острый бронхит

@ крупозной пневмонии

@ очаговой пневмонии

~ Вынужденное положение больного с левожелудочковой сердечной недостаточностью:

@ сидя с возвышенным головным концом и спущенными вниз ногами

@ сидя, упираясь впереди себя руками о спинку стула

@ с приподнятыми нижними конечностями

@ положение «легавой собаки»

@ колено – локтевое

~ Больной вынужден сидеть в постели, наклонившись вперед, опираясь о край кровати в состоянии

@ приступа удушья при бронхиальной астме

@ приступа сердечной астмы

@ перикардита

@ инфаркта миокарда

@ почечной колики

~ Положение больного ортопноэ при сердечной астме больной принимает для уменьшения:

@ одышки

@ болей

@ сердцебиения

@ бронхоспазма

@ кашля

~ Цианоз у больного с заболеваниями сердечно – сосудистой системы чаще носит характер:

@ периферического

@ смешанного

@ местного

@ центрального

@ общего

~ Цианоз у больного с заболеваниями сердечно – сосудистой системы обусловлен:

@ замедлением кровотока и большой отдачей кислорода в окружающие периферические ткани

@ нарушении артериализации крови в легких

@ малым наполнением кровью сосудистой системы



@ уменьшением количества эритроцитов в периферической крови

@ низким уровнем Нв-а в периферической крови

~ При объективном осмотре больного врач определил отрицательный верхушечный толчок, который наблюдается при

@ слипчивом перикардите

@ гипертрофии левого желудочка

@ гипертрофии правого желудочка

@ экссудативном перикардите

@ опухоли заднего средостения

~ При осмотре больного врач – кардиолог определил сердечный толчок над всей ладонной поверхностью кисти и ощущается как сотрясение участка грудной клетки в области абсолютной тупости сердца (IV—V межреберье слева от грудины). Разлитой, приподнимающий, резистентный верхушечный толчок называется:

@ куполообразным

@ отрицательным

@ смещенным

@ ограниченным

@ высоким

~ У больного, поступившей в стационар отмечалась бледность кожных покровов. Бледность кожных покровов обусловлена:

@ спазмом периферических сосудов

@ повышением уровня газообмена в организме

@ повышением уровня восстановленного гемоглобина крови

@ застою крови в периферических сосудах

@ повышением эритроцитов и гемоглобина крови

~ У больного повышение температуры тела в пределах 38-39 градусов расценивается, как

@ фебрильная температура

@ чрезмерно высокая температура

@ высокая температура

@ гиперпиретическая температура

@ субфебрильная температура

~ У больного при объективном осмотре пальпаторно определялось дрожание грудной клетки в прекардиальной области, что возникает в фазе диастолы при некоторых пороках сердца. Диастолическое дрожание на верхушке у пациента обусловлено

@ митральным стенозом

@ аортальной недостаточностью

@ аортальным стенозом

@ трехстворчатой недостаточностью

@ митральной недостаточностью

~ У больного, врач определил альтернирующий пульс - в правильном чередовании полноценных систол со слабым систолическим сокращением сердца, который наблюдается при

@ мерцательной аритмии

@ А – V блокаде

@ экстрасистолии

@ тахикардии

@ выраженной сердечной недостаточности

~ У больного при осмотре врач определил уменьшение наполнения пульса во время вдоха, т.е. парадоксальный пульс, который наблюдается при

@ миокардите

@ брюшном тифе

@ сердечной недостаточности

@ слипчивом перикардите

@ инфаркте миокарда

~ У больного, поступившего в стационар врач определил удвоение пульсации за один удар сердца - дикротический пульс, который наблюдается при

@ брюшном тифе

@ мерцательной аритмии

@ экстрасистолии

@ сердечной недостаточности

@ слипчивом перикардите

~ Жалобы больного при поступлении в приемный покой городской больницы: головокружения и склонность к обморокам, боль в области сердца

стенокардического характера, симптом Мюссе — покачивание головы, симптомы застоя крови в малом кругу кровообращения (признаки сердечной астмы), высокий и скачущий пульс, пульсация в правом подреберье в области проекции печени. Оба тона не ослабевают.

Данная симптоматика характерна для

@ недостаточности митрального клапана

@ экссудативном плеврите

@ эмфизема легких

@ перикардите

@ ожирение

~ Больной жалуется на боль в области сердца, которая не усиливается во время физической нагрузки, ее невозможно снять при помощи таблеток нитроглицерина. При частом глубоком дыхании боль становится сильнее. Усиление болезненных ощущений также отмечается при наклонах вперед. В положении сидя больной чувствует себя лучше. Оба тона не усиливаются. Клиническая картина характерна для

@ перикардита

@ тиреотоксикоза

@ пневмоклероза

@ начальной стадии гипертрофии левого желудочка

@ состояния после физической нагрузки

~ У больного аускультативно выслушивается хлопающий I тон, диастолический шум, в особенности пресистолический, который характерен для

@ митрального стеноза



- @ митральной недостаточности
- @ трикуспидального стеноза
- @ аортальной недостаточности
- @ аортального стеноза
- ~ У больного при аускультации выявили грубый систолический шум во II межреберье справа у грудины, который характерен для
- @ аортального стеноза
- @ стеноза легочной артерии
- @ дефекта межпредсердной перегородки
- @ дефекта межжелудочковой перегородки
- @ митральной недостаточности
- ~ Больному для верификации диагноза при обнаружении артериальной гипертензии и систолического шума над пупком назначили исследование:
- @ УЗИ почечных артерий
- @ УЗИ почек
- @ Обзорная R-графия органов грудной клетки
- @ Глазное дно
- @ Экскреторная урография
- ~ Положение больного ортопноэ при сердечной астме больной принимает для уменьшения
- @ одышки, т.к. кровь задерживается в нижних конечностях
- @ болей
- @ сердцебиения
- @ бронхоспазма
- @ кашля
- ~ У больного с митральным стенозом диастолический шум выслушивается:
- @ только на ограниченном участке верхушки сердца
- @ вверх вдоль левого края грудины
- @ в левой подмышечной впадине
- @ в межлопаточном пространстве
- @ над всей поверхностью сердца
- ~ Вынужденное положение больной с возвышенным головным концом и спущенными ногами приобретают больные при
- @ левожелудочковой сердечной недостаточности
- @ приступе стенокардии
- @ коллапсе
- @ болях в левой половине грудной клетки
- @ при приступе кашля
- ~ В приемный покой обратился больной с жалобами на резкую одышку, удушье, клочущее дыхание с отхождением пенистой розовой мокроты, слабость, холодный пот– это
- @ признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)
- @ признаки печеночной эклампсии
- @ признаки почечной эклампсии
- @ признаки почечной артериальной гипертензии
- @ проявления симптоматической артериальной гипертензии при феохромоцитоме
- ~ В приемный покой обратился больной с жалобами на приступы головных болей, сердцебиение, дрожь в теле, резкое повышение уровня АД, провоцируемые физической нагрузкой, тряской– это
- @ признаки почечной эклампсии
- @ проявления симптоматической артериальной гипертензии при феохромоцитоме
- @ признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)
- @ криз при гипертонической болезни
- @ признаки почечной артериальной гипертензии
- ~ У больного с выраженной стойкой артериальной гипертензией, участились жалобы на периодические головные боли, ухудшение зрения, чаще у лиц молодого возраста– это
- @ признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)
- @ признаки почечной артериальной гипертензии:
- @ проявления симптоматической артериальной гипертензии при феохромоцитоме
- @ криз при гипертонической болезни
- @ признаки почечной эклампсии
- ~ У больного появились необъяснимая одышка, похудание, утомляемость при физической активности, сердцебиение, кашель, охриплость голоса – развилась легочная гипертензия. Проявлением легочной гипертензии при митральном стенозе является
- @ акцент 2 тона на легочной артерии
- @ акцент 2 тона на аорте
- @ тон открытия митрального клапана
- @ хлопающий 1 тон на верхушке
- @ усиленный 1 тон на аорте
- ~ В больницу поступил больной с недостаточностью клапана легочной артерии. Симптомы обычно отсутствуют при недостаточности клапана легочной артерии с отсутствием легочной гипертензии (повышении давления в артериях легких). Функциональный шум относительной недостаточности клапана легочной артерии называется
- @ шум Грэхема – Стилла
- @ шум Флинта
- @ шум Виноградова – Дюразье
- @ шум волчка
- @ тон Трубе
- ~ У поступившей в стационар больной выявили сочетанный митральный порок сердца. Сочетанным пороком называется
- @ стеноз отверстия и недостаточность клапана на одном клапанном аппарате
- @ поражение клапанного аппарата и дефект перегородки
- @ поражение клапанного аппарата и аномальное расположение аорты



@ поражение клапанного аппарата и патологическое соустье между сосудами

@ поражение сразу 2-х клапанных аппаратов

~ Поступил больной с одышкой, кашлем, кровохарканьем, сердцебиением, перебоями и болью в области сердца, снижением толерантности к физической нагрузке. После обследования пациента врач подозревает комбинированный порок, который называется

@ поражение сразу 2-х клапанных аппаратов

@ поражение клапанного аппарата и дефект перегородки

@ поражение клапанного аппарата и аномальное расположение аорты

@ поражение клапанного аппарата и патологическое соустье между сосудами

@ стеноз отверстия и недостаточность клапана на одном клапанном аппарате

~ Мужчина жалуется на общую слабость, утомляемость, одышку. Преобладание стеноза или недостаточности митрального клапана определяются

@ сохранностью и звучностью 1 тона на верхушке

@ наличием мерцательной аритмии

@ выраженностью диастолического шума на верхушке

@ выраженностью систолического шума на верхушке

@ степень гипертрофии левого предсердия

~ 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, при физической нагрузке и наклоне туловища; не купируются полностью алмагелем.

Отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью – рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Позволяет заподозрить :

@ ахалазию кардии

@ рефлюкс-эзофагит

@ рак пищевода

@ бронхиальную астму

@ хронический гастрит

~ У больного при поступлении в приемный покой городской больницы жалобы: кратковременная потеря сознания на фоне тахикардии, отсутствие дыхания, пульса давления, бледность кожи, судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, быстрое самостоятельное восстановление исходного самочувствия соответствует диагнозу:

@ приступ Морганьи-Эдамса-Стокса

@ гипергликемическое состояние

@ фибрилляция желудочков

@ эпилептический статус

@ ортостатический коллапс

~ Выражение лица больного отражает его состояние, переживание, страдание. При ряде заболеваний выражение лица является важным диагностическим признаком. «Митральное лицо» наблюдается при

@ митральном стенозе

@ синдроме Иценко-Кушинга

@ трехстворчатой недостаточности

@ перикардите

@ аортальном пороке

~ Больной 38 лет жалуется на интенсивные боли в грудной клетке, продолжительностью до 20 минут, возникающие преимущественно на физическую нагрузку, усилившиеся в последние 2 дня, плохо купируются нитроглицерином. На ЭКГ: смещение сегмента ST на 2 мм, отрицательный зубец T.

Диагностический тест, который позволит верифицировать диагноз:

@повышение кардиоспецифических ферментов

@общий анализ крови

@повышение холестерина, триглицеридов

@тест с физической нагрузкой

@Эхо кардиография КГ

~У больной 29 лет внезапно появилась тошнота, рвота, повышение температуры тела, диарея 6-8 раз в сутки со зловонным стулом зеленого цвета. Заболевание, о котором следует думать:

@инфекционная диарея

@неинфекционная диарея

@неспецифический язвенный колит

@болезнь Крона

@дивертикулез тонкого кишечника

~У больного после приема алкоголя появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови.

Ваш предварительный диагноз:

@синдром Меллори-Вейса

@кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;

@острый панкреатит

@язвенная болезнь желудка

@болезнь Крона

~Больной, 45 лет, жалуется на слабость, тошноту, боли в правом подреберье. Болен 2 года. Ухудшение после употребления алкоголя, жирной пищи. Об-но:

Желтушность склер и кожи, моча «цвета пива», стул ахоличен. Печень увеличена на 5 см., край закрулен.

Ваш предварительный диагноз:

@хронический гепатит

@острый вирусный гепатит

@цирроз печени

@рак печени

@синдром Жильбера

~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:

@Сахарный диабет 2 типа



@Ожирение

@Сахарный диабет 1 типа

@Нарушение гликемии натощак

@Нарушение толерантности к глюкозе

~Больная Л., 33 лет отмечает слабость, 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 ЭХОКГ отмечается наличие жидкости в полости перикарда. Наиболее информативным методом исследования является

@определение уровня Т₃ и Т₄

@ЭКГ

@бакпосев крови

@КТ органов средостения

@суточное мониторирование АД

~При проведении пробы Зимницкого выявлены следующие данные: 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.

Какое из перечисленных заключений является НАИБОЛЕЕ правильным при данном исследовании?

@полиурия, гипостенурия

@гипоизостенурия, никтурия

@полиурия, поллакиурия

@изостенурия, никтурия

@полиурия, никтурия

~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 мочевины – 9,3 ммоль/л, креатинин – 188 мкмоль/л, Na⁺ - 131 ммоль/л, K⁺ - 6,8 ммоль/л.

Какой из нижеперечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятен в данной ситуации?

@синдром острой почечной недостаточности

@синдром хронической почечной недостаточности

@синдром почечной артериальной гипертензии

@нефротический синдром

@нефритический синдром

~В приемный покой клиники обратилась женщина, 56 лет, с жалобами на отеки лица, больше по утрам, уменьшение выделения мочи, быструю утомляемость.

В анамнезе: частые простудные заболевания. При осмотре лицо больной бледное, одутловатое, веки отекающие, глазные щели сужены.

Что из перечисленного НАИБОЛЕЕ правильно характеризует данные осмотра?

@facies nephritica

@facies febrilis

@facies mitralis

@facies basedovica

@facies Hippocratica

~ В приемный покой клиники обратилась женщина, 48 лет, штукатур-маляр, с жалобами на отеки 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 отекающие. АД 150/110 мм рт.ст. В ОАМ – белок 0,099‰, эритроциты – 45-50 в п/з. Что из перечисленного НАИБОЛЕЕ вероятно обусловило появление мочи цвета «мясных помоев»?

@понижение проницаемости капилляров клубочков

@воспаление мочеточников

@повреждение мочеточников камнем

@повышение количества эритроцитов в крови

@снижение уровня факторов свертывания крови

~Мужчина 52 лет, работает водителем, обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, шум в ушах, выделение мочи цвета «мясных помоев». При дальнейшем обследовании выявлены отеки лица, повышение артериального давления до 160/105 мм рт.ст. Какова НАИБОЛЕЕ вероятная причина данного состояния?

@острое воспаление клубочков

@повышение онкотического давления плазмы крови

@снижение онкотического давления плазмы крови

@повышенное потребление жидкости

@повреждение почечных лоханок

~Мужчина 32 лет, строитель, обратился к участковому врачу с жалобами на уменьшение количества мочи, небольшую слабость. Прием жидкости не ограничивал. При осмотре кожа больного бледная, припухлость век.

При проведении волдырной пробы Олдрича рассасывание произошло через 60 мин.

Что из перечисленного НАИБОЛЕЕ вероятно обусловило данное состояние у больного?

@нарушение концентрационной способности почек

@повышенное выделение с мочой осмотически активных веществ

@снижении азотвыделительной функции почек

@повышенная физическая нагрузка

@накопление скрытых отеков

~При проведении пробы Зимницкого выявлены следующие данные: суточный диурез 1600 мл, ночной диурез 720 мл. Колебания относительной плотности мочи в пределах 1,008 – 1,013.

Какое из перечисленных заключений является НАИБОЛЕЕ правильным для данной пробы?

@гипоизостенурия с никтурией

@гиперизостенурия с никтурией

@полиурия с поллакиурией

@полиурия с гипостенурией

@полиурия с никтурией



~У больного в биохимическом анализе крови содержание мочевины – 11,5 ммоль/л, креатинина – 185.2 мкмоль/л. Проба Реберга выявила: клубочковая фильтрация 75 мл/мин, канальцевая реабсорбция – 90%. Больному необходимо дополнительное исследование:

- @экскреторная урография
- @компьютерная томография
- @радиоизотопная ренография
- @биопсия почек

@нефроангиография

~У больного с жалобами на плохое отхождение мочи при осмотре выявляется небольшое выбухание в надлобковой области. Какие причины могут обуславливать данное состояние?

- @увеличение размеров предстательной железы
- @массивная водная нагрузка
- @ограничение потребления жидкости
- @прием салуретиков
- @прием антибиотиков

~При осмотре лицо больного бледное, одутловатое, веки отечные, глазные щели сужены. Данное выражение лица называется:

- @facies nephritica
- @facies mitralis
- @facies Hippocratica
- @facies febrilis
- @facies basedovica

~При проведении пробы Зимницкого выявлены следующие данные: дневной диурез 1400 мл, ночной диурез 920 мл.

Какое из перечисленных заключений НАИБОЛЕЕ правильное для данной пробы?

- @полиурия с никтурией
- @полиурия с гипостенурией
- @полиурия с поллакиурией
- @олигоурия с никтурией
- @никтурия

~В приемный покой клиники обратилась женщина, 56 лет, с жалобами на отечность лица, век, больше по утрам, уменьшение выделения мочи, быструю утомляемость. В анамнезе: частые простудные заболевания. В б/х анализе крови: общий белок – 57 г/л, глюкоза – 6,6 ммоль/л; в общем анализе мочи: белок 1,05 г/л.

Для какого из перечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ характерна данная клиническая ситуация?

- @нефротический синдром
- @синдром хронической почечной недостаточности
- @синдром острой почечной недостаточности
- @синдром почечной артериальной гипертензии
- @нефритический синдром

~У больного с жалобами на головные боли, шум в ушах, отечность лица, выделение мочи цвета «мясных помоев» выявлено повышение артериального давления

до 160/105 мм рт.ст. Какие НАИБОЛЕЕ вероятные причины могут обуславливать данное состояние?

- @острое воспаление клубочков
- @повышенное потребление жидкости
- @повышение онкотического давления плазмы крови
- @снижение онкотического давления плазмы крови
- @повышение гидростатического давления плазмы крови

~Наличие у больного симптомов – слабость, сонливость, тошнота, рвота, суточный диурез 360 мл, содержание в крови мочевины – 11,2 ммоль/л, креатинина – 205 мкмоль/л, остаточного азота 36,2 ммоль/л НАИБОЛЕЕ вероятно свидетельствует о развитии

- @синдрома хронической почечной недостаточности
- @острого нефритического синдрома
- @хронического нефритического синдрома
- @нефротического синдрома
- @синдрома острой почечной недостаточности

~У больного в биохимическом анализе крови содержание мочевины – 11,5 ммоль/л, креатинина – 185.2 мкмоль/л. Проба Реберга выявила: клубочковая фильтрация 75 мл/мин, канальцевая реабсорбция – 90%. Какое дополнительное исследование НАИБОЛЕЕ информативно?

- @экскреторная урография
- @нефроангиография
- @компьютерная томография
- @радиоизотопная ренография
- @биопсия почек

~Женщина, 35 лет, работает кассиром, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли в правой поясничной области, небольшую отечность век по утрам, частое мочеиспускание, головные боли, общую слабость. Из анамнеза: состоит на учете с диагнозом Хронический пиелонефрит. Больной рекомендовал дополнительное обследование.

Что из перечисленного НАИБОЛЕЕ вероятно обнаружится в общем анализе мочи?

- @мутная моча, удельный вес 1012, лейкоцитурия
- @мутная моча, удельный вес 1025, цилиндрурия
- @мутная моча, удельный вес 1010, протеинурия
- @микрогематурия, выраженная протеинурия
- @лейкоцитурия, выраженная протеинурия

~ В приемный покой клиники обратился мужчина, 44 лет, менеджер, с жалобами на небольшую отечность век по утрам, уменьшение количества выделяемой мочи, окрашивание мочи в цвет «мясных помоев»век.

АД 140/100 мм рт.ст. В ОАМ – белок 0,099‰, эритроциты – 25-35 в п/з, лейкоциты 10-12 в п/з

Что из перечисленного НАИБОЛЕЕ вероятно обусловило появление отечности у больного?

- @гиперальдостеронемия, гипопроteinемия,
- @гиперпротеинемия, гиперальдостеронемия



@гиперальдостеронемия, понижение содержания калия

@гипоальдостеронемия, повышение содержания натрия

@снижение синтеза белков, повышение количества калия

~В приемный покой клиники обратилась женщина, 46 лет, с жалобами на отеки 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.

Что из перечисленного НАИБОЛЕЕ правильно характеризует данные осмотра?

@facies nephritica

@facies febrilis

@facies mitralis

@facies basedovica

@facies Hippocratica

~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 мочевины – 9,3 ммоль/л, креатинин – 188 мкмоль/л, Na⁺ - 131 ммоль/л, K⁺ - 6,8 ммоль/л.

Какой из нижеперечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятен в данной ситуации?

@синдром острой почечной недостаточности

@синдром хронической почечной недостаточности

@синдром почечной артериальной гипертензии

@нефротический синдром

@нефритический синдром

~При проведении пробы Зимницкого выявлены следующие данные: 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.

Какие из перечисленных заключений является НАИБОЛЕЕ правильным при данном исследовании?

@полиурия, гипостенурия

@гипоизостенурия, никтурия

@полиурия, поллакиурия

@изостенурия, никтурия

@полиурия, никтурия

~Мужчина 65 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу с жалобами на плохое отхождение мочи, слабой струей. При осмотре выявляется небольшое выбухание в надлобковой области.

Какие из перечисленных причин НАИБОЛЕЕ вероятно могут обуславливать данное состояние?

@увеличение размеров предстательной железы

@ограничение потребления жидкости

@массивная водная нагрузка

@прием антибиотиков

@прием салуретиков

~Мужчина 52 лет, работает водителем, обратился к участковому терапевту с жалобами на головные боли, шум в ушах, выделение мочи цвета «мясных помоев». При дальнейшем обследовании выявлены отеки лица, повышение артериального давления до 160/105 мм рт.ст. Какова НАИБОЛЕЕ вероятная причина данного состояния?

@острое воспаление клубочков

@повышение онкотического давления плазмы крови

@снижение онкотического давления плазмы крови

@повышенное потребление жидкости

@повреждение почечных лоханок

~У больного с артрозом при расспросе истории болезни скорее всего будут выявлены следующие факты:

@начало болезни в пожилом возрасте

@начало болезни с поражения коленных суставов

@болезнь Бехтерева у близких родственников

@начало болезни с поражения позвоночника

@начало болезни в молодом возрасте

~Женщина 38 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на боли и припухлость в лучезапястных, пястно-фаланговых и плюсне-фаланговых суставах в течение 4 недель, утреннюю скованность в течение 30 мин. Тест на сжатие кисти – положительный.

Что наиболее вероятно можно увидеть на Р-снимке кистей рук данной пациентки?

@краевые разрастания в пястно-фаланговых суставах

@симптом «пробойника»

@субхондральный склероз

@выраженный околосуставной остеопороз

@расширение суставной щели лучезапястных суставов

~Женщина 34 лет заболела после ОРВИ: заболели, затем припухли, покраснели лучезапястные, локтевые, пястно-фаланговые и плюсне-фаланговые суставы, чувство скованности до 12 ч утра, по вечерам - субфебрилитет. Вышеперечисленные симптомы постепенно нарастают в течение 3 месяцев.

Какой результат общего анализа крови НАИБОЛЕЕ вероятен у пациентки?

@лейкоцитоз

@нейтропения

@лимфопения

@тромбоцитопения

@лимфоцитоз

~Какие изменения коленных суставов наиболее вероятны у данного пациента?



@грубая неравномерная деформация
@разрушение костной ткани
@воспаление околосуставных мягких тканей
@округлая деформация по типу «футбольного мяча»
@поражение связочного аппарата вокруг сустава
~Какая характерная жалоба, относящаяся к диагностическим критериям данной патологии суставов наиболее вероятны у больной с такой рентген-картиной?



@утренняя скованность
@значительное похудание
@атрофия мышц
@ремитирующий характер боли
@мышечные боли

~Какой результат иммунологического исследования наиболее вероятен у больного с подобными образованиями около суставов?



@ревматоидный фактор резко повышен
@ревматоидный фактор отрицательный
@С-реактивный белок не определяется
@антистрептолизин-О повышен умеренно
@антистрептолизин-О резко повышен
~Женщина 42 лет предъявляет жалобы на боли в плюсне-фаланговых и голеностопных суставах, ощущение утренней скованности до обеда. Температура тела повышается по вечерам до 37,6-38,0°C. Считает себя больной около 6 месяцев, начало заболевания связывает с переохлаждением. У матери были похожие симптомы. Голеностопные и плюсне-фаланговые суставы симметрично припухшие,

болезненные при сжатии. Также болезненные кисти рук.

Что наиболее вероятно может быть выявлено при лабораторном обследовании?

@высокий уровень ревматоидного фактора
@снижение уровня фибриногена
@повышение уровня мочевой кислоты
@снижение уровня общего белка в крови
@повышение уровня антистрептолизина

~Женщина 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль и припухлость лучезапястного сустава, сильную болезненность и слабость в руке, невозможность сжать кисть и удержать в ней предмет; субфебрилитет по вечерам. Суставы болят и припухают уже в течение года, но к врачу не обращалась, пока симптомы не усилились. Симптом сжатия кисти положительный. Ревматоидный фактор – 52 МЕ/мл (норма <10 МЕ/мл). Что наиболее вероятно будет выявлено при Р-графии кистей?

@краевые эрозии суставных поверхностей
@субхондральный склероз
@околосуставной склероз
@краевые утолщения и остеофиты

@неравномерное расширение суставной щели
~Мужчина 23 лет предъявляет жалобы на боль и припухлость правого коленного сустава в течение 2-3 недель. Повышение температуры тела до 38,6° С, слабость, потливость.



Что наиболее вероятно может быть выявлено при лабораторном обследовании?

@повышение С-реактивного белка
@повышение уровня мочевой кислоты
@повышение креатинина
@повышение уровня ферритина
@повышение уровня мочевины

~Юноша 16 лет предъявляет жалобы на боли коленных суставах. Несколько дней назад беспокоили боли и припухлость в локтевых, потом в голеностопных суставах. 2 недели назад перенес ангину. При осмотре отмечается небольшая припухлость и гиперемия правого коленного сустава.

Что наиболее вероятно может быть выявлено в общем анализе крови?

@лейкоцитоз



@лейкопения

@лимфопения

@нейтропения

@лимфоцитоз

~Мужчина 42 лет предъявляет жалобы на сильную боль в правом плюснефаланговом суставе, настолько сильную, что даже прикосновение непереносимо. Считает себя больным после переедания и посещения сауны.

Что наиболее вероятно может быть выявлено в биохимическом анализе крови?

@повышение уровня мочевой кислоты

@повышение уровня креатинина

@повышение уровня мочевины

@повышение уровня глюкозы

@повышение уровня АЛТ и АСТ

~Женщина 35 лет предъявляет жалобы на боли в лучезапястных суставах, в кистях рук, ощущение утренней скованности до 11.00 ч. Температура тела повышается по вечерам до 37,5-37,8°C. Считает себя больной около 3 месяцев, начало заболевания связывает с переохлаждением и перенесенной острой респираторной инфекцией. Лучезапястные суставы симметрично припухшие, положительный симптом сжатия.

Что наиболее вероятно может быть выявлено в общем анализе крови?

@повышение СОЭ

@лейкопения

@лимфопения

@тромбоцитопения

@лимфоцитоз

~Женщина 26 лет с массой тела 58 кг при росте 162 см предъявляет жалобы на боли в коленных суставах, возникающие по утрам, более выраженные в правом суставе, боль усиливается при движении, при подъеме по лестнице. Считает себя больной около 2 недель после переохлаждения.

Что наиболее вероятно может быть обнаружено при физикальном обследовании?

@грубая неравномерная деформация коленных суставов

@при пальпации выявляется локальное повышение температуры

@при пассивном движении сустава пальпаторно ощущается крепитация

@при пальпации кожа над суставами холодная и влажная

@активные движения суставов симметрично ограничены

~Женщина 56 лет с массой тела 98 кг при росте 156 см предъявляет жалобы на боли в коленных суставах, возникающие в тот момент, когда она встает на ноги, спускается по лестнице. Считает себя больной около 2

лет, в последние 2 недели боли усилились, что связывает с физической нагрузкой.

Что наиболее вероятно может быть обнаружено при физикальном обследовании?

@округлые, равномерно припухшие коленные суставы

@при пальпации выявляется локальное повышение температуры

@при пассивном движении сустава пальпаторно ощущается крепитация

@при пальпации определяется выраженная болезненность суставов

@гиперемия коленных суставов при осмотре

~Женщина 43 лет предъявляет жалобы на слабость, похудание на 7 кг, мышечные боли, сильную боль и ограничение подвижности в лучезапястных суставах, утренняя скованность в суставах кистей до 3 часов, сильная боль и припухлость в пястно-фаланговых, локтевых суставах, далее в коленных и плечевых суставах. Изменение суставов в одних стихает, в других появляется в течение 3-4 месяцев.

Что из симптомов, перечисленных пациенткой является диагностическим критерием ревматоидного артрита?

@утренняя скованность

@значительное похудание

@поражение коленных суставов

@слабость

@мышечные боли

~Женщина 22 лет отмечает утреннюю скованность суставов кисти 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, движения ограничены, гипотрофия червеобразных мышц. В ОАК: СОЭ 30 мм/ч. Какой результат иммунологического исследования наиболее вероятен?

@ревматоидный фактор повышен

@С-реактивный белок повышен незначительно

@ревматоидный фактор не определяется

@антистрептолизин-О повышен умеренно

@антистрептолизин-О резко повышен

~Женщина 38 лет в течение 6 месяцев жалуется на боли в кистях рук. Об-но: положительный симптом сжатия кисти, объем движения в лучезапястных суставах ограничен.

Какой предрасполагающий фактор наиболее значим при данной патологии?

@перенесенная стрептококковая инфекция

@злоупотребление алкоголя

@повышенное потребление пряностей и копченостей

@избыточная масса тела

@наследственный анамнез

~Женщина 38 лет в течение 2 месяцев жалуется на боли в коленных, лучезапястных, пястнофаланговых суставах кистей, больше в правой руке, утренней скованность до 30 мин. Об-но: небольшая припухлость коленных суставов, локальная температура, небольшая гипотрофия мышц тыла кистей, ограничение объема движения в лучезапястных суставах.

Какое инструментальное обследование необходимо провести?

- @рентгенографию кистей рук
- @компьютерную томографию кистей рук
- @рентгенографию только правой кисти
- @магнито-резонансную томографию кистей рук
- @магнито-резонансную томографию коленных суставов

~Женщина 32 лет обратилась с жалобами на утреннюю скованность в течение 30-40 мин, боль и припухлость лучезапястных суставов, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых; повышение температуры тела до 37,5°, снижение массы тела на 5 кг. Все симптомы появились после переохлаждения 2 месяца назад. ОАК: Эр – 3,2, Нб – 110 г/л, Л- 8,9×10⁹/л, Нф – 78%, Лф – 16%, СОЭ 29 мм/ч. Какое лабораторное обследование необходимо провести?

- @ревматоидный фактор
- @антистрептолизин-О
- @уровень ферритина
- @уровень железа сыворотки
- @уровень мочевой кислоты

~Девушка 16 лет заболела остро после переохлаждения: лихорадка 38°, через неделю появилась сильная боль и припухлость в лучезапястных суставах, утренняя скованность до 12 ч дня; боль в коленных и плечевых суставах. Состояние расценили как осложнение ОРВИ и лечили антибиотиками без эффекта. Объективно: симметрично резкое ограничение подвижности лучезапястных суставов, припухлость, локальная температура, положительный симптом сжатия кистей. ОАК: Эр – 3,0, Нб – 98 г/л, Л- 10,9 ×10⁹/л, Нф – 78%, Лф – 19%, СОЭ 48 мм/ч.

Какой диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен?

- @ревматоидный артрит
- @ревматический артрит
- @инфекционный артрит
- @подагрический артрит
- @серонегативный спондилоартрит

~Мужчина 24 лет обратился с жалобами на скованность в грудном и шейном отделе позвоночника, болями в нижней части спины и крестце. Скованность уменьшается при физических упражнениях. Считает себя больных около года. Проба Томайера 30 см, проба Форестье – 2 см.

Какой диагноз наиболее вероятен?

- @остеохондроз позвоночника

@ревматоидный полиартрит
@ревматический полиартрит
@хронический подагрический артрит
@серонегативный спондилоартрит
~Мужчина 32 лет предъявляет жалобы на боли и скованность в грудном отделе позвоночника, припухлость в реберно-грудных сочленениях. Движение в позвоночнике ограничено во фронтальной и сагиттальной плоскости. Симптом Кушилевского положительный.

Какой результат иммунологического исследования наиболее вероятен?

- @антистрептолизин-О резко повышен
- @ревматоидный фактор умеренно повышен
- @ревматоидный фактор резко повышен
- @ревматоидный фактор не определяется
- @антистрептолизин-О повышен умеренно

~Мужчина 29 лет обратился с жалобами на скованность в шейном и грудном отделе позвоночника, затруднение вдоха из-за болей в спине и в реберно-грудных сочленениях. Движение в позвоночнике ограничено во фронтальной и сагиттальной плоскости. Какое исследование надо провести в первую очередь?

- @рентгенографию грудного отдела позвоночника
- @компьютерную томографию грудного отдела позвоночника
- @компьютерную томографию шейного отдела позвоночника
- @магнито-резонансную томографию грудного отдела позвоночника
- @магнито-резонансную томографию сакроилеальных сочленений

~Мужчина 26 лет обратился с жалобами на скованность в грудном и поясничном отделе позвоночника, болями в нижней части спины и крестце. Скованность уменьшается при физических упражнениях. Что может быть выявлено при проведении исследования на фото?



- @болезненность
- @крепитация
- @скованность
- @повышение локальной температуры
- @ограничение подвижности

~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: 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 наиболее вероятен у данной пациентки?

@холестаза

@белково-синтетической недостаточности

@мезенхимального воспаления

@гиперазотемии

@цитолита

~Больной 63 лет, жалобы на общую слабость, снижение памяти, расстройство сна, рвоту, икоту. Из анамнеза- более 18 лет болен 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 наиболее вероятен при прогрессировании цирроза печени?

@печеночной недостаточности

@печеночной комы

@гепатолиенальный

@отечно-асцитический

@печеночная энцефалопатия

~Больной 63лет, в стационаре жалуется на общую слабость, снижение памяти, расстройство сна, рвоту, икоту. В анамнезе - 10 лет болен 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 наиболее вероятно повысится у данной пациентки?

@аммиак

@альбумин

@холестерин

@протромбин

@общий белок

~ 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, отдающие 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-164мкмоль/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 наиболее информативен в данном случае?

@УЗИ органов брюшной полости

@обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

@пункционная биопсия печени

@фиброгастроуденоскопия

@ирригоскопия

~ Больная 37 лет, работает поваром, жалуется на желтушность кожи, потемнение мочи, приступообразные боли в правом подреберье в течение 2-х 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 наиболее вероятен?

@механическая

@паренхиматозная

@гемолитическая

@печеночная, обусловленная острым вирусным гепатитом А

@печеночная, обусловленная хроническим вирусным гепатитом В

~Женщина 36лет, учительница, 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, НБsAg(+).



Что из перечисленного является наиболее вероятной причиной развития синдрома желтухи?

@вирус гепатита В

@прием алкоголя

@вирус гепатита С

@повышение железа в сыворотке крови

@прием гепатотоксических лекарственных препаратов

~Женщина 36 лет, учитель, 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 8,0x4,0см. 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 наиболее вероятен у этой пациентки?

@печеночная желтуха, обусловленная хроническим вирусным гепатитом В

@печеночная желтуха, обусловленная алиментарным поражением

@подпеченочная желтуха, обусловленная алиментарным поражением

@надпеченочная желтуха, обусловленная алиментарным поражением

@печеночная желтуха, обусловленная острым вирусным гепатитом А

~Больная 22лет, 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 $2,8 \times 10^{12}/л$. Б/х 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 наиболее вероятен у данной пациентки?

@гемолитическая

@механическая

@паренхиматозная

@печеночная желтуха, обусловленная острым вирусным гепатитом А

@печеночная желтуха, обусловленная хроническим вирусным гепатитом В

~Больной 56лет, 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 19x8см. Перкуторно в отлогих местах живота – тупой звук, в верхней части – тимпанит.

Что из перечисленного является наиболее вероятной причиной увеличения живота?

@наличие жидкости в брюшной полости

@значительное увеличение печени и селезенки

@значительное увеличение селезенки

@наличие газов в кишечнике

@ожирение

~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. Пальпаторн- печень плотная. При перкуссии- размеры печени по Курлову 15-11-9см, селезенка 12x8см.

Какой из перечисленных клинических синдромов наиболее вероятен у данного пациента?

@печеночной недостаточности

@желтушный

@печеночной комы

@гепатолиенальный

@отечно-асцитический

~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: диффузные изменения паренхимы печени, правая доля 15,5см, левая – 9,5см.

Какой из перечисленных методов обследования наиболее информативен в данном случае?

@пункционная биопсия печени

@сцинтиграфия печени

@непрямая эластометрия печени

@УЗИ органов брюшной полости

@компьютерная томография органов брюшной полости



~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 наиболее вероятен у данного пациента?

@цитолита

@белково-синтетической недостаточности

@мезенхимального воспаления

@гиперазотемии

@холестаза

~Больной 47 лет, актер, обратился в мед 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 наиболее вероятен у данного пациента?

@воспаления печени вирусной этиологии

@печеночной недостаточности

@портальной гипертензии

@желудочной диспепсии

@отечно-асцитический

~Больной 49лет, инженер, обратился в мед центр 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 наиболее вероятной причиной развития воспаления печени у данного пациента?

@Вирус гепатита В

@прием алкоголя

@Вирус гепатита С

@Повышение железа в сыворотке крови

@Прием гепатотоксических лекарственных препаратов

~Женщина 52лет, 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 11X5,5см. 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 наиболее вероятен у данной пациентки?

@мезенхимального воспаления

@белково-синтетической недостаточности

@холестаза

@цитолита

@азотемии

~Женщина 50 лет, экономист, 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 11x5,5см. 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 наиболее вероятен у этой пациентки?

@белково-синтетической недостаточности

@цитолита

@холестаза

@гиперазотемии

@мезенхимального воспаления

~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: 11x5,5см. В анализе крови: билирубин общий 68,3мкмоль/л, прямой 49; АЛТ 43ме/л, ГГТП 112МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 8,1 ммоль/л; щелочная фосфатаза 170ме/л. Какой из биохимических синдромов наиболее вероятен у данной пациентки?

@холестаза

@цитолита

@гиперазотемии

@мезенхимального воспаления

@белково-синтетической недостаточности

~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 13-10-7 см, селезенки 8,0x4,0см. В анализах: билирубин 23,3мкмоль/л; АЛТ 123ме/л, АСТ 90ме/л, ГГТП 112 МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 4,1ммоль/л; щелочная фосфатаза 76МЕ/л.

Какой из биохимических синдромов наиболее вероятен у данной пациентки?

@цитолита

@азотемии

@холестаза

@мезенхимального воспаления

@белково-синтетической недостаточности

~Мужчина 63 лет, программист, 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?

@расширенная венозная сеть на передней и боковых стенках живота

@телеангиэктазии

@петехии и синяки

@пальмарная эритема

@желтушный оттенок кожи

~ 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 13x7см.

Какой из перечисленных синдромов наиболее вероятен у данного пациента?

@портальной гипертензии

@кишечной диспепсии с мальабсорбцией

@печеночной энцефалопатии

@желудочной диспепсии

@холестаза

~Мужчина 55 лет, разнорабочий, 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 10x7см.

Что из перечисленного является наиболее вероятной причиной развития цирроза печени?

@злоупотребление алкоголем

@избыточная масса тела

@употребление наркотиков

@вирус гепатита В или С

@воспаление желчного пузыря

~ 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 11x6см.

Какой из перечисленных синдромов наиболее вероятно у данного пациента?

@цирроз печени

@внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

@воспаления желчного пузыря с конкрементами

@раздраженного кишечника с диареей

@подпеченочной желтухи



~ Мужчина 44лет, 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 эпигастрии и в левом подреберье. Уровень амилазы в крови, диастазы в моче повышены. Врач предположил синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Какой из перечисленных методов исследования наиболее информативен в данном случае?

@УЗИ поджелудочной железы

@эндоскопическая ретроградная

холангиопанкреатография

@гастродуоденофиброскопия

@колонофиброскопия

@лапароскопия

~Мужчина 48 лет, строитель, обратился в приемный покой с жалобами 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 эпигастрии. 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 наиболее вероятен у данного пациента?

@внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

@мальабсорбции

@кишечной диспепсии

@раздраженного кишечника с диареей

@воспаления желчного пузыря с конкрементами

~Юноша Б. 19 л, студент колледжа, доставлен в клинику по поводу головной боли, светобоязни, рвоты, лихорадки. Из анамнеза выявлено, что больной имел контакт с туберкулезным больным. Объективно: лежит в позе «легавой собаки», голова запрокинута назад, ригидность затылочных мышц на 2 поперечных пальца, положительные симптомы Кернига, нижний Брудзинского.

Какой из нижеприведенных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятен у данного пациента?

@менингеальный

@судорожный

@эпилептический

@транзиторная атака

@геморрагического инсульта

~В приемный покой доставлена девушка А. 18 лет, студентка, с жалобами на резкую головную боль, лихорадку, тошноту, рвоту. Из анамнеза – больна 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 согнуть голову обследуемой произошло сгибание нижних конечностей в тазобедренном и коленном суставах.

Какой из нижеперечисленных симптомов НАИБОЛЕЕ вероятен в данном случае?

@Брудзинского

@Мидриаз

@Гордона

@Оппенгейма

@Гипоестезия

~Юноша 22 лет, доставлен в больницу каретой «скорой помощи» с улицы. Жалуется на боль в языке, больше ничего не помнит. Окружающие на остановке, вызвавшие «скорую помощь» говорили, что больной «бился в судорожном припадке». Из анамнеза – была сильная головная боль перед приступом, какие-то приступы бывают у отца, сам ранее ничем не болел, эпидокружение чистое. При осмотре языка выявлены следы кровоизлияния после прикусывания, на белье следы непроизвольного мочеиспускания.

Какой из нижеприведенных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятен в данной ситуации?

@эпилептический

@инсульт

@столбняк

@истерический

@менингеальный

~Молодой мужчина 25 лет, сварщик, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в правом глазу, двоение в глазах. Из анамнеза - заболел после переохлаждения, работал на сквозняке. При осмотре выявлен птоз, невозможность конвергенции, ухудшение зрения на близкое расстояние.

Какой из нижеперечисленных пары черепно-мозговых нервов НАИБОЛЕЕ вероятно поражен у данного больного?

@глазодвигательный

@лицевой

@зрительный

@тройничный

@языкоглоточный

~В приемный покой больницы доставлен мужчина, 35 лет, учитель школы, по направлению участкового врача. Жалобы на сильную головную боль, тошноту, невозможность свободно двигаться из-за внезапно появившейся резкой слабости в левой ноге. Из анамнеза - страдает хроническим нефритом. При осмотре выявлена бледность кожных покровов, понижение болевой чувствительности, плегия левой



ноги, снижение коленного рефлекса. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД - 190/100 мм.рт.ст.

Какое из нижеприведенных патологических состояний НАИБОЛЕЕ вероятно развилось у мужчины?

@геморрагический инсульт

@менингеальный синдром

@транзиторная атака

@ишемический инсульт

@эпилептический припадок

~Женщина, 79 лет, проживает в пансионате для престарелых. Жалуется на головокружение, плохой слух, часто конфликтует с соседями, так как не помнит, что кушала на завтрак, куда положила личные вещи, сохранившиеся ювелирные украшения. В то же время хорошо помнит, что училась в пединституте, умела красиво танцевать, пользовалась уважением коллег по работе.

Какое из нижеприведенных видов нарушения памяти НАИБОЛЕЕ вероятно имеется у данной женщины?

@антеградная амнезия

@ретроградная амнезия

@конфабуляция

@астериксис

@апраксия

~Мужчина, 55 л., обратился в приемный покой больницы с жалобами на головокружение, резкую слабость в правой руке, не может ею ничего делать. Из анамнеза - заболел после эмоционального стресса, умерла жена. При осмотре - говорит с трудом, разделяя слова на слоги. Выявлены снижение чувствительности, мышечной силы и гипорефлексия на пораженной руке, тоны сердца глухие, акцент 2 тона на аорте. АД 210/125 мм.рт.ст.

Какое из нижеприведенных методов исследования НАИБОЛЕЕ информативно для установления диагноза?

@МРТ головного мозга

@энцефалография головного мозга

@эхоэнцефалография

@КТ черепа

@миография

~В приемный покой больницы родственниками доставлена женщина, 42 л., с жалобами на головную боль, повышение температуры, тошноту, светобоязнь. Из анамнеза - больна более недели, после перенесенного ОРВИ. При осмотре - лежит на боку с закрытыми глазами, не дает себя чем-либо накрыть, выявлены гиперестезия, ригидность затылочных мышц на 4 поперечных пальца, положительный симптом Кернига.

Какое из нижеприведенных методов исследования НАИБОЛЕЕ информативно для установления диагноза?

@спинномозговая пункция

@КТ головного мозга

@МРТ головного мозга

@электроэнцефалография

@эхография головного мозга

~У женщины 44л. врачом приемного покоя при обследовании выявлены: жалобы на резкую слабость в правых руке и ноге, при осмотре отсутствие болевой чувствительности, повышение мышечного тонуса и снижение рефлексов с бицепса, карпорадиального, пателлярного.

Какие из нижеперечисленных рефлексов НАИБОЛЕЕ достоверно снижены в данном патологическом состоянии?

@проприоцептивные

@сложные

@условные

@изменчивые

@поверхностные

~У женщины, 47 лет, в течение 17 лет страдающей артериальной гипертонией, после эмоционального стресса развился тяжелый приступ головной боли, тошнота, неоднократная рвота. Вызванный на дом участковый врач выявил тыльное сгибание 1 пальца стопы и веерообразное разведение остальных при приведении с нажимом согнутым пальцем по гребню большеберцовой кости.

Какой из нижеперечисленных патологических симптомов НАИБОЛЕЕ вероятно определен доктором?

@Оппенгейма

@Кохера

@Шеффера

@Гордона

@Брудзинского

~На автобусной остановке у мужчины, 60 лет, случился приступ резкой головной боли, он закричал, пытается куда-то бежать, скверно ругается, окружающие вызвали «скорую помощь». На вопросы врача отвечает правильно, но не сразу, с трудом подбирая слова, произносит их отдельными слогами. Жалуется на нарастающую слабость в левых руке и ноге. В анамнезе стенокардия, принимает изокет-спрей, сейчас не помогло. Выявлены снижение чувствительности с этой стороны, положительный симптом Бабинского.

Какой из нижеперечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятно развился в данном случае?

@ишемический инсульт

@эпилептический припадок

@транзиторная атака

@менингеальный

@истерический

~Участковый полицейский при подворном обходе в подвале заброшенного дома обнаружил мужчину, на вид лет 55. Документов не имеет, кто он – не знает, как здесь оказался - не помнит. При обследовании в



поликлинике на голове обнаружена подкожная гематома, снижение мышечной силы, спастический парез, гипорефлексия и положительный рефлекс Гордона справа.

Какое нарушение памяти НАИБОЛЕЕ вероятно у этого мужчины?

@ретроградная амнезия

@гипомнезия

@парамнезия

@конфабуляция

@антеградная амнезия

~Юноша, 23 лет, профессиональный боксер, обратился за медицинской помощью к участковому врачу. Жалобы на снижение чувствительности в пальцах рук после очередного нокаута. При обследовании выявлено, что несколько снижены карпорадиальный рефлекс с обеих сторон, прикосновение к коже руки ощущается как боль, холод – как тепло.

Какое из нижеперечисленных названий НАИБОЛЕЕ правильно соответствует выявленному симптому нарушение чувствительности у данного пациента?

@дизестезия

@парестезия

@гипоестезия

@гиперестезия

@полиестезия

~Медицинская сестра при вечернем обходе нашла изменение состояния мужчины, находящегося на лечении в стационаре по поводу ИБС и вызвала дежурного врача. При осмотре больной синюшный, хрипло громко дышит, зубы крепко стиснуты, изо рта розовая пена, руки то согнуты, то разогнуты в локтевых суставах, ноги выпрямлены и вытянуты. Аускультативно: в легких - дыхание везикулярное; сердце - тахикардия. АД 130/90 мм рт.ст. Пульс 96 в 1 мин.

Какое из нижеперечисленных состояний НАИБОЛЕЕ вероятно развилось у данного больного?

@судорожный синдром

@геморрагический инсульт

@менингеальный синдром

@ишемический инсульт

@транзиторная атака

~В медпункт железнодорожного вокзала полицейским доставлен пассажир – безбилетник, на вид БОМЖ, который на вопросы полицейского не отвечал, улыбался, что возмутило служителя Фемиды. При осмотре врача мужчина не отвечает на вопросы, показывает, что не может говорить, но при просьбе показать глаза, нос, уши – правильно их показывает. На голове обнаружен линейный постоперационный рубец, при пальпации этот участок мягкий, безкостный, при проверке рефлексов - положительный симптом Бабинского.

Какое из нижеприведенных нарушений речи НАИБОЛЕЕ вероятно в данном случае?

@моторная афазия

@сенсорная афазия

@конфабуляция

@дизартрия

@дислексия

~Женщина, 47 лет, безработная, предъявляет жалобы участковому врачу на повышение веса. Из анамнеза – увеличение веса отмечает за последний год; возможную причину указать не может. Осмотр - говорит медленно, голос хриплый, низкий, гнусавый, несколько апатичное выражение лица с маловыраженной мимикой. Кожа холодная, шелушится, утолщенная, грубая, гиперкератоз локтей и стоп, увеличение языка. Врачом сделано заключение, что у женщины имеется синдром гипофункции щитовидной железы.

Какой из нижеперечисленных симптомов НАИБОЛЕЕ вероятен при аускультации сердца у данной женщины?

@глухость тонов сердца

@хлопающий I-й тон

@усиление тонов сердца

@акцент II-го тона на аорте

@акцент II-го тона на легочной артерии

~В приемный покой клиники обратилась женщина, 44 лет, маклер, 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 вмин, АД -90/60 мм рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны.

Какой из нижеперечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятно развился в данном случае?

@гипотиреоза

@гипертиреоза

@гипогликемии

@гипергликемии

@гипокортицизма

~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 НАИБОЛЕЕ вероятен у данной больной?

@гипертиреоза

@гипотиреоза

@гипогликемии

@гипергликемии

@гиперкортицизма



~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 НАИБОЛЕЕ вероятно в данном случае у мужчины?

@гипогликемии

@гиперкортицизма

@гипергликемии

@гипертиреоза

@гипотиреоза

~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- 110в мин; АД-80/50ммртст. За время осмотра стал заторможенным и впал в кому.

Какой из ниже перечисленных видов комы НАИБОЛЕЕ вероятно развился в данном случае?

@гипергликемическая

@гипогликемическая

@апоплексическая

@уремическая

@печеночная

~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 в мин. АД 100/60ммртст. Тоны сердца приглушены, ритмичны.

Какой из ниже приведенных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятно развился у данной женщины?

@гипотиреоза

@гипертиреоза

@гипогликемии

@гипергликемии

@гипокортицизма

~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 в мин. АД 130/90 мм рт.ст. Тоны сердца учащены, ритмичны, усилены.

Какой из ниже перечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятен в данном случае?

@гипертиреоза

@гипотиреоза

@гипокортицизма

@гипергликемии

@гиперкортицизма

~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 в мин. АД 140/95ммртст. Тоны сердца учащены, ритмичны, усилены, короткий систолический шум на верхушке.

Для какого из нижеприведенных патологических состояний НАИБОЛЕЕ характерны данные объективные изменения?

@гипертиреоза

@гипотиреоза

@гипогликемии

@гипергликемии

@гиперкортицизма

~Женщина, 56 лет, доставлена каретой скорой помощи в приемное отделение ГКБ №4 с подозрением на синдром гипергликемии.

Какой из перечисленных показателей НАИБОЛЕЕ информативен подтверждения данного синдрома?

@глюкозурия

@гиперпротеинемия

@гипопротеинемия

@холестеринурия

@протеинурия

~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 нижеприведенных симптомов является НАИБОЛЕЕ патогномичным для гипогликемической комы?

@повышенные сухожильные рефлексы

@снижение АД

@гипотония мышц

@расширение зрачков

@сохранный тонус глазных яблок



~В приемное отделение клиники бригадой скорой помощи с улицы доставлен мужчина, 47 лет, без сознания. При осмотре – лицо розоватое, кожа сухая, тонус мышц и сухожильные рефлексы снижены, зрачки сужены; на расстоянии слышно «большое шумное дыхание Куссмауля. PS – слабый, частый. АД-90/60ммртст. Тоны сердца приглушены, учащены. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Мочеиспускание самопроизвольное, цвет – насыщенный.

Какой из нижеперечисленных видов комы НАИБОЛЕЕ вероятно имеет место в данном случае?

@гипергликемическая

@гипогликемическая

@тиреотоксическая

@ишемическая

@печеночная

~К участковому врачу обратилась женщина, 52 лет, менеджер. После расспроса и осмотра врач определил, что у больной имеются признаки синдрома гипотиреоза.

Какой из нижеприведенных НАИБОЛЕЕ характерных симптомов поражения сердечно-сосудистой системы для данного синдрома выявлен при осмотре у женщины?

@кардиомегалия

@аритмия

@тахикардия

@скачущий пульс

@звучность тонов

~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 поверхности живота имеются продольные полосы багрово-синюшного цвета. PS – 118 в мин.в мин, аритмичный. АД -150/100ммртст. Тоны сердца приглушены, учащены.

Какой из нижеперечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятен в данном случае?

@гиперкортицизма

@гипотиреоза

@гипертиреоза

@гипергликемии

@гипокортицизма

~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 НАИБОЛЕЕ вероятны в данном случае?

@атрофия мышц плечевого пояса и ног

@амимия

@белые стрии

@общее похудание

@утолщение кожных покровов

~На прием к эндокринологу обратился молодой 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 в мин, малый, ритмичный. АД-90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. В анализах крови – НВ - 72г/л; Эр.- $2,9 \times 10^{12}/л$, Л - $6,2 \times 10^9/л$; СОЭ -22 мм/час. Сахар крови - 2,6ммоль/л.

Какой из нижеперечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятен в данном случае?

@гипокортицизма

@анемии

@гипотиреоза

@гипогликемии

@гиперкортицизма

~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. Об-но – астенического телосложения, кожа открытых участков тела гиперпигментирована. Пульс малого наполнения, частый. АД 80/60ммртст. Тоны сердца приглушены, учащены. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпация болезненна в эпигастрии.

Для какого из нижеприведенных синдромов НАИБОЛЕЕ характерна данная клиническая симптоматика?

@гипофункции надпочечников

@гипофункции щитовидной железы

@гиперфункции надпочечников

@желудочной диспепсии

@кишечной диспепсии

~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. Об-но: выраженное ожирение в области



живота и шеи, атрофия мышц плечевого пояса и ног, румянец на щеке. PS–112 в мин.АД - 160/100мм 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 **НАИБОЛЕЕ** вероятен в данном случае?

@гиперфункции коры надпочечников

@артериальной гипертензии

@гипофункции коры надпочечников

@гиперфункции щитовидной железы

@абсолютной недостаточности инсулина

~Врач приемного отделения после проведенного расспроса и осмотра женщины, 32 лет, выставил диагноз «витамин В₁₂-дефицитная анемия».

Какой **НАИБОЛЕЕ** характерный симптом из ниже перечисленного выявил врач?

@атрофия сосочков языка

@сухой язык

@гиперемия десен

@«географический язык»

@гипертрофия сосочков языка

~У женщины, 42 лет, после проведенного расспроса и осмотра врач приемного покоя определил лимфопролиферативный синдром.

Какое **НАИБОЛЕЕ** характерное изменение окраски кожных покровов в данном случае имеется у больной?

@желтушность

@чередование гиперемии и бледности

@тёмно - вишнёвый оттенок

@гиперпигментация

@депигментация

~У мужчины, 46 лет, в анализе крови обнаружены следующие изменения, как: Нб – 85 г/л, эритроциты – 2,9 млн/мл, лейкоциты – 3,7тыс/мл., СОЭ – 52 мм/час, тромбоциты – 95 тыс/мл. Врач направил на дальнейшее исследование.

Какой из перечисленных методов исследования **НАИБОЛЕЕ** информативен для уточнения диагноза?

@Стернальная пункция

@Эндоскопия желудка

@Пункция лимфоузлов

@Анализ кала на скрытую кровь

@Определение сывороточного железа в крови

~На приеме у врача женщина, 37 лет, с жалобами на общую слабость, после осмотра доктор определил диагноз «лимфогранулематоз».

Какой из нижеперечисленных объективных симптомов **НАИБОЛЕЕ** характерен для данного диагноза?

@увеличение лимфоузлов

@повышение температуры тела

@увеличение селезенки

@увеличение печени

@повышение веса

~После проведенного расспроса и осмотра с интерпретацией общего анализа крови 47-летней женщины участковый врач выставил диагноз: «Апластическая анемия».

Какой из нижеперечисленных изменений в анализе крови **НАИБОЛЕЕ** характерен для данного диагноза?

@эритроцитопения с тромбоцито-и лейкоцитопенией

@эритроцитоз с тромбоцито-и лейкоцитопенией

@эритроцито- и тромбоцитопения с лейкоцитозом

@эритроцитопения с лейкоцито- и тромбоцитозом

@лейкоцитопения с тромбоцитопенией

~У женщины, 52 лет, лаборанта-химика, имеющей контакт с бензолом, в анализах крови выявлены признаки анемии.

Какая **НАИБОЛЕЕ** вероятная форма анемии имеется у женщины?

@гемолитическая

@апластическая

@геморрагическая

@железодефицитная

@фолиево-дефицитная

~У 39-летней женщины на коже появились геморрагические высыпания. При исследовании крови выявлены выраженная анемия, тромбоцитопения и умеренная нейтропения.

Какой **НАИБОЛЕЕ** вероятный механизм развития данной клинико-лабораторной картины?

@аплазия костного мозга

@гиперплазия костного мозга

@дефицит фактора Касла

@дефицит витамина В₁₂

@дефицит железа

~При исследовании общего анализа крови мужчины, 45 лет, обнаружены следующие изменения, как анемия, нормоцитоз, нормохромия и значительное повышение регенераторных форм.

Для какой анемии **НАИБОЛЕЕ** характерны данные показатели?

@острой постгеморрагической

@хронической постгеморрагической

@хронической гемолитической

@острой гемолитической

@острой апластической

~Женщина, 42 лет, имеет жалобы на слабость, головокружение, потемнение в глазах, снижение чувствительности в ногах и покачивание при ходьбе. Из анамнеза- указанные жалобы беспокоят в течение 5-6 месяцев, возможную причину указать не может.

При осмотре выявлена умеренная желтушность кожных покровов, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. В крови: Эр.- 1.3×10¹²/л, Нб – 72 г/л, Ц.п. – 1,45, Лейк. – 4,3×10⁹/л, Эоз. – 2, Баз. – 0, Пал. – 5, Сегм. – 66, Мон. – 11, лимф. – 27, СОЭ – 14 мм/час. При эндоскопии – атрофические изменения слизистой желудка.



Какой наиболее вероятный патологический процесс имеет место в данном случае?

@болезнь Аддисона-Бирмера

@цирроз печени

@вирусный гепатит С

@железодефицитная анемия

@аутоиммунная гемолитическая анемия

~Мужчина, 55 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на потливость, слабость, утомляемость на фоне привычной физической нагрузки и снижение веса. Из анамнеза – данные жалобы беспокоят в течение 2 месяцев, не лечился. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфатические узлы, плотной консистенции. В общем анализе крови: эритроциты – $2,0 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $50,0 \times 10^9/л$, тромбоциты – $160 \times 10^{12}/л$.

Для какого из перечисленных синдромов **НАИБОЛЕЕ** характерна данная клинико-лабораторная симптоматика?

@лимфопролиферативного

@анемического

@апластического

@геморрагического

@миелопролиферативного

~У женщины, 38 лет, длительно болеющей вирусным гепатитом, появилось профузное носовое кровотечение, на коже петехиально-пятнистая сыпь, гепато-спленомегалия, время свертывания крови по Ли-Уайту 22 мин.

Какой их перечисленных синдромов **НАИБОЛЕЕ** вероятен в данном случае?

@геморрагический

@лимфопролиферативный

@миелопролиферативный

@апластический

@анемический

~Мужчина, 29 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастрии, слабость, утомляемость. Из анамнеза - язвенная болезнь 12-перстной кишки в течение года. Осмотр - кожные покровы бледные, болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. В анализе крови: Hb – 90 г/л, эритроц. – 3,5 млн, Цв. пок. – 0,77, тромбоциты. – 195 тыс., ретикулоциты – 0,5 %. Общий билирубин – 12 мкмоль/л, железо – 4,5 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

Какая анемия **НАИБОЛЕЕ** вероятна у больного?

@хроническая постгеморрагическая

@апластическая

@гемолитическая

@B12-дефицитная

@острая постгеморрагическая

~Мужчина, 32 лет, обратился по поводу множественных мелкоточечных кровоизлияний на коже и слизистых. В крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –

$3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $41 \times 10^9/л$, также в лейкоцитарной формуле преобладают молодые, незрелые бластные формы до 95% и зрелые лейкоциты, промежуточные формы отсутствуют; тромбоциты – $15 \times 10^9/л$, эозинофилы и базофилы отсутствуют. СОЭ – 52 мм/час.

Какой из перечисленных диагнозов **НАИБОЛЕЕ** вероятен в данном случае?

@острый лейкоз

@гемофилия

@апластическая анемия

@лейкемоидная реакция

@тромбоцитопеническая пурпура.

~Молодая женщина, 27 лет, обратилась с жалобами на множественные спонтанные подкожные кровоизлияния и периодические носовые кровотечения к врачу. Из анамнеза – данное состояние отмечает в течение полугода, ни с чем не связывает. При осмотре – по всей поверхности кожных покровов имеются многочисленные подкожные кровоизлияния различной величины. Пульс - 90 в мин, АД - 100/70 ммртст. Тоны сердца учащены, ясные. В легких – везикулярное дыхание. Язык чистый, зев спокоен. Живот мягкий, пальпация безболезненна. Печень и селезенка на увеличены. Но имеются положительные симптомы жгута и щипка.

Какова **НАИБОЛЕЕ** вероятная причина геморрагического синдрома?

@тромбоцитопения

@гемофилия

@острый лейкоз

@геморрагический васкулит

@хронический лимфобластный лейкоз

~У молодого человека, 27 лет, страдающего с детства ревматоидным артритом и длительно принимающим нестероидные

противовоспалительные препараты, появились геморрагические высыпания и частые ангины. При обследовании в общем анализе крови выявлены анемия, тромбоцитопения и нейтропения. Для какой из перечисленных патологических состояний **НАИБОЛЕЕ** характерна данная клинико-лабораторная картина?

@аплазии костного мозга

@дефицита фолиевой кислоты

@миелопролиферации

@лимфопролиферации

@дефицита железа

~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 **НАИБОЛЕЕ** вероятная аускультативная симптоматика в данном случае?

@амфорическое дыхание

@ослабленное везикулярное дыхание

@усиленное везикулярное дыхание

@металлическое дыхание

@жесткое дыхание

~ К врачу приемного покоя обратился мужчина, 56 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, *scgripitacio indur.*

Для какой стадии заболевания НАИБОЛЕЕ характерна данная клиническая картина?

@начала заболевания

@разгара болезни и разрешения

@разгара болезни

@разрешения

@выздоровления

~У молодого мужчины 32 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 НАИБОЛЕЕ вероятной причиной данного изменения?

@открытый пневмоторакс

@закрытый пневмоторакс

@полость в легком

@бронхоспазм

@гидроторакс

~У мужчины 47 лет, обратившегося в приемный покой клиники с жалобами на одышку и боли в грудной клетке при дыхании врач обнаружил следующие физикальные данные: асимметрия грудной клетки, отсутствие голосового дрожания, тимпанический перкуторный звук со стороны поражения, дыхание не проводится.

Для какого из нижеперечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ характерны данные клинические симптомы?

@синдрома скопления воздуха в плевральной полости

@синдрома скопления жидкости в плевральной полости

@синдрома очагового уплотнения легочной ткани

@синдрома долевого уплотнения легочной ткани.

@синдрома образования полости в легком

~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 НАИБОЛЕЕ характерны данные клинические симптомы?

@очагового уплотнения легочной ткани

@обтурационного ателектаза

@наличие полости в легочной ткани

@наличия жидкости в полости плевры

@ долевого уплотнения легочной ткани

~Мужчина, 56 лет, обратился в приемный покой клиники с жалобами на одышку, кашель с мокротой желто-зеленого цвета, субфебрильную температуру. Врач выявил следующие физикальные данные: голосовое дрожание и бронхофония усилены над очагом поражения, перкуторно – тимпанический звук, аускультативно – бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком, влажные крупнопузырчатые хрипы:

Для какого из нижеперечисленных синдромов НАИБОЛЕЕ характерны данные клинические симптомы?

@синдром образования полости в легком

@синдром дыхательной недостаточности

@синдром долевого уплотнения легочной ткани.

@синдром скопления воздуха в плевральной полости

@синдром скопления жидкости в плевральной полости

~У больного, 55 лет обнаружено отставание правой половины грудной клетки при дыхании, притупление ниже уровня 3-го ребра, ослабленное дыхание и бронхофония, рентгенологически – смещение сердца влево.

Какой из нижеприведенных патологических состояний НАИБОЛЕЕ вероятно развился у данного больного ?

@наличие жидкости в плевральной полости

@наличие воздуха в плевральной полости

@ долевого уплотнения легочной ткани

@компрессионный ателектаз

@обтурационный ателектаз

~Мужчина, 54 лет, обратился с жалобами на одышку в покое и сухой кашель. Врач приемного отделения при осмотре выявил следующие признаки: как движения грудной клетки симметричны, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание с удлинненным выдохом, печеночная тупость смещена вниз.

Для какого из нижеперечисленных синдромов являются НАИБОЛЕЕ характерными выявленные признаки?

@эмфизема легких

@гидроторакса

@бронхоспазма

@пневмоторакса

@ долевого уплотнения справа

~Мужчина, 27 лет с жалобами на одышку и сухой кашель, заболевшему после простудного фактора и



имеющему в анамнезе аллергический ринит, врач выслушал над всей поверхностью легких свистящие сухие хрипы.

Какой из нижеприведенных синдромов НАИБОЛЕЕ вероятно развился у данного больного? *

@нарушения бронхиальной проходимости

@наличия полости в легочной ткани.

@повышение воздушности легких

@уплотнение легочной ткани

@расширение бронхов

~Нарушение вкуса НАИБОЛЕЕ вероятно характеризует...

@агевзия

@афазия

@амнезия

@аносмия

@гипокузия

~К механизму действия инсулина НЕ относится:

@усиление образования жирных кислот

@усиление утилизации глюкозы

@усиление образования гликогенов

@усиление утилизации аминокислот

@усиление сгятеза белка

~Дисбаланс жирового обмена:

@болезнь Иценко-Кушинга

@гипофункция половых желез

@болезнь Симондса

@злоупотребление продуктов богатых жирам

@дистрофия генитальных органов

~Щитовидная железа вырабатывает:

@Т₃Т₄, ТТГ

@ферменты

@17-ОКСД7-КС

@инсулин

@АКТГ

~Поджелудочная железа вырабатывает:

@инсулин

@АКТГ

@ферменты

@17-ОКСД7-КС

@Т₃Т₄ТТГ

~Инсулин стимулирует депонирование углеводов в форме:

@глюкозы

@лактозы

@гликогена

@сахарозы

@глюкозаминогликанов

~Эндокринными железами вырабатываются:

@гормоны

@холинолитики

@симпатолитики

@бета – блокаторы

@ингибиторы АПФ

~Секрции эндокринных желез выделяются в

@кровь и лимфу

@желчь

@желудок

@поджелудочную железу

@потовые железы

~Какова ежедневная потребность человека в йоде:

@100 мкг

@50 мкг

@150 мкг

@250 мкг

@1000 мкг

~Для диагностики вирусного гепатита В решающее значение имеет:

@серологическая диагностика маркеров вирусов

@выявление степени мезенхимально-клеточного воспаления

@выявление синдрома цитолиза

@УЗИ исследование печени

@выявление синдрома холестаза

~Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является:

@высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)

@коллапс

@боль опоясывающего характера

@гипергликемия

@стеаторея

~Нормальная активность амилазы в сыворотке крови составляет:

@12-32 мг/мл

@1-3 мг/мл

@4-6 мг/мл

@7-9 мг/мл

@9-11 мг/мл

~В основе патогенетического механизма развития диффузного токсического зоба имеет значение...

@повышение тиростимулирующих иммуноглобулинов

@повышение секреции катехоламинов

@повышение секреции тиреотропного гормона

@повышение секреции тиротропин-рилизинг-гормона

@гиперчувствительность тканей к гормонам щитовидной железы

~Неблагоприятным признакам нестабильной стенокардии является...

@депрессия сегмента ST менее 1 мм

@длительность ангинозного приступа более 20 мин

@депрессия сегмента ST более 1 мм

@нестабильная гемодинамика (низкое АД, лабильный пульс)

@повышение содержания МВ-фракции КФК

~Оптимальная концентрация холестерина в крови:

@5 ммоль/л

@6 ммоль/л

@7 ммоль/л

@6,5 ммоль/л

@9-5,5 ммоль/л



~Наиболее частая причина развития желтухи у пожилых:

- @опухоль панкреато – дуоденальной зоны
- @дискинезия желчных путей
- @хронический активный гепатит
- @описторхоз
- @цирроз печени

~Укажите симптомы, характерные для нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы:

- @снижение массы тела, креаторея, стеаторея
- @сухость кожных покровов
- @гипергликемия
- @расширение вен передней брюшной стенки
- @почечно-печеночная недостаточность

~ Наиболее типичная локализация болей при ИБС:

- @за грудиной
- @в области верхушки сердца
- @в области правого подреберья
- @в левой половине грудной клетки
- @в правой половине грудной клетки

~Нитроглицерином купируется боль при:

- @приступе стенокардии
- @инфаркте миокарда
- @перикардите
- @миокардите
- @кардионеврозе

~Наиболее достоверными ЭКГ-критериями инфаркта миокарда являются

- @появление зубцов Q шириной более 30 мс и глубиной более 2 мм в двух отведениях и более
- @элевация сегмента ST
- @депрессия сегмента ST
- @появление подъема или депрессии сегмента ST более 1 мм через 20 мс от точки J в двух смежных отведениях;
- @депрессия сегмента ST

~При митральной конфигурации Не наблюдается:

- @талия сердца
- @сглаженная талия сердца
- @увеличенное левое предсердие
- @увеличенный левый желудочек
- @увеличенный правый желудочек

~При аортальных конфигурациях Не наблюдается:

- @сглаженной талии сердца
- @выраженной талии сердца
- @резко расширенной полости левого желудочка
- @сердца приобретает форму «сидячей утки»
- @сердце приобретает форму «башмака»

~Границы сердца Не смещаются в сторону поражения при :

- @экссудативном плеврите
- @пневмосклерозе
- @пульмонэктомии
- @опухоли легкого
- @обтурационном ателектазе

~Границы сосудистого пучка в норме определяются...

- @во 2 межреберье по краям грудины
- @во 2 межреберье по парастернальным линиям
- @в 3 межреберье по краям грудины
- @в 3 межреберье по парастернальным линиям
- @в 4 межреберье по краям грудины

~Рентгенологический признак, НЕ характерный для недостаточности митрального клапана:

- @в косой проекции пищевод отклоняется по дуге малого радиуса
- @в косой проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса
- @талия сердца сглажена
- @сердце митральной конфигурации

@признаки застоя в малом круге кровообращения

~Фиолетовая гиперемия щек (facies mitralis) характерна при:

- @митральном стенозе
- @трехстворчатом стенозе
- @стенозе устья легочной артерии
- @стенозе устья аорты
- @дефекте межпредсердной перегородки

~К признакам застоя в малом круге кровообращения НЕ относится:

- @гидроторакс
- @одышка
- @приступы, сердечной астмы
- @кашель в горизонтальном положении
- @кровохарканье

~Признаком, НЕ относящийся к застою в большом круге кровообращения является

- @отек легких
- @гидроперикард
- @отеки на ногах
- @гидроторакс
- @асцит

~ Систолической шум при аортальном стенозе лучше всего проводится:

- @ на сосуды шеи
- @ в т. Боткина – Эрба
- @ на верхушку сердца
- @ на яремные вены
- @ в подмышечную область

~ Функциональный шум относительной недостаточности клапана легочной артерии является

- @ диастолическим
- @ систоло-диастолическим
- @ пресистолическим
- @ протодиастолическим
- @ систолическим

~ Систолическим шумом называют шум слышимый в периоды сокращения желудочков. Он слышится после первого тона и возникает по причине прохода крови через суженое отверстие клапанов



желудочка. Систолический шум во 2 точке аускультации, проводящийся на сосуды шеи, характерен для

- @ аортального стеноза
- @ аортальной недостаточности
- @ функциональной шум
- @ тетрадо Фалло
- @ митрального стеноза

~ В понятие острый коронарный синдром НЕ входит:

- @ стабильная стенокардия
- @ инфаркт миокарда, диагностируемый по ферментам крови

@ инфаркт миокарда с патологическим зубцом Q

@ инфаркт миокарда без патологического зубца Q

@ нестабильная стенокардия

~ Чувствительным показателем, отражающим степень бронхиальной обструкции является:

@ снижение ОФВ1 и ФЖЕЛ

@ снижение ЖЕЛ

@ снижение ФЖЕЛ

@ снижение ЖЕЛ и ОФВ1

@ снижение остаточной емкости легких

~ При бронхиальной астме преимущественно снижаются спирографические показатели:

@ форсированной жизненной емкости легких

@ жизненной емкости легких

@ максимальной вентиляции легких

@ мощности вдоха

@ мощности выдоха

~ Ишемическая болезнь сердца характеризуется:

@ нарушением равновесия между коронарным кровотоком и потребностями миокарда

@ поражением околосердечной сумки

@ гипертрофией миокарда

@ отрывом сосочковой мышцы

@ поражением эндокарда

~ Боль при стенокардии локализуется

@ за грудиной, слева около грудины

@ в правой нижней конечности

@ в гипогастриальной области

@ в правой кисти

@ в поясничной области

~ Приступ стенокардии могут спровоцировать:

@ воздействие холода, психоэмоциональное напряжение

@ прием пищи, обогащенной витаминами

@ резкие запахи

@ острые респираторные вирусные инфекции

@ частые ангины

~ Важнейшие характеристики боли при стенокардии:

@ за грудиной боль в момент физической нагрузки, купирование боли нитроглицерином

@ боль при глубоком вдохе в грудной клетке слева

@ за грудиной боль длительностью 3-4 часа

@ боль, связанная с приемом пищи

@ боль в левой половине груди при повороте туловища

~ Необратимые факторы риска при ишемической

болезни сердца:

@ возраст 40-50 лет и старше

@ ожирение

@ курение

@ женский пол

@ переизбыток

~ Патологические процессы, происходящие в

сердечной мышце при инфаркте миокарда:

@ зона ишемии, участок некроза

@ фибриноидное набухание

@ гиалиноз

@ гиперестезии

@ мукоидное набухание

~ Частой причиной мерцательной аритмии является:

@ ишемическая болезнь сердца, митральный стеноз

@ нейроциркуляторная дистония

@ перикардит

@ миокардит

@ инфекционный эндокардит

~ Основными жалобами при синдроме органической

бронхиальной обструкции являются:

@ одышка

@ кашель

@ боль в грудной клетке

@ одышка при физической нагрузке

@ кровохарканье

~ Кашель при синдроме органической бронхиальной

обструкции:

@ появляется преимущественно в утренние часы

@ беспокоит в ночное время

@ с выделением умеренного количества слизистой

мокроты

@ с выделением малого количества «стекловидной»

мокроты

@ с выделением большого количества гнойной

мокроты

~ Основными клиническими признаками синдрома

органической бронхиальной обструкции являются:

@ кашель с мокротой

@ одышка

@ кровохарканье

@ хрипы при аускультации легких

@ повышение артериального давления

~ Синдром органической бронхиальной обструкции

может быть причиной развития:

@ гнойного плеврита

@ инфаркт-пневмонии

@ хронического легочного сердца

@ экссудативного плеврита

@ воспаления легких

~ При синдроме органической бронхиальной

обструкции над

легкими перкуторно:



@определяется значительное притупление перкуторного звука

@определяется исчезновение пространства Траубе

@изменений не определяется

@определяется коробочный перкуторный звук

@определяется тимпанический перкуторный звук

~ Аускультация легких при синдроме органической бронхиальной обструкции выявляет:

@пуэрильное дыхание

@усиленное везикулярное дыхание

@жесткое дыхание

@бронхиальное дыхание

@сухие хрипы

~ При синдроме органической бронхиальной обструкции выслушивание сухих хрипов на ограниченном участке связано

@с эмфиземой легких

@дыхательной недостаточностью

@с гидротораксом

@с локальной обструкцией бронха крупного или среднего калибра

@с воспалением легочной паренхимы

~ Назовите наиболее частые инфекционные агенты, вызывающие острые пневмонии: Наиболее частыми инфекционными агентами, вызывающие острые пневмонии являются

@пневмококки

@стафилококки

@вирусы (чаще респираторные)

@микоплазма

@легионелла

~ Укажите обстоятельства, способствующие развитию острых пневмоний (факторы риска) :

@перенесенные ОРВИ

@иммунодефициты (в том числе СПИД)

@сердечно-сосудистые заболевания

@обструкция дыхательного дерева

@сахарный диабет

~ Основные морфологические признаки бронхопневмоний – это

@обязательное наличие воспалительных изменений бронхов (бронхиол)

@очаговый характер воспаления лёгочной ткани
@разноплановый тип поражения (очаги разного размера, различный тип экссудата, могут быть ателектазы, эмфизема и др.)

@локализация в задне-нижних отделах

@ острое инфекционно-аллергическое заболевание

~ Лицо Корвизара характерно для больных

@с сердечной недостаточностью

@с почечной недостаточностью

@с печеночной недостаточностью

@с акромегалией

@с желудочной недостаточностью

~ Симптом Мюссе характерен для

@ недостаточности аортального клапана

@ стеноза аортального клапана

@ митрального стеноза

@ недостаточности митрального клапана

@ недостаточности легочного ствола

~ Осмотр: дыхательные движения симметричны.

Пальпация грудной клетки: голосовое дрожание не изменено. Перкуссия: ясный легочный перкуторный звук. Аускультация: жесткое дыхание, справа и слева выслушивается большое количество сухих хрипов.

У больного признаки синдрома

@сужения бронхов вязким экссудатом

@ закрытого пневмоторакса

@компрессионного ателектаза

@ очагового воспалительного уплотнения

@ гидроторакса

~ Для инфаркта миокарда НЕ характерно повышение уровня:

@ ЛДГ-5

@ АСТ

@тропонина I

@ тропонина T

@МВ-фракции КФК

~ При остром инфаркте миокарда зоне некроза соответствует изменение ЭКГ:

@ глубокий и широкий зубец Q

@ депрессия сегмента RS–T

@ подъем сегмента RS–T

@ глубокий отрицательный зубец T

@ уменьшение амплитуды зубца R

~ Для I стадии гипертонической болезни НЕ характерно:

@ наличие признаков гипертрофии левого желудочка

@ отсутствие изменений сосудов сетчатки глаза

@ отсутствие протеинурии

@ нормальный уровень креатинина

@ отсутствие атеросклеротических бляшек в крупных артериях

~ Характерным ЭКГ-признаком сердечной недостаточности является

@ признаки гипертрофии отделов сердца

@ синусовая брадикардия

@ блокады сердца

@ признаки гипотрофии отделов сердца

@ экстрасистолия

~ Перегрузка левого желудочка объемом крови развивается при:

@ недостаточности аортального клапана

@ стенозе митрального отверстия

@ незаращении овального отверстия

@ стенозе аортального отверстия

@ триаде Фалло

~ Перегрузка правого желудочка объемом крови развивается при:



- @ незаращении овального отверстия
- @ недостаточности аортального клапана
- @ стенозе митрального отверстия
- @ стенозе аортального отверстия
- @ коарктации аорты
- ~ Перегрузка левого желудочка систолическим давлением развивается при:
 - @ стенозе аортального отверстия
 - @ недостаточности аортального клапана
 - @ стенозе митрального отверстия
 - @ недостаточности митрального клапана
 - @ тетраде Фалло
- ~ При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме ГЭРБ боль купирует:
 - @ изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
 - @ нитроглицерин
 - @ транквилизаторы
 - @ холинолитики
 - @ спазмолитики
- ~ Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:
 - @ регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути
 - @ избыточной массой тела
 - @ дисфагией
 - @ спазмом пищевода
 - @ длительностью заболевания
- ~ Наиболее частым ранним осложнением пептической язвы является
 - @ кровотечение
 - @ стеноз
 - @ малигнизация
 - @ пенетрация
 - @ перфорация
- ~ Кислая утренняя рвота характерна для. . .
 - @ заболевания, которое сопровождается ночной гиперсекрецией
 - @ желчекаменной болезни
 - @ гипертонической болезни
 - @ обычной рвоты
 - @ рака тела желудка
- ~ Чаще всего язвенный дефект локализуется
 - @ в луковице 12-перстной кишки
 - @ в кардиальном отделе желудка
 - @ в области малой кривизны желудка
 - @ по большой кривизне желудка
 - @ в залуковичном отделе 12-перстной кишки
- ~ Боль при язвенной болезни возникает
 - @ периодически на протяжении суток и зависит от локализации язвы
 - @ сразу после еды
 - @ во второй половине дня после максимальной нагрузки едой
 - @ ночью
 - @ хаотично независимо от еды
- ~ Заболевания желудка, которое сопровождается выраженной стеатореей, это
 - @ выраженный хронический атрофический гастрит с сопутствующим панкреатитом
 - @ неосложненная язвенная болезнь
 - @ язвенная болезнь, осложненная кровотечением
 - @ полипоз желудка
 - @ доброкачественный стеноз привратника
- ~ Бочкообразная форма грудной клетки, изменение формы ногтей пальцев рук («часовые стекла»), одышка – частые признаки:
 - @эмфиземы легких
 - @пневмоторакса
 - @острого респираторного заболевания
 - @острой пневмонии
 - @острого бронхита
- ~ При сахарном диабете нарушается . . . обмен.
 - @ углеводный
 - @ белковый
 - @ жировой
 - @ водно-солевой
 - @ витаминов
- ~ Согласно клиническому протоколу признаком, отличающий пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек является
 - @ отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки
 - @ дисфункция канальцев с нарушением ацификации мочи
 - @ стойкая артериальная гипертензия
 - @ развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
 - @ выраженная уремическая интоксикация
- ~ Согласно клиническому протоколу, основным клиническим признаком нефротического синдрома является
 - @ отёк
 - @ повышение АД
 - @ сердцебиение
 - @ дизурия
 - @ лихорадка
- ~ Согласно клиническому протоколу фактором, приводящего к прекращению клубочковой фильтрации является
 - @ снижение систолического давления до 60 мм рт.ст
 - @ увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15 мм рт.ст
 - @ увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст
 - @ увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
 - @ повышение диастолического давления до 100 мм рт.ст
- ~ «Дизурия» это
 - @частое болезненное и затрудненное мочеиспускание
 - @частое мочеиспускание



- @болезненное мочеиспускание
 @увеличение суточного количества мочи
 @уменьшение суточного количества мочи
 ~ О полиурии говорят, если больной
 @выделяет более 2-х литров мочи
 @мочится преимущественно в ночное время
 @выделяет жидкости больше, чем выпивает
 @мочится часто
 @мочится редко, но большими порциями
 ~ «Олигоурия» это
 @выделение в пределах до 500 мл мочи в сутки
 @мочеиспускание малыми порциями
 @редкое мочеиспускание
 @болезненное мочеиспускание
 @изменение цвета мочи
 ~ Олигоурия НЕ характерна для больных
 @с сахарным диабетом
 @с усиленным потоотделением
 @с профузным поносом
 @с сердечной декомпенсацией
 @находящихся в сухом жарком помещении
 ~ Анурия – это
 @полное прекращение выделения мочи или выделение мочи до 50 мл в сутки.
 @редкое мочеиспускание
 @прекращение выделения мочи в дневное время суток
 @отсутствие изменения в мочевом осадке
 @мочеиспускание малыми порциями
 ~ «Ишурией» НЕ является
 @нарушение мочеотделения из-за патологии в паренхиме почек
 @нарушение мочеотделения из-за препятствия в мочевом пузыре
 @нарушение мочеотделения из-за препятствия в мочеиспускательном канале
 @нарушение мочеотделения из-за повреждения спинного мозга
 @нарушение мочеотделения из-за препятствий в мочеточнике
 ~ Поллажурия это
 @учащенное мочеиспускание
 @болезненное мочеиспускание
 @редкое мочеиспускание
 @прекращение мочеиспускание
 @мочеиспускание малыми порциями
 ~ Никтурия – это
 @преобладание ночного диуреза над дневным
 @преобладание дневного диуреза
 @учащенное мочеиспускание
 @болезненное мочеиспускание
 @учащенное болезненное мочеиспускание
 ~ Протеинурия – это
 @белок в моче
 @соли в моче
 @кровь в моче
- @светлая и мутная моча
 @цилиндры в моче
 ~ Лейкоцитурия – это
 @лейкоциты в моче
 @гной в моче
 @кровь в моче
 @гемосидерин в моче
 @красный цвет мочи не зависит от причин, его вызвавших заменить
 ~ Фруктовый запах (или запах гниющих яблок) характерен для мочи, содержащей
 @ураты
 @кетоновые тела
 @большое количества белка
 @лейкоциты
 @кровь
 ~ Полиурия характерна для
 @сахарного диабета
 @уремии
 @острой почечной недостаточности
 @туберкулеза почек
 @онкозаболевания почек
 ~ Органическая почечная протеинурия НЕ характерна при
 @ интоксикациях
 @ туберкулезе почек
 @ пиелонефрите
 @ амилоидозе почек
 @ опухолях почек
 ~ Ложная лейкоцитурия вызвана
 @простатитом
 @пиелонефритом
 @гломерулонефритом
 @пиелитом
 @циститом
 ~ Наличие лейкоцитов в мочевом осадке свидетельствует о
 @лейкоцитурии
 @пиурии
 @гиперлейкоцитурии
 @лейкоцитозе
 @лейкоцитопении
 ~ Основная причина истинной лейкоцитурии – это
 .
 @воспаление чашечно-лоханочной системы почек
 @воспалительные заболевания придатков
 @воспаление предстательной железы
 @воспалительные заболевания матки
 @воспалительные заболевания мочевого пузыря
 ~ Лейкоцитурия НЕ бывает истинной при
 @кольпите
 @пиелонефрите
 @цистите
 @пиелите
 @гломерулонефрите



~ Эритроцитурия и гематурия наиболее характерны для

@гломерулонефрита

@цистита

@пиелонефрита

@уретрита

@воспалительные заболевания мочевого пузыря

~ Состояние, когда содержание лейкоцитов в моче НЕ

подлежит подсчету называется

@пиурия

@лейкоцитурия

@гиперлейкоцитурия

@лейкоцитоз

@ цистит

~ Показателем, НЕ относящийся к физическим свойствам мочи является

@реакция

@объем

@цвет

@удельный вес

@запах

~ Местом образования ренина является

@юктагломерулярный аппарат почек

@островки Лангерганса поджелудочной железы

@канальцевый аппарат почек

@купферовские клетки печени

@надпочечники

~ Острая задержка мочи, НЕ связанная с почечной патологией называется

@ишурия

@дизурия

@изурия

@странгурия

@поллакурия

~ Болезненное мочеиспускание называется

@странгурия

@дизурия

@изурия

@ишурия

@поллакурия

~ Болезненное и частое мочеиспускание называется

@дизурия

@ишурия

@изурия

@странгурия

@поллакурия

~ Механизм почечной артериальной гипертензий

связан с

@гиперсекрецией ренина

@гиперсекрецией адреналина

@гиперсекрецией левого желудочка

@первичным гиперальдостеронизмом

@гипосекрецией ренина

~ Симптомы , характерные для клиники почечной эклампсии:

@пароксизмы головных болей, сердцебиения,

повышения уровня АД, судороги на фоне отеков

@головная боль, нарушение зрения, отслойка

сетчатки, повышение АД

@головная боль, головокружение, рвота, снижение АД

@нарушение речи и зрения, потеря памяти

@стойкое повышение АД, без особых нарушения со

стороны ЦНС

~ Ведущие симптомы нефротического синдрома:

@массивные отеки

@гипертензия

@лейкоцитурия вплоть до пиурии

@отеки

@боли в области поясницы

~ Согласно клиническому протоколу, тип сахарного диабета (СД), при котором происходит деструкция β -клеток поджелудочной железы, приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности – это

@ СД 1 типа

@ СД 2 типа

@ гестационный СД

@ вторичный СД

@ другие специфические типы СД

~ Согласно клиническому протоколу, тип сахарного диабета (СД), при котором происходит прогрессирующее нарушение секреции инсулина на фоне инсулинорезистентности – это

@ СД 2 типа

@ СД 1 типа

@ гестационный СД

@ вторичный СД

@ другие специфические типы СД

~ Согласно клиническому протоколу, тип сахарного диабета (СД), развивающийся во время беременности:

@гестационный СД

@СД 1 типа

@СД 2 типа

@другие специфические типы СД

@ вторичный СД

~ Согласно клиническому протоколу, основное диагностическое мероприятие на амбулаторном уровне, при сахарном диабете 1 типа:

@определение гликемии натощак и через 2 часа после еды

@определение ICA – антител к островковым клеткам

@определение С-пептида в сыворотке крови

@определение ТТГ, свободный Т4, анти-ТПО и ТГ

@определение IAA – антител к инсулину

~ Согласно клиническому протоколу, диагностическое мероприятие, проводимое на этапе неотложной помощи при сахарном диабете 1 типа:

@определение уровня гликемии



@УЗИ органов брюшной полости
 @ЭХОКГ
 @ суточное мониторирование ЭКГ по холтеру
 @ЭФГДС
 ~ Согласно клиническому протоколу, в норме концентрация глюкозы, натощак, в цельной капиллярной крови (ммоль/л) НЕ превышает:
 @ 5,5
 @ 7,8
 @ 6,1
 @ 11,1
 @ 6,7
 ~ Согласно клиническому протоколу частота обследования общего анализа крови у пациентов СД 1 типа:
 @1 раз в год
 @1 раз в 3 месяца
 @не менее 4 раз ежедневно
 @1 раз в год (при отсутствии изменений)
 @по показаниям
 ~ Согласно клиническому протоколу частота обследования общего анализа мочи у пациентов СД 1 типа:
 @1 раз в год
 @1 раз в 3 месяца
 @не менее 4 раз ежедневно
 @1 раз в год (при отсутствии изменений)
 @по показаниям
 ~ Согласно клиническому протоколу, частота обследования определение кетоновых тел в моче и крови у пациентов СД 1 типа:
 @по показаниям
 @1 раз в 3 месяца
 @не менее 4 раз ежедневно
 @1 раз в год (при отсутствии изменений)
 @1 раз в год
 ~ Частой причиной смерти при сахарном диабете 1-го типа является
 @ гангрена нижних конечностей
 @ кетонемическая кома
 @ гиперосмолярная кома
 @ инфаркт миокарда
 @ диабетическая нефропатия
 ~ Жалобы при сахарном диабете:
 @полидипсия, полиурия, булемия, истощение
 @склонность ко сну, забывчивость
 @слабость, адинамия, боль в суставах
 @головные боли, сердцебиение, отеки
 @раздражительность, сердцебиение, потливость, истощение
 ~ Внешний вид больного при гипофункции щитовидной железы:
 @шелушение кожи, желтушность, повышение тургора, холодный пот
 @опущение верхнего века

@нарушение конвергенции глаз:
 @мерцание глаз чаще
 @экзофтальм
 ~ К симптомам гипотиреоза НЕ относится
 @тахикардия
 @брадикардия
 @тихий разговор
 @сухость кожных покровов
 @психозы
 ~ Ведущий симптом скрытой формы сахарного диабета:
 @повышение толерантности к глюкозе
 @крупный плод
 @ожирение
 @генетическая предрасположенность
 @жажда
 ~ Декомпенсация сахарного диабета характеризуется

 @ полиурией
 @ ишурией
 @ странгурией
 @ олигурией
 @ энурезом
 ~ При диабетической коме из ротовой полости выделяется запах
 @ ацетона
 @ эфира
 @ гнилых яблок
 @ тухлых яиц
 @ аммиака
 ~ Патогенез полиурии связан с
 @ глюкозурией
 @ инсулиновой недостаточностью
 @ значительными отклонениями уровня сахара в крови
 @ накоплением в крови ацетоновых тел
 @ гиперлипидемией
 ~ Показанием к определению толерантности к глюкозе является наличие у больного ...
 @ жажды и полиурия, ожирения, рецидивирующего фурункулеза
 @ олигоурии, аллергии
 @ дислипидемии, кожного зуда
 @ уровня глюкозы натощак свыше 10 ммоль/л, анурии
 @ уровня глюкозы натощак - 3,4 ммоль/л, кахексии
 ~ Одним из основных проявлений нарушения микроциркуляции при сахарном диабете является
 @ ретинопатия
 @ атеросклероз
 @ катаракта
 @ симметричная невропатия
 @ поражение сосудов нижних конечностей
 ~ Основным лабораторным критерием в диагностике сахарного диабета является
 @ хроническая гипергликемия на голодный желудок



- @ продолжительная глюкозурия
- @ гиперхолестеринемия
- @ кетонурия
- @ гипокалийемия
- ~ Основной патогенетический механизм сахарного диабета:
- @ инсулиновая недостаточность
- @ нарушение обмена липидов
- @ нарушение обмена белка
- @ нарушение обмена ионов калия и натрия
- @ нарушение водно-солевого обмена
- ~ Начальным признаком остеоартроза коленного сустава является
- @ поражение надколенно-бедренного сочленения (по данным рентгенограммы)
- @ болезненность при пальпации коленного сустава
- @ хруст при движении в коленном суставе
- @ остеофиты (по данным рентгенограммы)
- @ боли при ходьбе по лестнице
- ~ Ведущим патогенетическим механизмом прогрессирования остеоартроза является
- @ дегенерация суставного хряща
- @ синовит
- @ отложение кристаллов пирофосфата кальция
- @ ремоделирование костной ткани
- @ атрофия близлежащих мышечных групп
- ~ Характерным признаком выраженного двустороннего коксартроза является
- @ "утиная походка"
- @ нарушение внутренней и наружной ротации бедер
- @ ограничение отведения и приведения бедер
- @ гипотрофия мышц бедер
- @ хромота
- ~ Наиболее яркая клиническая картина синовита с частыми обострениями наблюдается при остеоартрозе
- @ коленного сустава
- @ тазобедренного сустава
- @ дистальных межфаланговых суставов кистей
- @ I плюснефалангового сустава
- @ проксимальных межфаланговых суставов
- ~ Профилактику развития остеопороза наиболее эффективно начинать в период:
- @ после 40 лет, до наступления менопаузы
- @ в любом возрасте
- @ после 35 лет
- @ в 30 лет, до наступления менопаузы
- @ в 40 лет, после наступления менопаузы
- ~ Признак, исключающий диагноз ревматоидного артрита:
- @ поражение дистальных межфаланговых суставов
- @ утренняя скованность
- @ узурация суставных поверхностей
- @ анкилозы суставов
- @ поражение околосуставных тканей
- ~ Ревматоидные узелки обычно обнаруживаются в
- @ периартикулярных тканях
- @ коже
- @ хрящах
- @ висцеральных органах
- @ костях
- ~ РФ (ревматоидным фактором) является
- @ антитела к агрегированному иммуноглобулину
- @ иммуноглобулин G
- @ антитела к ядрам клеток
- @ антитела к нативной ДНК
- @ комплемент
- ~ IV рентгенологическая стадия при ревматоидном артрите отличается от других:
- @ анкилозом
- @ атрофией мышц
- @ деструкцией хряща (узуры)
- @ остеопорозом
- @ деформацией суставов
- ~ В соответствии с клиническим протоколом, диагностическим критерием характерным для ревматоидного артрита является
- @ утренняя скованность суставов более 1 часа в течение 6 недель
- @ двусторонний сакроилеит
- @ асимметричность поражения
- @ наличие кольцевидной эритемы
- @ артриты 3-х и более суставов в течение 2 недель
- ~ При ревматоидном артрите ранее всего поражаются суставы:
- @ коленные
- @ локтевые
- @ позвоночные
- @ крестцово-подвздошные
- @ проксимальные межфаланговые и суставы кистей
- ~ Для ревматоидного артрита наиболее характерным является
- @ наличие утренней скованности в суставах, мышцах
- @ длительный (более часа) характер скованности
- @ опухание пораженных суставов
- @ симметричность поражения суставов
- @ симметричность поражения суставов
- ~ В диагностике ревматоидного артрита НЕ имеет значение
- @ высокий цитоз в синовиальной жидкости
- @ у-глобулинемия и увеличение СОЭ
- @ обнаружения фагоцитов в синовиальном выпоте
- @ определение ревматоидного фактора
- @ антител к фосфолипидам
- ~ К генетическим факторам развития РА относятся:
- @ молекулярные нарушения в геномном аппарате
- @ хромосомные аномалии
- @ факторы НБА
- @ заболевания внутренних органов



- @крупный плод
~ Боли при РА носят характер:
@«летучих»
@периодических
@постоянных
@асимметричных
@прогрессирующих
~ При РА в процесс вовлечены преимущественно:
@крупные суставы конечностей
@мелкие суставы конечностей
@суставы позвоночника
@один сустав
@только суставы нижней конечности
~ Рентгенологически при РА выявляют:
@остеофиты, изъеденность суставного хряща
@остеопороз диффузный
@остеопороз очаговый (кистевидный остеопороз) околоуставных костей
@суставные тофусы
@сужение суставной щели
~ Критерии диагностики РА:
@утренняя скованность
@асимметричность поражения суставов
@вовлечение в процесс не менее трех суставов через 3 месяца от начала заболевания
@всегда высокая температура
@с нарушением психики
~ Согласно клиническому протоколу, достоверный копрологический критерий внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:
@стеаторея
@креаторея
@амилорея
@полифекалия
@йодофильная флора
~ Одновременное повышение в крови уровня билирубина и холестерина свидетельствует о наличии у больного синдрома:
@холестаза
@цитолита
@мезенхимального воспаления
@печеночно-клеточной недостаточности
@портальной гипертензии
~ Основным признаком синдрома микробной контаминации тонкой кишки является
@диарея
@метеоризм
@запоры
@асцит
@тенезмы
~ Согласно клиническому протоколу, локализация боли при язвах кардиального отдела желудка:
@мечевидный отросток
@за грудиной
@в эпигастрии слева от срединной линии
@в эпигастрии справа от срединной линии
@около пупка
~ Основной причиной развития отеков при синдроме мальабсорбции является снижение в сыворотке крови уровня:
@белка
@натрия
@калия
@железа
@фосфора
~ Наиболее информативным тестом для диагностики обострения хронического рецидивирующего панкреатита у больных является определение в крови:
@амилазы
@трипсина
@эластазы
@щелочной фосфатазы
@глюкозы
~ Согласно клиническому протоколу, ранние (через 30-60 минут после приема пищи) боли в эпигастриальной области и за грудиной характерны для локализации язвенного дефекта:
@в кардиальном и субкардиальном отделе желудка
@для всех гастродуоденальных сочетанных язв
@в луковице двенадцатиперстной кишки
@в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки
@в пилорическом канале
~ Причина функциональной дисфагии:
@паралич пищевода
@ожог пищевода
@дивертикул пищевода
@невроз
@рак пищевода
~ Дисфагия из-за паралича пищевода сопровождается
@кашлем, поперхиванием
@рвотой
@спазмом
@болью
@высокой температурой
~ Пищеводная рвота характеризуется
@отсутствием тошноты, изжоги, незначительным объемом
@наличием тошноты, изжоги
@появлением спустя 15 минут после пищи
@объемом около 200 мл
@наличием в рвотной массе желудочного сока
~ Желудочная рвота характеризуется
@наличием тошноты, объемом около 200 мл с желудочным соком
@появлением тут же после проглатывания пищи
@незначительным объемом
@отсутствием тошноты, изжоги
@наличием алой крови
~ Пищеводная рвота проявляется



@тут же после проглатывания пищи, незначительным объемом

@через 10 – 15 минут после приема пищи, небольшая по объему

@с сопровождением болью, тошнотой, изжогой через 15 минут после приема пищи

@в рвотной массе слизи, желудочного сока, крови

@появлением через 30 – 35 минут после приема пищи, небольшая по объему

~ Пищеводная рвота возникает из-за

@судорожного сокращения мускулатуры пищевода

@судорожного сокращения мускулатуры желудка

@судорожного сокращения мускулатуры диафрагмы

@судорожного сокращения мускулатуры кишечника

@стеноза пищевода

~ При язвенной болезни 12-ти перстной кишки боли:

@поздние, голодные, ночные, проходят после приема пищи

@ ранние, через 30 минут после приема пищи

@не проходят после приема пищи

@через 1 час после приема пищи

@через 1,5 часа после приема пищи

~ При язве или раке кардиального отдела желудка рвота возникает

@спустя через 5-10 минут после приема пищи

@тут же после проглатывания пищи

@через 2-3 часа после приема пищи

@через 4-6 часов после приема пищи

@через 10-12 часов после приема пищи

~ При гастритах, язвах тела желудка рвота возникает .

. . . .

@через 1-2 часа после приема пищи

@спустя через 5-10 минут после приема пищи

@тут же после проглатывания пищи

@через 4-6 часа после приема пищи

@через 10-12 часа после приема пищи

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН
MEDISINA
AKADEMIASY
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN
MEDICAL
ACADEMY
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

044 – 47 / 11 ()

Контрольно-измерительные средства, вопросы программы для промежуточной аттестации по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней-2»

67 стр. из 68

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН
MEDISINA
AKADEMIASY



SOUTH KAZAKHSTAN
MEDICAL
ACADEMY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

044 – 47 / 11 ()

Контрольно-измерительные средства, вопросы программы для промежуточной аттестации по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней-2»

68 стр. из 68