

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">ОРИГИНАЛ</div>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 16 ( ) 1 стр. из 36
Контрольно – измерительные средства для итоговой оценки знаний, умений и навыков по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней-1»		

## КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 1,2

Название дисциплины:	«Пропедевтика внутренних болезней – 1»
Код дисциплины:	PVB 3302 – 1
Название ОП:	6В10101 «Общая медицина»
Объем учебных часов/кредитов:	120 ч. (4 кредитов)
Курс и семестр изучения:	3 курс, V семестр

Шымкент – 2023 г.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 16 ( )
Контрольно – измерительные средства для итоговой оценки знаний, умений и навыков по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней-1»	2 стр. из 36

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

Протокол № 11 от «29» 06. 2023г.

**Рубежный контроля №1:**

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

1. Расспрос больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Общий осмотр больных с заболеваниями органов дыхания.
3. Статический и динамический осмотр грудной клетки.
4. Определение частоты, типа и ритма дыханий.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 16 ( ) 3 стр. из 36
Контрольно – измерительные средства для итоговой оценки знаний, умений и навыков по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней-1»	

5. Пальпация грудной клетки.
6. Определение резистентности грудной клетки.
7. Определение голосового дрожания.
8. Сравнительная перкуссия легких: методика проведения, диагностическое значение.
9. Топографическая перкуссия легких: методика определения верхней границы легких.  
Диагностическое значение.
10. Топографическая перкуссия легких: методика определения полей Кренига.  
Диагностическое значение.
11. Топографическая перкуссия легких: методика определения нижней границы легких. Диагностическое значение.
12. Топографическая перкуссия легких: методика определения активной подвижности нижнего края легких, диагностическое значение.
13. Основные правила аускультации легких, методика проведения, диагностическое значение.
14. Распрос больных с заболеваниями органов ССС.
15. Общий осмотр больных с заболеваниями органов ССС.
16. Пальпация области сердца. Определение верхушечного толчка.
17. Определение относительной сердечной тупости.
18. Определение абсолютной сердечной тупости.
19. Методика и техника проведения аускультации сердца.
20. Сбор мокроты для лабораторного исследования.
21. Исследование функции внешнего дыхания.
22. Техника снятия ЭКГ.

**2. Заполнение учебной истории болезни.**

Форма заполнения прилагается в библиотечном фонде кафедры и академии.

**3. Тестовые задания. (по спецификации 180 тестовых вопросов).**



1. Компонент, не участвующий в механизме образования 1 тона:
- предсердный компонент (систола предсердия)
  - мышечный компонент
  - сосудистый компонент
  - колебания возвращающихся в исходное положение клапанов аорты
  - клапанный компонент
2. Компонент, не участвующий в образовании 2 тона:
- сосудистый компонент
  - клапанный компонент
  - колебания возвращающихся в исходное положение клапанов аорты
  - открытие створчатых клапанов
  - мышечный компонент
3. Звучность первого тона определяется прежде всего:
- целостностью клапанных аппаратов сердца
  - возрастом больного
  - уровнем систолического АД
  - числом сердечных сокращений
  - полом больного
4. Головокружения и склонность к обморокам ;боль в области сердца стенокардического характера; симптом Мюссе — покачивание головы; симптомы застоя крови в малом круге кровообращения (признаки сердечной астмы);высокий и скачущий пульс; пульсация в правом подреберье в области проекции печени; Оба тона не ослабевают при:
- недостаточности митрального клапана
  - экссудативном плеврите
  - эмфизема легких
  - перикардите
  - ожирение
5. Основной симптом заболевания – боль в области сердца. Она не усиливается во время физической нагрузки, ее невозможно снять при помощи таблеток нитроглицерина. При частом глубоком дыхании боль становится сильнее. Если в сердечной сумке скапливается жидкость, то усиление болезненных ощущений также отмечается при наклонах вперед. В положении сидя больной чувствует себя лучше. Оба тона не усиливаются при:
- при перикардите
  - при тиреотоксикозе
  - при пневмосклерозе
  - в начальных стадиях гипертрофии левого желудочка
  - после физической нагрузки
6. Одышка, проявляющаяся в зависимости от стадии заболевания: на начальной стадии она проявляется исключительно при значительных физических либо моральных перегрузках, а на заключительных уже и при спокойствии; стенокардия и нарушения сердечного ритма; головокружения; потеря сознания и обмороки; быстрая физическая утомляемость. Второй тон не усиливается при:
- стенозе аортального отверстия
  - стенозе легочной артерии
  - постоянном повышении давления в большом круге кровообращения
  - физической и психоэмоциональной нагрузке из-за кратковременного повышения АД
  - повышении давления в малом круге кровообращения
7. У больного отмечают ряд симптомов, обусловленных значительной регургитацией крови в левый желудочек и колебаниями давления крови в артериальном русле, симптомов весьма демонстративных, но малоинформативных. Второй тон ослабевает при:
- недостаточности аортального клапана
  - стенозе устья аорты
  - стенозе митрального отверстия
  - повышении давления в большом круге
  - повышении давления в малом круге
8. Маятникообразный ритм, это:
- укорочение диастолической паузы и ее уравнивание с систолической паузой
  - трехчленная мелодия сердца
  - укорочение диастолической паузы и ее уравнивание с систолической паузой на фоне тахикардии и усиления 1 тона
  - появления добавочного тона открытия митрального клапана
  - раздвоение 1 тона на верхушке
9. Трехчленная мелодия сердца может выслушиваться в норме:
- у детей
  - у мужчин
  - у женщин
  - у пожилых людей
  - в молодом возрасте при непосредственной аускультации сердца
10. Ритм галопа не образуется во всех случаях из за ...тона.
- раздвоения 2
  - раздвоения 1
  - усиления 3
  - усиления 4
  - усиления 1
11. При настоящем ритме галопа различают пресистолическую и протодиастолическую формы в зависимости от того, идет ли при добавочном тоне речь об усилении предсердного тона или появлении добавочного третьего тона, физиологического для детского возраста. Ритм галопа является проявлением:
- сердечной недостаточности
  - нарушений сердечного ритма
  - нарушений внутрисердечной гемодинамики
  - нарушений проводимости
  - нарушений функции миокарда
12. Ритм галопа систолический ,при котором экстратон определяется во время систолы желудочков, обычно вскоре после первого тона; регистрируется при одновременном сокращении правого и левого желудочков. Систолический галоп развивается из – за:
- раздвоения 1 тона на верхушке
  - усиления 3 тона
  - появления тона открытия митрального клапана
  - усиления 4 тона
  - усиления 1 тона
13. Ритм галопа протодиастолический — диастолический при котором экстратон определяется в начале диастолы; обусл

овлен неодновременным захлопыванием клапанов аорты и легочного ствола. Протодиастолический галоп развивается из-за ... тона.

- A. усиление 3
- B. раздавание 1
- C. раздавание 2
- D. усиление 4
- E. усиление 4,2

14. Ритм галопа пресистолический - экстратон выслушивается перед первым тоном сердца и обусловлен сокращением предсердий; регистрируется неполной атриовентрикулярной блокаде. Пресистолический галоп развивается из-за... тона.

- A. усиление 4
- B. усиление 3
- C. раздвоение 2
- D. раздвоение 1
- E. усиления 1

15. Отличия ритма галопа от нормальной 3 – х членной мелодии сердца:

- A. ритм галопа выслушивается на фоне брадикардии
- B. ритм галопа сопровождается другими признаками поражения сердца
- C. нормальная трехчленная мелодия выслушивается у молодых при непосредственной аускультации в отсутствие патологии сердца
- D. ритм галопа всегда является патологическим
- E. ритм галопа выслушивается на фоне тахикардии

16. Ритм перепела, как его назвал В. П. Образцов, заключается в выраженной трехчленной мелодии сердца, выслушиваемой при ... у верхушки сердца. При этом третий, дополнительный, тон, аускультуемый вскоре после второго, слышится, таким образом, в начальной части диастолы — протодиастоле. Этот трехчленный ритм напоминает звук, издаваемый перепелом. Ритм перепела выявляется при:

- A. митральном стенозе
- B. аортальном стенозе
- C. аортальной недостаточности
- D. трехстворчатой недостаточности
- E. митральной недостаточности

17. Раздвоение 2 тона на верхушке обусловлено:

- A. усилением тона открытия митрального клапана при стенозе митрального отверстия
- B. усилением 3 тона
- C. блокадой одной из ножек пучка Гисса
- D. десинхронизацией деятельности правой и левой половин сердца
- E. нарушением внутри желудочковой проводимости

18. В норме у нормостеников, при аускультации области сердца выслушиваются два тона: тон I и тон II. Ритм перепела состоит из трёх тонов. Первый тон ритма перепела – это усиленный обычный тон I. Второй тон ритма перепела – это обычный тон II, акцентированный во втором межреберье левее грудины. Третий тон – это ТОМК, т.е. тон открытия митрального клапана. «Ритм перепела» не включает в себя понятия:

- A. акцент 2 тона на легочной артерии
- B. раздвоение 2 тона на верхушке

- C. усиление тона открытия митрального клапана
- D. усиление 1 тона на верхушке
- E. ослабление 1 тона на верхушке

19. В приемное отделение больницы скорой помощи обратилась пациентка 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. Акцент 2 тона на аорте выявляется при:

- A. повышение АД в большом круге кровообращения
- B. сердечной недостаточности
- C. митральном стенозе
- D. повышением АД в малом круге кровообращения
- E. анемии

20. 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: левграмма, гипертрофия левого желудочка. Раздвоение 2 тона на основании сердца наблюдается при:

- A. митральном стенозе
- B. стенозе левого венозного отверстия
- C. повышении давления в малом круге кровообращения
- D. повышении давления в большом круге кровообращения

E. у здоровых лиц в конце фазы дыхания

21. 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 артерии выявляется при:

- A. повышении давления в сосудах малого круга
- B. перикардите
- C. тахикардии
- D. повышении давления в сосудах большого круга
- E. брадикардии

22. Факторам, определяющие появление органических шумов сердца:

- A. препятствие на пути кровотока
- B. скорость кровотока
- C. вязкость крови
- D. состояние окружающих сердце органов
- E. состояние сосудов

23. Функциональный шум--это шум ,возникающий при функционировании органа. Например, при работе сердца бывает такой шум,если сердечный митральный клапан неплотно прилегает к краям. Факторы, определяющие появление функциональных шумов:

- A. скорость кровотока и вязкость крови



- В. препятствие на пути кровотока  
 С. состояние окружающих сердце органов  
 D. толщина грудной стенки  
 E. состояние сосудов
24. Для функционального шума не характерно:  
 A. практически всегда является диастолическим  
 B. не сопровождается изменениями звучности тонов  
 C. часто непостоянен  
 D. практически всегда является систолическим  
 E. чаще выслушивается на верхушке, и легочной артерии
25. Органические экстракардиальные шумы - шум трения перикарда и плевроперикардиальный шум, возникают при адгезивном и выпотном перикардите (плевроперикардите) бактериальной и вирусной этиологии, а также при перикардите у больных острым инфарктом миокарда, при острой и хронической почечной недостаточности (уремический перикардит), выраженном обезвоживании организма. К экстракардиальным шумам не относятся:
- A. шум Флинта  
 B. плевроперикардиальный шум трения  
 C. кардиопульмональный шум  
 D. шум трения перикарда  
 E. шум скорости кровотока
26. 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 не возникает при:
- A. стенозе митрального отверстия  
 B. стенозе устья легочной артерий  
 C. недостаточности митрального клапана  
 D. недостаточности 3-х створчатого клапана  
 E. стенозе устья аорты
27. У мужчины 67 лет после физической нагрузки возникли загрудинные боли, одышка. Диастолический шум не возникает при:
- A. недостаточности митрального клапана  
 B. недостаточности аортальных клапанов  
 C. стенозе 3-х створчатого отверстия  
 D. митральном стенозе  
 E. недостаточности клапана легочной артерий
28. Митральная недостаточность – самый частый вид нарушений клапанного аппарата сердца. Она выявляется у половины больных с пороками сердца, преимущественно в сочетании с митральным стенозом и с аортальными пороками – стенозами или недостаточностью клапанов аорты. Систолический шум при митральной недостаточности лучше выслушивается:
- A. в положении лежа  
 B. на высоте вдоха  
 C. при непосредственной аускультации  
 D. в положении сидя  
 E. в положение стоя
29. 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, замирания сердца, переверотов в левой половине грудной клетки. Эпицентр систолического шума при митральной недостаточности:
- A. на верхушке сердца  
 B. в т. проекции митрального клапана  
 C. на основании сердца у грудины  
 D. 3 межреберье у левого края грудины  
 E. 4 межреберье у левого края грудины
30. Диастолический шум — это звуки, выслушиваемые над областью сердца во время диастолы желудочков при ряде заболеваний сердца. Диастолический шум на ограниченном участке верхушки сердца характерен для:
- A. митрального стеноза  
 B. митральной недостаточности  
 C. дефекта межжелудочковой перегородки  
 D. перикардита  
 E. анемии
31. Пальпаторному феномену соответствует диастолической шум на верхушке при митральном стенозе:
- A. диастолическое дрожание на верхушке  
 B. разлитой верхушечный толчок  
 C. систолическое дрожание на верхушке  
 D. отрицательный верхушечный толчок  
 E. положительный верхушечный толчок
32. Больной мужчина 59 лет, поступил в больницу с жалобами на боли в области сердца, одышку. Ранее наблюдалось подозрение на митральный стеноз. Положение больного при котором лучше выслушивается диастолический шум при митральном стенозе:
- A. лежа на левом боку  
 B. на вдохе  
 C. стоя  
 D. наклонившись вперед  
 E. сидя
33. Условия аускультации диастолического шума хуже, чем систолического, так как скорость тока крови во время диастолы меньше, чем при систоле. Различают три вида диастолического шума: протодиастолический, выслушиваемый в начале диастолы, мезодиастолический, начинающийся несколько позже второго тона, и пресистолический, выслушиваемый непосредственно перед первым тоном. Диастолический шум при митральном стенозе выслушивается:
- A. только на ограниченном участке верхушки сердца  
 B. вверх вдоль левого края грудины  
 C. в левой подмышечной впадине  
 D. в межлопаточном пространстве  
 E. над всей поверхностью сердца
34. Легочная гипертензия – угрожающее патологическое состояние, обусловленное стойким повышением кровяного давления в сосудистом русле легочной артерии. С развитием легочной гипертензии появляются необъяснимая одышка, похудание, утомляемость при физической активности, сердцебиение, кашель, охриплость голоса. Относительно рано в клинике легочной гипертензии могут наблюдаться головокружение и обморочные состояния вследствие нарушения сердечного



ритма или развития острой гипоксии мозга. Более поздними проявлениями легочной гипертензии служат кровохарканье, загрудинная боль, отеки голеней и стоп, боли в области печени. Проявлением легочной гипертензии при митральном стенозе является:

- A. акцент 2 тона на легочной артерий
- B. акцент 2 тона на аорте
- C. тон открытия митрального клапана
- D. хлопающий 1 тон на верхушке
- E. усиленный 1 тон на аорте

35. 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:

- A. аортального стеноза
- B. аортальной недостаточности
- C. функциональной шум
- D. тетрадо Фалло
- E. митрального стеноза

36. Аортальный стеноз или стеноз устья аорты характеризуется сужением выносящего тракта в области полулунного клапана аорты, в связи с чем затрудняется систолическое опорожнение левого желудочка и резко возрастает градиент давления между его камерой и аортой. При аортальном стенозе эпицентром шума является:

- A. 2 т. аускультации
- B. сосуды шеи
- C. межлопаточное пространство
- D. верхушка сердца
- E. 1 т. аускультации

37. На стадии полной компенсации аортального стеноза больные длительное время не ощущают заметного дискомфорта. Первые проявления связаны с сужением устья аорты приблизительно до 50% ее просвета и характеризуются одышкой при физической нагрузке, быстрой утомляемостью, мышечной слабостью, ощущением сердцебиений.

Систолической шум при аортальном стенозе лучше всего проводится:

- A. на сосуды шеи
- B. в т. Боткина – Эрба
- C. на верхушку сердца
- D. на яремные вены
- E. в подмышечную область

38. Пальпаторным эквивалентом систолического шума над аортой является:

- A. систолическое дрожание во 2 м/р справа у грудины
- B. систолическое дрожание на верхушке
- C. систолическое дрожание по левому краю грудины
- D. систолическое дрожание на верхушке
- E. диастолическое дрожание на верхушке

39. При данной болезни больной жалуется на головокружение, частые обмороки, приступы стенокардии, одышку. Самый громкий шум наблюдается при:

- A. аортальном стенозе
- B. стенозе митрального отверстия
- C. недостаточности митрального клапана

D. недостаточности клапанов аорты

E. недостаточности 3-х створчатого клапана

40. На ФКГ систолический шум аортального стеноза имеет форму:

- A. ромбовидную
- B. нарастающую
- C. постоянную
- D. убывающе- нарастающую
- E. убывающую

41. Признак, несвойственный шуму трения перикарда:

- A. шум ослабевает после физической нагрузки
- B. шум усиливается после физической нагрузки
- C. усиливается при наклоне вперед и надавливании

стетоскопом

- D. шум усиливается во время вдоха
- E. шум не точно связан с фазами сердечной

деятельности

42. Шум, выслушиваемый в проекции абсолютной тупости сердца и усиливающийся при надавливании стетоскопом является:

- A. шумом трения перикарда
- B. шумом трения плевры
- C. плевроперикардинальным шумом трения
- D. шумом дефекта межжелудочковой перегородки
- E. систолическим шумом

43. Функциональные шумы встречаются довольно часто. Они изменяются в зависимости от возраста, положения тела и держатся довольно долгое время. Основной (наиболее стойкий) признак, отличающий функциональный шум от органического:

A. нестойкость функционального шума и стойкость органического

B. систолический характер шума

C. выраженность шума

D. выслушивание в основном в 3 т. и 1 т. аускультации

E. другие признаки поражения сердца, выявляемые одновременно с шумом

44. Фактор, не влияющий на появление функционального шума:

- A. стеноз отверстия
- B. ускорение кровотока
- C. анемия
- D. уменьшение вязкости крови
- E. состояние сосудов

45. Недостаточность клапана легочной артерии — это порок сердца, при котором происходит обратное движение крови из легочной артерии (сосуда, несущего кровь к легким) в правый желудочек во время расслабления желудочков сердца вследствие неполного смыкания его створок.

Функциональный шум относительной недостаточности клапана легочной артерии является:

- A. диастолическим
- B. систоло-диастолическим
- C. пресистолическим
- D. протодиастолическим
- E. систолическим

46. 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:

- A. шум Грэхема – Стилла
- B. шум Флинта
- C. шум Виноградова – Дюразье
- D. шумволчка
- E. тонТраубе

47. Сочетанный митральный порок сердца проявляется симптомами стеноза (сужения) левого предсердно-желудочкового отверстия (отверстия между левым предсердием и левым желудочком) и недостаточности митрального клапана (неполное закрытие двустворчатого клапана между левым предсердием и левым желудочком с появлением обратного движения крови из левого желудочка в левое предсердие во время сокращения желудочков сердце. Сочетанным пороком называется:

- A. стеноз отверстия и недостаточность клапана на одном клапанном аппарате
- B. поражение клапанного аппарата и дефект перегородки
- C. поражение клапанного аппарата и аномальное расположение аорты
- D. поражение клапанного аппарата и патологическое соустье между сосудами
- E. поражение сразу 2-х клапанных аппаратов

48. Поступил пациент с одышкой, кашлем, кровохарканьем, сердцебиением, перебоями и болью в области сердца, снижением толерантности к физической нагрузке. Комбинированным пороком называется:

- A. поражение сразу 2-х клапанных аппаратов
- B. поражение клапанного аппарата и дефект перегородки
- C. поражение клапанного аппарата и аномальное расположение аорты
- D. поражение клапанного аппарата и патологическое соустье между сосудами
- E. стеноз отверстия и недостаточность клапана на одном клапанном аппарате

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

- A. сохранностью и звучностью 1 тона на верхушке
- B. наличием мерцательной аритмии
- C. выраженностью диастолического шума на верхушке
- D. выраженностью систолического шума на верхушке
- E. степенью гипертрофии левого предсердия

50. Пушечный тон Стражеско – Василенко выявляется при:

- A. полной А-V блокаде
- B. экстрасистолии
- C. стенозе митрального отверстия
- D. стенозе трехстворчатого отверстия
- E. стенозе устья аорты

51. Пушечный тон Стражеско – Василенко это:

- A. усиленный 1 тон при А- V блокаде
- B. акцент 2 тон на аорте
- C. акцент 2 тон на легочной артерии
- D. хлопающий 1 тон при митральном стенозе

E. усиленный 1 тон при экстрасистолии

52. К причинам усиления 1 тона не относятся:

- A. аортальный стеноз
- B. митральный стеноз
- C. полная А-У блокада
- D. желудочковая экстрасистолия
- E. трехстворчатый стеноз

53. Фактор мало влияющий на появление разного пульса лучевых артериях:

- A. естественная асимметрия мускулатуры рук
- B. врожденные анатомические особенности сосудов
- C. атеросклеротические сужение подключичной артерии
- D. увеличение лимфатических узлов в области прохождения артерии
- E. митральный стеноз

54. Параметр определяющий одинаковость пульса на обеих руках:

- A. по величине пульсовой волны
- B. по форме пульсовой волны
- C. по наполнению пульса
- D. по напряженности пульса
- E. по частоте пульса

55. При ЭКГ исследовании не возможно определить:

- A. сократимость миокарда
- B. нарушение автоматизма
- C. нарушение проводимости
- D. локализацию инфаркта миокард
- E. нарушение возбудимости

56. Первое стандартное отведение ЭКГ – осуществляется наложением электродов на:

- A. оба предплечья
- B. левую руку и левую ногу
- C. правую руку и левую ногу
- D. левую руку и правую ногу
- E. правую руку и правую ногу

57. Второе стандартное отведение ЭКГ – осуществляется наложением электродов на:

- A. правую руку и левую ногу
- B. оба предплечья
- C. левую руку и правую ногу
- D. левую руку и левую ногу
- E. правую руку и правую ногу

58. Третье стандартное отведение ЭКГ – осуществляется наложением электродов на:

- A. левую руку и левую ногу
- B. оба предплечья
- C. правую руку и левую ногу
- D. левую руку и правую ногу
- E. правую руку и правую ногу

59. Стандартные ЭКГ – отведения регистрируют разность потенциалов:

- A. во фронтальной плоскости
- B. в сагитальной плоскости
- C. в горизонтальной плоскости
- D. во всех трех плоскостях
- E. ни в одной из перечисленных плоскостях

60. Грудные (Вильсоновские) отведения регистрируют разность потенциалов:





- A. в сагитальной плоскости  
 B. в горизонтальной плоскости  
 C. во всех трех плоскостях  
 D. ни в одной из перечисленных плоскостях  
 E. во фронтальной плоскости
61. Деполяризацию предсердий отражает:  
 A. зубец P  
 B. нисходящая зубец P  
 C. комплекс QRS  
 D. восходящая часть зубец P  
 E. зубец T
62. Нормальная продолжительность зубца P:  
 не превышает 0,1сек  
 A. 0,03 – 0,05 сек  
 B. 0,01 – 0,03 сек  
 C. более 0,1 сек  
 D. 0,06-0,1 сек
63. Главным критерием нормального синусового ритма является:  
 A. наличие положительного одинакового зубца P перед каждым QRS во 2 отведении  
 B. наличие (+)зубца P во всех стандартных отведениях  
 C. двухфазность P в Y1  
 D. двугорбность P  
 E. отсутствие P
64. Интервал PQ характеризует:  
 A. состояние A – Y проводимости  
 B. продолжительность возбуждения предсердия  
 C. состояние коронарного кровообращения  
 D. продолжительность электрической систолы  
 E. продолжительность возбуждения желудочков
65. Продолжительность интервала PQ в норме:  
 A. 0,16 – 0,2 сек.  
 B. 0,1 – 0,18 сек.  
 C. 0,1 – 0,12 сек.  
 D. 0,12 – 0,22 сек.  
 E. 0,2 – 0,25 сек.
66. Глубина зубца Q в норме не превышает:  
 A. 25% следующего за ним R  
 B. 1/3 зубца R  
 C. 1/2 зубца R  
 D. 3 мм  
 E. 6 мм
67. Максимальная амплитуда R...:  
 A. 5 – 20  
 B. 25  
 C. 30  
 D. 5 – 15
68. Продолжительность комплекса QRS в норме:  
 A. 0,06 – 0,10 сек  
 B. 0,1 – 0,15 сек  
 C. до 0,06 сек  
 D. 0,15 сек  
 E. до 0,05 сек
69. Процессы реполяризации в миокарде отражает зубец:  
 A. T  
 B. S  
 C. R
- D. Q  
 E. P
70. Аускультативный признак острой перегрузки правых отделов сердца:  
 A. появление выраженного акцента 11 тона на легочной артерии  
 B. резкое ослабления 1 тона на верхушке сердца  
 C. появление хлопающего 1 тона на верхушке сердца  
 D. наличие систолического и диастолического шума на верхушке сердца  
 E. резкое ослабления 1 и 11 тона
71. Нормальные величины Тошқақов (1) порции желудочного сока:  
 A. до 50 мл, общая кислотность 20 ТЕ  
 B. 50 – 100 мл, общая кислотность 15 ТЕ  
 C. 100 – 150 мл, общая кислотность 30 ТЕ  
 D. 150 – 200 мл, общая кислотность 40 ТЕ  
 E. 150 – 200 мл, общая кислотность 80 ТЕ
72. Нормальные параметры желудочной секреций после пробного завтрака:  
 A. общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ  
 B. общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ  
 C. общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль  
 D. общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ  
 E. на фоне гипоцекации, выявляется присутствие молочной кислоты
73. Состоянии гипосекреции и гипоацидности желудочного сока:  
 A. общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ  
 B. Общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль  
 C. общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ  
 D. общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ  
 E. на фоне гипоцекации, выявляется присутствие молочной кислоты
74. Состоянии гиперсекреции и гиперацидности желудочного сока:  
 A. общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ  
 B. общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ  
 C. общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ  
 D. Общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль  
 E. на фоне гипоцекации, выявляется присутствие молочной кислоты
75. Возможные изменения секреторной функции при раке желудка:  
 A. на фоне гипоцекации, выявляется присутствие молочной кислоты  
 B. общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность



- 10-20 ТЕ
- С. общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ
- Д. общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ
- Е. общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль
76. Метод, позволяющий лучше судить о моторной функции желудка:
- А. электрогастрография
- В. рентгеноскопия
- С. рентгенография
- Д. фиброгастроскопия
- Е. УЗИ
77. Метод, лучше документирующий «симптом ниши» или «дефекта наполнения» желудка:
- А. рентгенография
- В. рентгеноскопия
- С. электрогастрография
- Д. фиброгастроскопия
- Е. УЗИ
78. Метод, сочетающийся с проведением прицельной биопсии:
- А. фиброгастроскопия
- В. рентгенография
- С. электрогастрография
- Д. рентгеноскопия
- Е. УЗИ
79. Примерные параметры кишечных остатков за сутки:
- А. объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%
- В. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%
- С. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 95%
- Д. объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%
- Е. объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%
80. Примерные параметры кишечных остатков за сутки при наличии диареи:
- А. объем остатков до 600,0 гр. содержания жидкости до 95%
- В. объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%
- С. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%
- Д. объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%
- Е. объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%
81. Примерные параметры кишечных остатков за сутки при наличии запоров:
- А. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%
- В. объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%
- С. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 95%
- Д. объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%
- Е. объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%
82. Ориентировочные параметры обмена жидкости в просвете кишечника здоровых лиц:
- А. поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%
- В. поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%
- С. поступает около 12 л, всасывается около 90%
- Д. поступает до 7 л, всасывается из них до 98,0%
- Е. поступает до 10 л, всасывается из них до 98,0%
83. Возможные условия развития диареи с учетом обмена жидкости в кишечнике за сутки:
- А. поступает около 12 л, всасывается около 90%
- В. поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%
- С. поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%
- Д. поступает около 15 л, всасывается около 90%
- Е. поступает до 1 л, всасывается из них до 98,0%
84. Условия развития запоров с учетом обмена жидкости в кишечнике за сутки:
- А. поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%
- В. поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%
- С. поступает около 12 л, всасывается около 90%
- Д. поступает около 15 л, всасывается около 90%
- Е. поступает до 1 л, всасывается из них до 98,0%
85. Метод исследования, позволяющий определить кишечное пищеварение:
- А. копрограмма
- В. рентгеноскопия кишечника
- С. колонофиброскопия
- Д. определение микрофлоры кишечника
- Е. ирригоскопия кишечника
86. Метод исследования, позволяющий определить состояние прямой и сигмовидной кишок:
- А. ректоманоскопия
- В. радиотелеметрия
- С. рентгеноскопия кишечника
- Д. ирригоскопия
- Е. фиброгастроскопия
87. Перкуторные размеры печени у здоровых лиц нормостенического телосложения:
- 9 x 8 x 7 см
- 10 x 9 x 8 см
- 7 x 8 x 9 см
- 12 x 10 x 8 см
- 8 x 6 x 4 см
88. Перкуторные размеры печени при атрофическом циррозе печени:
- А. 8 x 6 x 4 см
- В. 9 x 8 x 7 см
- С. 9 x 8 x 9 см
- Д. 12 x 10 x 8 см
- Е. 10 x 9 x 8 см
89. Перкуторные размеры печени при гепатомегалиях:
- А. 15 x 12 x 10 см
- В. 9 x 8 x 7 см
- С. 7 x 8 x 9 см
- Д. 8 x 6 x 4 см
- Е. 12 x 10 x 8 см



90. Аускультация печени ценна при наличии:
- A. гемангиом печени
  - B. цирроза печени
  - C. холецистита
  - D. абсцесса печени
  - E. кист печени
91. Для определения функции печени при синтезе белка применяют:
- A. Проба Сулема ,лента Вельтман
  - B. Основная фосфатаза
  - C. Холестерин, беталиппротеид
  - D. Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
  - E. Проба Квика-Пытель
92. Для определения секреторной функции печени применяют:
- A. Основная фосфатаза
  - B. Проба Сулема ,лента Вельтман
  - C. Холестерин, беталиппротеид
  - D. Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
  - E. Проба Квика-Пытель
93. Для определения ферментной функции печени применяют:
- A. Основная фосфатаза
  - B. Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
  - C. Проба Сулема ,лента Вельтман
  - D. Холестерин, беталиппротеид
  - E. Проба Квика-Пытель
94. Для определения антитоксической функции печени применяют:
- A. Проба Квика-Пытель
  - B. Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
  - C. Основная фосфатаза
  - D. Проба Сулема ,лента Вельтман
  - E. Холестерин, беталиппротеид
95. Показатель, отражающий жирипоидную функцию печени:
- A. холестерина, беталиппротеиды
  - B. щелочная фосфатаза
  - C. сулемовая проба, лента Вельтмана
  - D. трансаминазы, альдолазы, лактатдегидрогеназы
  - E. проба с бензойнокислыми натрием (Квика – Пытеля)
96. Метод исследования печени позволяющий определить морфологические изменения в ней:
- A. пункционная биопсия
  - B. лапароскопия
  - C. УЗИ печени
  - D. радиоизотопные
  - E. обзорная рентгенограмма
97. Метод исследования печени позволяющий дать макроскопическую ее картину:
- A. лапароскопия
  - B. пункционная биопсия
  - C. УЗИ печени
  - D. радиоизотопные
  - E. обзорная рентгенограмма
98. Более информативный метод исследования печени при наличии в ней диффузных или очаговых поражений:
- A. радиоизотопные
  - B. пункционная биопсия
  - C. УЗИ печени
  - D. лапароскопия
  - E. обзорная рентгенограмма
99. Пузырная желчь при дуоденальном зондировании порция:
- A. B
  - B. A
  - C. C
  - D. A и B
  - E. B и C
100. Желчь из внутрипеченочных желчных протоков полученный при дуоденальном зондировании порция:
- A. C
  - B. B
  - C. A
  - D. A и B
  - E. B и C
101. Желчегонное средство, используемое для дуоденального зондирования:
- A. раствор сульфата магния
  - B. гистамин
  - C. холасас
  - D. раствор сернокислого бария
  - E. карловаровская соль
102. Для нефроптоза 1 степени характерно:
- A. пальпируется нижний полюс почки
  - B. пальпируется вся почка в положении стоя
  - C. пальпируется вся почка в положении лежа
  - D. почка пальпируется в любом месте брюшной полости
  - E. пальпируется верхний полюс почки
103. Для нефроптоза 2 степени характерно:
- A. пальпируется вся почка в положении стоя
  - B. пальпируется половина почки
  - C. пальпируется вся почка в положении лежа
  - D. почка пальпируется в любом месте брюшной полости
  - E. пальпируется верхний полюс почки
104. Для нефроптоза 3 степени характерно:
- A. пальпируется вся почка в положении стоя и лежа
  - B. пальпируется нижний полюс почки
  - C. почка пальпируется только при обострении патологического процесса
  - D. пальпируется половина почки
  - E. почка не ощущается
105. Степень нефроптоза определяют:
- A. при пальпации по Образцову - Стражеско
  - B. симптомом Пастернацкого
  - C. в положении лежа
  - D. в положении по Боткину
  - E. только по УЗИ почек
106. Симптом Пастернацкого определяется:
- A. методом перкуссии
  - B. методом осмотра
  - C. методом пальпации
  - D. измерениями A/D
  - E. методом аускультации
107. Симптом Пастернацкого бывает резко положительным при:
- A. паранефрите
  - B. пиелонефрите



- C. мочекаменной болезни  
D. гломерулонефрите  
E. радикулите
108. Объем суточного диуреза у здоровых лиц:  
A. около 1500 мл  
B. 600 – 800 мл  
C. 500 – 600 мл  
D. 2000 млиболее  
E. 800 – 1000 мл
109. Колебания удельного веса мочи в норме:  
A. 1005 – 1028  
B. 1025 – 1040  
C. 1000 – 1008  
D. 1005 – 1010  
E. 1000 – 1040
110. Проба Реберга используется для определения:  
A. величин клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции  
B. концентрационной функции почек  
C. размаха удельного веса мочи  
D. соотношение дневного диуреза к ночному  
E. дневного диуреза
111. Пальпацией почек не возможно определить:  
A. степень нарушения функции почек  
B. подвижность  
C. конфигурацию почек  
D. степень нефроптоза  
E. плотность
112. Почки при пальпации не выявляются при:  
A. гломерулонефрите  
B. нефроптозе 2 степени  
C. наличии больших кист  
D. пиелонефрите  
E. увеличений почек
113. Нормальные параметры пробы Аддиса – Каковского:  
A. эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000  
B. эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 3 млн, цилиндров 10000  
C. эритроцитов 500000 , лейкоцитов 4 млн  
D. эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000  
E. эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 70000
114. Данные пробы Реберга при нефритах:  
A. КФ–50 мл\ мин, Р– 99%, МД – 0,6 мл  
B. КФ–100 мл\ мин, Р– 98%, МД – 2 мл  
C. КФ–120 мл\ мин, Р– 60%, МД – 2 мл  
D. КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,  
E. КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,
115. Данные пробы Реберга при пиелонефритах:  
A. КФ–120 мл\ мин, Р – 60%, МД – 2 мл  
B. КФ–100 мл\ мин, Р – 98%, МД– 2 мл  
C. КФ–50 мл\ мин, Р–99%, МД – 0,6 мл  
D. КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,  
E. КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,
116. Для проведения пробы Нечипоренко моча берется:  
A. средняя порция мочи  
B. за полсуток  
C. вся порция разовой мочи  
D. за сутки  
E. последняя порция мочи
117. Изменение пробы Аддиса – Каковского при нефритах:  
A. эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн  
B. эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000  
C. эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн  
D. эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000  
E. эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн
118. Изменения пробы Аддиса – Каковского при пиелонефритах:  
A. эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн  
B. эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000  
C. эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000  
D. эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн  
E. эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн
119. Правильные определения цветного показателя:  
A. степень насыщения эритроцитов гемоглобином  
B. увеличение или уменьшения уровня гемоглобина  
C. увеличение или уменьшения лейкоцитов  
D. увеличение или уменьшения эритроцитов  
E. увеличение эритроцитов, снижение уровня гемоглобина
120. Размеры селезенки по Курлову:  
A. -8 смх 4-6 см  
B. 3-5 смх 2-4 см  
C. 4-6 смх 2-4 см  
D. 8-10 ммх 6-8мм6  
E. 10-12 мм х 8-10мм
121. Величина СОЭ у здоровых лиц мм/час:  
A. 5-15  
B. 1-5  
C. 5-20  
D. 1-20  
E. более 20
122. Содержание эритроцитов в норме эритроцитов у женщин:  
A. 3,4 – 5,0 x 10<sup>12</sup> \л  
B. 1,0 – 3,0 x 10<sup>12</sup> \л  
C. 2,0 – 5,0 x 10<sup>12</sup> \л  
D. 1,0 – 2,5 x 10<sup>12</sup> \л  
E. 2,5 – 5,5 x 10<sup>12</sup> \л
123. Содержание эритроцитов в норме у мужчин:  
A. 4,0 – 5,6 x 10<sup>12</sup> \л  
B. 3,0 – 4,8 x 10<sup>12</sup> \л  
C. 1,0 – 3,0 x 10<sup>12</sup> \л  
D. 1,0 – 2,5 x 10<sup>12</sup> \л  
E. 2,5 – 5,5 x 10<sup>12</sup> \л
124. Количество лейкоцитов в норме:  
A. 3,2 – 11,3 x 10<sup>9</sup> \л  
B. 3,0 – 5,0 x 10<sup>9</sup> \л  
C. 3,0 – 10,0 x 10<sup>9</sup> \л  
D. 2,0 – 9,0 x 10<sup>9</sup> \л  
E. 1,0 – 8,0 x 10<sup>9</sup> \л
125. Количество тромбоцитов в норме:



- A. 180 – 320 x 10<sup>9</sup> \л  
 B. 50,0 – 180,0 x 10<sup>9</sup> \л  
 C. 250,0 – 400,0 x 10<sup>9</sup> \л  
 D. 350,0 – 450,0 x 10<sup>9</sup> \л  
 E. 150,0 – 200 x 10<sup>9</sup> \л
126. Увеличение количества тромбоцитов это:  
 A. тромбоцитоз  
 B. тромбопатия  
 C. тромбопения  
 D. трмбоэмболия  
 E. тромбоцитопеническая пурпура
127. «Тромбоцитопения» это:  
 A. уменьшение количества тромбоцитов  
 B. гипофункция тромбоцитов  
 C. увеличение количества тромбоцитов  
 D. гиперфункция тромбоцитов  
 E. уменьшение количества тромбоцитов и эритроцитов
128. Повышенное количество лейкоцитов:  
 A. лейкоцитоз  
 B. лейкопения  
 C. цитопения  
 D. панцитопения  
 E. цитопения, лейкоплакия
129. Понижение содержания лейкоцитов:  
 A. лейкопения  
 B. лейкоцитоз  
 C. цитопения  
 D. панцитопения  
 E. цитопения, лейкоплакия
130. Показатели, которые не относятся к общеклиническому исследованию крови:  
 A. количество белка в крови  
 B. содержание гемоглобина  
 C. количество тромбоцитов  
 D. количество лейкоцитов  
 E. количество эритроцитов в крови
131. Увеличение количества эритроцитов в крови:  
 A. эритроцитоз  
 B. анизоцитоз  
 C. пойкилоцитоз  
 D. макроцитоз  
 E. микроцитоз
132. Распространенные способы пальпации щитовидной железы:  
 A. 3 способа  
 B. 1 способа  
 C. 4 способа  
 D. 2 способа  
 E. не пальпируется
133. При зобе перкуссия над рукояткой отмечает:  
 A. укорочение перкуторного звука  
 B. ослабление перкуторного звука  
 C. притупление перкуторного звука  
 D. тупой перкуторный звук  
 E. ясный перкуторный звук
134. К эндокринным заболеваниям поджелудочной железы относятся:  
 A. сахарный диабет  
 B. Иценко-Кушинга  
 C. гипотиреоз, гипертиреоз  
 D. хронический панкреатит  
 E. ожирения
135. Какова ежедневная потребность человека в йоде:  
 A. 100 мкг  
 B. 50 мкг  
 C. 150 мкг  
 D. 250 мкг  
 E. 1000 мкг
136. Железы, не относящиеся к эндокринной системе:  
 A. железы желудка и кишечника  
 B. щитовидная железа  
 C. гипофиз  
 D. железы половых органов  
 E. поджелудочная железа
137. Эндокринными железами вырабатываются:  
 A. гормоны  
 B. холинолитики  
 C. симпатолитики  
 D. бета – блокаторы  
 E. ингибиторы АПФ
138. Секрети эндокринных желез выделяются в:  
 A. кровь и лимфу  
 B. желчь  
 C. желудок  
 D. поджелудочную железу  
 E. потовые железы
139. Дисбаланс жирового обмена:  
 A. болезнь Иценко-Кушинга  
 B. гипофункция половых желез  
 C. болезнь Симондса  
 D. злоупотребление продуктов богатых жирам  
 E. дистрофия генитальных органов
140. Щитовидная железа вырабатывает:  
 A. Т<sub>3</sub>Т<sub>4</sub>ТТГ  
 B. ферменты  
 C. 17-ОКСД7-КС  
 D. инсулин  
 E. АКТГ
141. Поджелудочная железа вырабатывает:  
 A. инсулин  
 B. АКТГ  
 C. ферменты  
 D. 17-ОКСД7-КС  
 E. Т<sub>3</sub>Т<sub>4</sub>ТТГ
142. Инсулин стимулирует депонирование углеводов в форме:  
 A. глюкозы  
 B. лактозы  
 C. гликогена  
 D. сахарозы  
 E. глюкозаминогликанов
143. К механизму действия инсулина не относится:  
 A. усиление образования жирных кислот  
 B. усиление утилизации глюкозы  
 C. усиление образования гликогенов  
 D. усиление утилизации аминокислот  
 E. усиление сиятеза белка
144. Искривление позвоночника выпуклостью назад



называется:

- A. кифозом
- B. сколиозом
- C. кифосколиозом
- D. горбом
- E. лордозом

145. Искривление позвоночника в боковую сторону

называется:

- A. сколиозом
- B. лордозом
- C. кифосколиозом
- D. горбом
- E. кифозом

146. Искривление позвоночника выпуклостью вперед

называется:

- A. лордозом
- B. сколиозом
- C. кифозом
- D. кифосколиозом
- E. правильный ответ не приведен

147. Кифосколиозом называется искривление

позвоночника:

- A. в боковую сторону и назад
- B. в боковую сторону
- C. назад
- D. в боковую сторону и вперед
- E. вперед

148. 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 haluxvalgus. Ваш предварительный диагноз:

- A. Ревматоидный артрит
- B. Болезнь Бехтерева
- C. Ревматический артрит
- D. Хондроматоз суставов
- E. Подагра

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

- A. Повышение тиростимулирующих иммуноглобулинов
- B. Повышение секреции катехоламинов
- C. Повышение секреции тиреотропного гормона
- D. Повышение секреции тиротропин-релизинг-гормона
- E. Гиперчувствительность тканей к гормонам

щитовидной железы

150. 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:

- A. Сахарный диабет 2 типа
- B. Ожирение
- C. Сахарный диабет 1 типа
- D. Нарушение гликемии натощак
- E. Нарушение толерантности к глюкозе

151. 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. Назовите метод исследования, который наиболее информативен:

- A. Определение уровня Т<sub>3</sub> и Т<sub>4</sub>
- B. ЭКГ
- C. Бакпосев крови
- D. КТ органов средостения
- E. Суточное мониторирование АД

152. Колебание относительной плотности мочи 1010-1012 в пробе Зимницкого – это

- A. гипоизостенурия
- C. никтурия
- D. полиурия
- E. протеинурия
- F. поллакурия

153. Рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей – это

- A. экскреторная урография
- B. ирригоскопия
- C. томография
- D. хромоцистоскопия
- E. колоноскопия

154. Температура воды горячей ванны составляет (в градусах Цельсия)

- A. 40-42
- B. 34-36
- C. 37-39
- D. 50-60
- E. 45-49

155. Приступ сильной боли с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область наблюдается при

- A. мочекаменной болезни
- B. гломерулонефрите
- C. пиелонефрите
- D. цистите
- E. амилоидозе почек

156. При остром пиелонефрите рекомендуется суточное употребление жидкости (в мл)

- A. 2500
- B. 500
- C. 1000
- D. 1500
- E. 750

157. Больной выделил днем мочи 700 мл, а ночью 1200. Какое отклонение от нормы имеется?

- A. никтурия
- B. дизурия
- C. поллакиурия
- D. полиурия
- E. олигурия

158. Признаком перфорации язвы является:

- A. Ригидность передней брюшной стенки
- B. Рвота
- C. Изжога
- D. Лихорадка
- E. Гиперперистальтика

159. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы относятся:

- A. рефлюкс в пищевод



- В. растяжение грыжевого мешка  
 С. нарушения проходимости комка пищи  
 D. спазм пищевода  
 E. сдавливание сосудов
159. Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является:  
 A. высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)  
 B. коллапс  
 C. боль опоясывающего характера  
 D. гипергликемия  
 E. стеаторея
160. Нормальная активность амилазы в сыворотке крови составляет:  
 A. 12-32 мг/мл  
 B. 2-8 мг/мл  
 C. 0 мг/мл  
 D. 4 мг/мл  
 E. 8 мг/мл
161. Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:  
 A. высокое содержание глюкозы в крови и моче  
 B. желтуха  
 C. частые потери сознания  
 D. увеличение печени  
 E. креаторея, стеаторея
162. Наиболее информативный метод в диагностике калькулезного холецистита  
 A. УЗИ желчного пузыря  
 B. холецистография  
 C. дуоденальное зондирование  
 D. общий анализ крови  
 E. биохимический анализ крови: повышение билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы
163. 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. Патология, о которой идет речь?  
 A. панкреатит  
 B. гастрит  
 C. язвенная болезнь желудка  
 D. холецистит  
 E. гепатит
164. Больную повышенного питания беспокоит тошнота и горечь во рту.  
 Заболевание, о котором идем речь:  
 A. холецистит  
 B. эзофагит  
 C. гастрит  
 D. язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки  
 E. панкреатит.
165. 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:  
 A. хронический гепатит  
 B. острый вирусный гепатит
- С. цирроз печени  
 D. рак печени  
 E. синдром Жильбера
166. Для диагностики вирусного гепатита В решающее значение имеет:  
 A. серологическая диагностика маркеров вирусов  
 B. выявление степени мезенхимально-клеточного воспаления  
 C. выявление синдрома цитолиза  
 D. УЗИ исследование печени  
 E. выявление синдрома холестаза
167. 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. Наиболее подозреваемая патология:  
 A. ГЭРБ  
 B. кандидозный фарингит  
 C. ИБС, стенокардия напряжения  
 D. стеноз гортани  
 E. язвенная болезнь желудка
168. 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  $12 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ-18 мм/ч. Заболевание, о котором следует думать:  
 A. хронический панкреатит  
 B. хронический холецистит  
 C. язвенная болезнь желудка  
 D. хронический гастрит, тип В  
 E. ГЭРБ
169. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период обострения появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту, принятой накануне пищей. Наиболее вероятное осложнение у больного:  
 A. стенозирование  
 B. пенетрация  
 C. перфорация  
 D. кровотечение  
 E. малигнизация.
170. 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:  
 A. инфекционная диарея  
 B. неинфекционная диарея  
 C. неспецифический язвенный колит  
 D. болезнь Крона  
 E. дивертикулез тонкого кишечника
171. У больного после приема алкоголя появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови. Ваш диагноз:  
 A. синдром Меллори-Вейса  
 B. кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;  
 C. острый панкреатит  
 D. язвенная болезнь желудка



- Е. болезнь Крона
172. Наиболее частая причина развития желтухи у пожилых
- А. опухоль панкреато – дуоденальной зоны  
 В. дискинезия желчных путей  
 С. хронический активный гепатит  
 D. описторхоз  
 E. цирроз печени
173. Укажите симптомы, характерные для нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы:
- А. снижение массы тела, креаторея, стеаторея  
 В. сухость кожных покровов  
 С. гипергликемия  
 D. расширение вен передней брюшной стенки  
 E. почечно-печеночная недостаточность
174. 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 пациент в стационарном лечении:
- А. Да, потому что у больного впервые выявленная язва 12-ти перстной кишки  
 В. Да, потому что у больного впервые выявленная язва желудка  
 С. Да, потому что у больного выраженный астеновегетативный синдром  
 D. Нет, потому что у больного нет осложнения язвенной болезни  
 E. Да, потому что больному в стационаре проводится эндоскопическое исследование
175. 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:
- А. Фиброгастродуоденоскопия  
 В. Электрокардиография  
 С. Сигмоидоскопия  
 D. Консультация невропатолога  
 E. Клинический анализ крови
176. Симптомы: кратковременная потеря сознания на фоне тахикардии, отсутствие дыхания, пульса давления, бледность кожи, судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, быстрое самостоятельное восстановление исходного самочувствия соответствует диагнозу
- А. приступ Морганьи-Эдамса-Стокса  
 В. гипергликемическое состояние  
 С. фибрилляция желудочков  
 D. эпилептический статус  
 E. ортостатический коллапс
177. Пациенту 40 лет с АГ I степени целесообразно начать обследование
- А. УЗИ почек и сердца  
 В. анализа мочи по Зимницкому  
 С. сцинтиграфии почек
- D. урографии  
 E. ангиографии почек
178. Наиболее информативный метод диагностики вазоренальной артериальной гипертензии:
- А. почечная артериография  
 В. УЗИ почечсцинтиграфия почек  
 С. сцинтиграфия почек  
 D. УЗИ почечных артерий  
 E. рентгенологические исследования почек
179. Наиболее достоверными ЭКГ-критериями инфаркта миокарда являются:
- А. появление зубцов Q шириной более 30 мс и глубиной более 2 мм в двух отведениях и более  
 В. элевация сегмента ST  
 С. депрессия сегмента ST  
 D. появление подъема или депрессии сегмента ST более 1 мм через 20 мс от точки J в двух смежных отведениях;  
 E. депрессия сегмента ST
180. Неблагоприятным признакам нестабильной стенокардии является...
- А. депрессия сегмента ST менее 1 мм  
 В. длительность ангинозного приступа более 20 мин  
 С. депрессия сегмента ST более 1 мм  
 D. нестабильная гемодинамика (низкое АД, лабильный пульс)  
 E. повышение содержания МВ-фракции КФК
181. Оптимальная концентрация холестерина в крови:
- А. 5 ммоль/л  
 В. 6 ммоль/л  
 С. 7 ммоль/л  
 D. 6,5 ммоль/л  
 E. 9-5,5 ммоль/л
182. ЭКГ критерий положительной пробы с физической нагрузкой:
- А. горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм и продолжительностью более 80 мс  
 В. горизонтальная депрессия сегмента ST более 0,5 мм  
 С. косоводящая депрессия сегмента ST  
 D. косонисходящая депрессия сегмента ST  
 E. горизонтальная депрессия сегмента ST менее 0,5 мм
183. Наиболее информативные методы диагностики атеросклероза венечных артерий:
- А. ангиография  
 В. ЭКГ  
 С. эхокардиографию  
 D. стресс-эхокардиографию  
 E. ЭКГ-мониторирование
184. 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. Метод, необходимый для диагностики:
- А. электрокардиография  
 В. радиоизотопное сканирование сердца  
 С. коронарография  
 D. эхокардиография  
 E. рентгенологическое исследование грудной клетки





185. Порок, для которого характерна аускультативная картина: 1 тон на верхушке ослаблен, сразу за ним следует систолический шум, занимающий всю систолу, по характеру - дующий, по интенсивности - убывающий, проводящийся в подмышечную область:

недостаточность митрального клапана

стеноз митрального отверстия

стеноз устья аорты

стеноз устья легочной артерии

недостаточность трикуспидального клапана.

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

A. Митральная недостаточность

B. Митральный стеноз

C. Аортальный стеноз

D. Аортальная недостаточность

E. Стеноз трикуспидального клапана

187. 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:

A. Повышение кардиоспецифических ферментов

B. Общий анализ крови

C. Повышение холестерина, триглицеридов

D. Тест с физической нагрузкой

E. ЭхоКГ

188. 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?

A. Нет, необходимо назначить срочное ЭКГ исследование

B. Да, возникшие боли не предвещают опасности для состояния больного

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

D. Нет, необходимо назначить лечение анальгетиками

E. Нет, необходимо направить больного на плановое лечение

189. Наиболее типичная локализация болей при ИБС:

A. за грудиной

B. в области верхушки сердца

C. в области правого подреберья

D. в левой половине грудной клетки

E. в правой половине грудной клетки

190. Нитроглицерином купируется боль при:

A. приступе стенокардии

B. инфаркте миокарда

C. перикардите

D. миокардите

E. кардионеврозе

191. Аускультативный признак острой перегрузки правых отделов сердца:

A. появление хлопающего I тона на верхушке сердца

B. появление выраженного акцента I тона на легочной артерии

C. резкое ослабление I тона на верхушке сердца

D. наличие систолического и диастолического шума на верхушке сердца

E. резкое ослабление I и II тона

192. Положение ортопноэ при сердечной астме больной принимает для уменьшения:

A. одышки, т.к. кровь задерживается в нижних конечностях

B. болей

C. сердцебиения

D. бронхоспазма

кашля

193. Цианоз при заболеваниях сердечно – сосудистой системы чаще носит характер:

A. периферического

B. смешанного

C. местного

D. центрального

E. общего

194. Периферические отеки у сердечного больного обусловлены:

A. правожелудочковой сердечной недостаточностью+

B. портальной гипертензией

C. левожелудочковой сердечной недостаточностью

D. венозной недостаточностью

E. тотальной (лево и правожелудочковой сердечной

недостаточностью)

195. К признакам застоя в малом круге кровообращения не относится:

A. гидроторакс

B. одышка

C. приступы, сердечной астмы

D. кашель в горизонтальном положении

E. кровохарканье

196. Признак, не относящийся к застою в большом круге кровообращения:

A. отек легких

B. гидроперикард

C. отеки на ногах

D. гидроторакс

E. асцит

197. Верхушечный толчок располагается в норме:

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

B. по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье

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

D. в 5 межреберье по левой парастернальной линии

E. на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии



198. Видимое на глаз смещение верхушечного толчка влево и вниз не обусловлено :
- левостороний гидроторакс
  - гипертрофией правого желудочка
  - правостороний гидроторакс
  - правостороний пневмоторакс
  - гипертрофией левого желудочка
199. Симптом Мюссе объясняется теми же причинами, что и...
- пляска кародит
  - набухание шейных вен
  - отрицательный венный пульс
  - воротник Стокса
  - положительный венный пульс
200. Диастолическое дрожание на верхушке обусловлено:
- митральным стенозом
  - аортальной недостаточностью
  - аортальным стенозом
  - трехстворчатой недостаточностью
  - митральной недостаточностью
201. При аортальном стенозе определяется:
- систолическое дрожание на верхушке
  - диастолическое дрожание на верхушке
  - диастолическое дрожание на аорте (во 2 точке аускультации)
  - систолическое дрожание на аорте
  - систолическое дрожание в 3 – 4 межреберье у левого края грудины
202. Больной 48 лет, служащий. Жалуется на легкую утомляемость, пониженный аппетит, тяжесть в подложечной области после еды, отрыжку, вздутие и урчание в животе, неустойчивый стул, возникновение головокружения, резкой слабости, сердцебиение, чувство жара и усиленное потоотделение через 10-15 минут после приема пищи, особенно молочной и жирной. Это ухудшение самочувствия длится 15-20 минут. Горизонтальное положение и, особенно, сон приносят облегчение. «Брюшная жаба» это ...
- приступ боли в животе на высоте пищеварения, купирующийся нитроглицерином
  - метеоризм
  - диспепсические расстройства
  - диарея
  - чувство скованности суставов по утрам
203. Отдел образующий правую границу относительной тупости сердца:
- правое предсердие
  - правым желудочком
  - левым предсердием
  - левым желудочком
  - правым предсердием и желудочком
204. Отдел образующий левую границу относительной тупости сердца:
- левый желудочок
  - правым желудочком
  - левым предсердием
  - правым предсердием
  - левым предсердием и желудочком
205. Отдел образующий верхнюю границу сердца:
- левое предсердие
  - правым желудочком
  - правым предсердием
  - левым желудочком
  - левым предсердием и желудочком
206. Больной Павел 31 год обратился к врачу терапевту. При осмотре поверхностной пальпации не определяется состояние:
- лимфоузлов
  - органов брюшной полости
  - мышц, костей, суставов
  - придатков кожи
  - кожи и подкожной клетчатки
207. При митральной конфигурации не наблюдается:
- талия сердца
  - сглаженная талия сердца
  - увеличенное левое предсердие
  - увеличенный левый желудочек
  - увеличенный правый желудочек
208. При аортальной конфигурации не наблюдается:
- сглаженной талии сердца
  - выраженной талии сердца
  - резко расширенной полости левого желудочка
  - сердца приобретает форму «сидячей утки»
  - сердце приобретает форму «башмака»
209. Границы сердца не смещаются в сторону поражения при :
- экссудативном плеврите
  - пневмосклерозе
  - пульмонэктомии
  - опухоли легкого
  - обтурационном ателектазе
210. 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
211. Рентгенологический признак, нехарактерный 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
212. Фиолетовая гиперемия щек (facies mitralis) характерна при:
- митральном стенозе
  - трехстворчатом стенозе
  - стенозе устья легочной артерии
  - стенозе устья аорты
  - дефекте межпредсердной перегородки
213. Митральный стеноз практически всегда бывает следствием...
- ревматизма
  - атеросклероза
  - системной красной волчанки



- D. врожденной аномалии развития  
E. бактериального эндокардита
214. Ощущение пульсации во всем теле у больного с аортальной недостаточностью объясняется:  
A. высоким пульсовым давлением  
B. высоким периферическим сопротивлением сосудов  
C. нарушением микроциркуляции  
D. высоким систолическим давлением  
E. низким диастолическим давлением
215. При внешних признаках высокого пульсового давления не выявляется:  
A. пульсация прекардиальной области  
B. пульсация зрачка, мягкого неба  
C. пляска каротид  
D. симптом Мюссе  
E. высокий и скорый пульса
216. Пациентка В., 76 лет жалуется на одышку, возникающая при нагрузке физического характера; сердцебиение; быстрая утомляемость; сердечная боль; слабость. Основная аускультативная картина аортальной недостаточности выслушивается:  
A. во 2 межреберье справа у края грудины, в точке Боткина – Эрба  
B. на верхушке сердца  
C. в 4 точке аускультации  
D. на основании мечевидного отростка  
E. на легочной артерии
217. В больницу поступил больной с жалобами на боли в области пищевода. Наиболее серьезная по прогнозу жалоба больных с заболеваниями пищевода:  
A. дисфагия  
B. рвота  
C. боль  
D. слюнотечение  
E. изжога
218. Различают непосредственную и посредственную перкуссию. Непосредственная производится нанесением удара по грудной стенке, а посредственная состоит в том, что перкуторный удар наносится по плессиметру. Основные параметры перкуторного звука:  
A. сила  
B. высота  
C. локализация  
D. иррадиация  
E. продолжительность
219. В больницу поступила женщина 25 лет, с жалобами на отрыжки, боли в области пищевода. Дисфагия чаще устанавливаемая по анамнезу в прошлом:  
A. рубцовые стенозы пищевода  
B. новообразование пищевода  
C. дивертикул пищевода  
D. хронический атрофический эзофагит  
E. ценность анамнестических данных равнозначна
220. К правилам общего осмотра не относится:  
A. осмотр проводится на расстоянии 2-3 метров, больного полностью раздевают  
B. освещение должно быть сбоку и спереди  
C. отсутствие постороннего шума
- D. осмотр больного проводится по возможности в дневное время  
E. осмотр проводится в определенной последовательности
221. 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 не возникает при:  
A. стенозе митрального отверстия  
B. стенозе устья легочной артерий  
C. недостаточности митрального клапана  
D. недостаточности 3-х створчатого клапана  
E. стенозе устья аорты
222. У мужчины 67 лет после физической нагрузки возникли загрудинные боли, одышка. Диастолический шум не возникает при:  
A. недостаточности митрального клапана  
B. недостаточности аортальных клапанов  
C. стенозе 3-х створчатого отверстия  
D. митральном стенозе  
E. недостаточности клапана легочной артерий
223. Митральная недостаточность – самый частый вид нарушений клапанного аппарата сердца. Она выявляется у половины больных с пороками сердца, преимущественно в сочетании с митральным стенозом и с аортальными пороками – стенозами или недостаточностью клапанов аорты. Систолический шум при митральной недостаточности лучше выслушивается:  
A. в положении лежа  
B. на высоте вдоха  
C. при непосредственной аускультации  
D. в положении сидя  
E. в положение стоя
224. 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, замирания сердца, переверотов в левой половине грудной клетки. Эпицентр систолического шума при митральной недостаточности:  
A. на верхушке сердца  
B. в т. проекции митрального клапана  
C. на основании сердца у грудины  
D. 3 межреберье у левого края грудины  
E. 4 межреберье у левого края грудины
225. Диастолический шум — это звуки, выслушиваемые над областью сердца во время диастолы желудочков при ряде заболеваний сердца. Диастолический шум на ограниченном участке верхушки сердца характерен для:  
A. митрального стеноза  
B. митральной недостаточности  
C. дефекта межжелудочковой перегородки  
D. перикардита  
E. анемии
226. 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. Патология, с указанными симптомами:

- A. Острая левожелудочковая недостаточность
- B. Приступ бронхиальной астмы
- C. Тромбоэмболия легочной артерии
- D. Спонтанный пневмоторакс
- E. Инфарктная пневмония

227. Оценку 1 тону дают на основании его звучности:

- A. в 1 и 4 точках аускультации
- B. во 2 и 3 точках аускультации
- C. 1 и 2 точках аускультации
- D. в 1, 2, 3, 4 точках аускультации
- E. в 5 точке аускультации

228. 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:

- A. напряженный и полный
- B. быстрый и высокий
- C. дикротический
- D. мягкий и полный
- E. альтернирующий

229. Субъективный метод исследования больных:

- A. расспрос
- B. осмотр
- C. пальпация
- D. перкуссия
- E. аускультация

230. Фактор, имеющий наименьшее значение при сборе анамнеза жизни больного:

- A. погодные условия предрасположенность
- B. перенесенные заболевания
- C. семейное положение и наследственная
- D. вредные привычки
- E. условия труда и быта

231. Для функционального шума не характерно:

- A. практически всегда является диастолическим
- B. не сопровождается изменениями звучности тонов
- C. часто непостоянен
- D. практически всегда является систолическим
- E. чаще выслушивается на верхушке, и легочной

артерии

232. Третий тон образуется:

- A. в диастолу в фазе быстрого пассивного наполнения желудочков и колебания их стенок
- B. в систолу предсердия
- C. в диастолу желудочков во время гемодинамического удара в закрывшиеся полулунные клапаны
- D. в диастолу желудочков из-за усиления звуковых колебаний открывающегося митрального клапана
- E. в систолу желудочков

233. Проекция клапана легочной артерии на переднюю грудную стенку:

- A. во втором межреберье слева у грудины
- B. на середине грудины на уровне 3 ребер
- C. на грудины посередине мест прикрепления хрящей 3 ребра слева и 5 ребра справа
- D. 2 межреберье справа
- E. место прикрепления к грудины хряща 3 ребра

234. Место аускультации 3-х створчатого клапана:

- A. у основания мечевидного отростка справа
- B. у верхушки сердца
- C. на середине грудины на уровне 3 ребер
- D. во 2-ом межреберье справа у края грудины
- E. во 2-ом межреберье слева у края грудины

235. Расположение точки Боткина – Эрба:

- A. между 3 и 4 ребра слева у края грудины
- B. во 2-ом межреберье у правого края грудины
- C. во 2-ом межреберье у левого края грудины
- D. у основания мечевидного отростка
- E. у верхушки сердца

236. В больницу поступил ребенок 10 лет с сильным кровотечением из носа. Причина носового кровотечения:

- A. повышение системного артериального давления
- B. повышения давления в системе воротной вены
- C. повышения давления в системе нижней полой вены
- D. снижение синтеза печенью факторов свертывания крови
- E. сочетание вышеуказанных причин

237. Точка Боткина – Эрба является дополнительной точкой аускультации:

- A. аортального клапана
- B. митрального клапана
- C. 3-х створчатого клапана
- D. клапана легочной артерии
- E. аортальный и митральный

238. Оценку 1 тону дают на основании его звучности:

- A. в 1 и 4 точках аускультации
- B. во 2 и 3 точках аускультации
- C. 1 и 2 точках аускультации
- D. в 1, 2, 3, 4 точках аускультации
- E. в 5 точке аускультации

239. Оценку 2 тону дают на основании его звучности:

- A. во 2 и 3 точке аускультации
- B. во 1, 2, 3, 4 точках аускультации
- C. в 1 и 4 точке аускультации
- D. в 5 точке аускультации
- E. в 1 и 2 точках аускультации

240. Различают непосредственную и посредственную перкуссию. Непосредственная производится нанесением удара по грудной стенке, а посредственная состоит в том, что перкуторный удар наносится по плессиметру. Наиболее распространенной является перкуссия:

- A. пальце-пальцевая
- B. инструментальная
- C. непосредственная
- D. комбинированная
- E. пальце-пальцевая, инструментальная

241. Для какого порока характерен хлопающий I тон, диастолический шум, в особенности пресистолический

- A. митрального стеноза
- B. митральной недостаточности



- С. трикуспидального стеноза  
 D. аортальной недостаточности  
 E. аортального стеноза
242. Для какого порока чаще характерно выявление грубого систолического шума во II межреберье справа у грудины
- A. аортального стеноза  
 B. стеноза легочной артерии  
 C. дефекта межпредсердной перегородки  
 D. дефекта межжелудочковой перегородки  
 E. митральной недостаточности
243. Систолическое “кошачье мурлыканье” во II межреберье справа встречается при:
- A. Стенозе устья аорты  
 B. Недостаточности аортального клапана  
 C. Митрального стеноза  
 D. Митральной недостаточности  
 E. Коарктация аорты
244. Грудной жабой называется приступ ...
- A. стенокардии  
 B. удушья  
 C. сердцебиения  
 D. кашля  
 E. боли в животе
245. Боль при инфаркте миокарда отличается от боли при стенокардии:
- A. продолжительностью и интенсивностью  
 B. локализацией  
 C. характером  
 D. механизмом возникновения  
 E. иррадиацией
246. Для приступа стенокардии не характерны боли:
- A. колющие  
 B. кинжальные  
 C. давящие  
 D. жгучие  
 E. сжимающие
247. Вынужденное замирание во время ходьбы, физической нагрузки характерно для приступа:
- A. стенокардии  
 B. сердечной астмы  
 C. желчных колик  
 D. бронхиальной астмы  
 E. почечной колики
248. Факторам, определяющие появление органических шумов сердца:
- A. препятствие на пути кровотока  
 B. скорость кровотока  
 C. вязкость крови  
 D. состояние окружающих сердце органов  
 E. состояние сосудов
249. Факторы, определяющие появление функциональных шумов:
- A. скорость кровотока и вязкость крови  
 B. препятствие на пути кровотока  
 C. состояние окружающих сердце органов  
 D. толщина грудной стенки  
 E. состояние сосудов
250. Для функционального шума не характерно:
- A. практически всегда является диастолическим
- B. не сопровождается изменениями звучности тонов  
 C. часто непостоянен  
 D. практически всегда является систолическим  
 E. чаще выслушивается на верхушке, и легочной артерии
251. К экстракардиальным шумам не относятся:
- A. шум Флинта  
 B. плевроперикардиальный шум трения  
 C. кардиопульмональный шум  
 D. шум трения перикарда  
 E. шум скорости кровотока
252. Систолический шум не возникает при:
- A. стенозе митрального отверстия  
 B. стенозе устья легочной артерий  
 C. недостаточности митрального клапана  
 D. недостаточности 3-х створчатого клапана  
 E. стенозе устья аорты
253. Диастолический шум не возникает при:
- A. недостаточности митрального клапана  
 B. недостаточности аортальных клапанов  
 C. стенозе 3-х створчатого отверстия  
 D. митральном стенозе  
 E. недостаточности клапана легочной артерий
254. Систолический шум при митральной недостаточности лучше выслушивается:
- A. в положении лежа  
 B. на высоте вдоха  
 C. при непосредственной аускультации  
 D. в положении сидя  
 E. в положение стоя
255. Эпицентр систолического шума при митральной недостаточности:
- A. на верхушке сердца  
 B. в т. проекции митрального клапана  
 C. на основании сердца у грудины  
 D. 3 межреберье у левого края грудины  
 E. 4 межреберье у левого края грудины
256. Диастолический шум на ограниченном участке верхушки сердца характерен для:
- A. митрального стеноза  
 B. митральной недостаточности  
 C. дефекта межжелудочковой перегородки  
 D. перикардита  
 E. анемии
257. Положение больного при котором лучше выслушивается диастолический шум при митральном стенозе:
- A. лежа на левом боку  
 B. на вдохе  
 C. стоя  
 D. наклонившись вперед  
 E. сидя
258. Диастолический шум при митральном стенозе выслушивается:
- A. только на ограниченном участке верхушки сердца  
 B. вверх вдоль левого края грудины  
 C. в левой подмышечной впадине  
 D. в межлопаточном пространстве  
 E. над всей поверхностью сердца



259. Метод, позволяющий лучше судить о моторной функции желудка:

- A. электрогастрография
- B. рентгеноскопия
- C. рентгенография
- D. фиброгастроскопия
- E. УЗИ

260. Метод, позволяющий лучше судить о состоянии слизистой оболочки желудка:

- A. фиброгастроскопия
- B. электрогастрография
- C. рентгенография
- D. рентгеноскопия
- E. УЗИ

261. Метод, лучше документирующий «симптом ниши» или «дефекта наполнения» желудка:

- A. рентгенография
- B. рентгеноскопия
- C. электрогастрография
- D. фиброгастроскопия
- E. УЗИ

262. Метод, сочетающийся с проведением прицельной биопсии:

- A. фиброгастроскопия
- B. рентгенография
- C. электрогастрография
- D. рентгеноскопия
- E. УЗИ

263. Примерные параметры кишечных остатков за сутки:

- A. объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%
- B. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%
- C. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 95%
- D. объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%
- E. объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%

264. Примерные параметры кишечных остатков за сутки при наличии диареи:

- A. объем остатков до 600,0 гр. содержания жидкости до 95%
- B. объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%
- C. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%
- D. объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%
- E. объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%

265. Примерные параметры кишечных остатков за сутки при наличии запоров:

- A. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%
- B. объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%
- C. объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 95%

D. объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%

E. объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%

266. Ориентировочные параметры обмена жидкости в просвете кишечника здоровых лиц:

- A. поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%
- B. поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%
- C. поступает около 12 л, всасывается около 90%
- D. поступает до 7 л, всасывается из них до 98,0%
- E. поступает до 10 л, всасывается из них до 98,0%

267. Возможные условия развития диареи с учетом обмена жидкости в кишечнике за сутки:

- A. поступает около 12 л, всасывается около 90%
- B. поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%
- C. поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%
- D. поступает около 15 л, всасывается около 90%
- E. поступает до 1 л, всасывается из них до 98,0%

268. Условия развития запоров с учетом обмена жидкости в кишечнике за сутки:

- A. поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%
- B. поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%
- C. поступает около 12 л, всасывается около 90%
- D. поступает около 15 л, всасывается около 90%
- E. поступает до 1 л, всасывается из них до 98,0%

269. Метод исследования, позволяющий определить кишечное пищеварение:

- A. копрограмма
- B. рентгеноскопия кишечника
- C. колонофиброскопия
- D. определение микрофлоры кишечника
- E. ирригоскопия кишечника

270. Метод исследования, позволяющий осуществить прицельную биопсию начальной части толстого кишечника:

- A. колонофиброскопия
- B. ирригоскопия кишечника
- C. ректоскопия
- D. ректороманоскопия
- E. ЭФГДС

271. Метод исследования, позволяющий определить состояние прямой и сигмовидной кишок:

- A. ректоманоскопия
- B. радиотелеметрия
- C. рентгеноскопия кишечника
- D. ирригоскопия
- E. фиброгастроскопия

272. Перкуторные размеры печени у здоровых лиц нормостенического телосложения:

- A. 9 x 8 x 7 см
- B. 10 x 9 x 8 см
- C. 7 x 8 x 9 см
- D. 12 x 10 x 8 см
- E. 8 x 6 x 4 см

273. Перкуторные размеры печени при атрофическом циррозе печени:

- A. 8 x 6 x 4 см
- B. 9 x 8 x 7 см
- C. 9 x 8 x 9 см
- D. 12 x 10 x 8 см



- Е. 10 x 9 x 8 см
274. Перкуторные размеры печени при гепатомегалиях:
- А. 15 x 12 x 10 см
- В. 9 x 8 x 7 см
- С. 7 x 8 x 9 см
- Д. 8 x 6 x 4 см
- Е. 12 x 10 x 8 см
275. Аускультация печени ценна при наличии:
- А. гемангиом печени
- В. цирроза печени
- С. холецистита
- Д. абсцесса печени
- Е. кист печени
276. Для определения функции печени при синтезе белка применяют:
- А. Проба Сулема ,лента Вельтман
- В. Основная фосфатаза
- С. Холестерин, беталиппротеид
- Д. Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
- Е. Проба Квика-Пытель
277. Для определения экскреторной функции печени применяют:
- А. Основная фосфатаза
- В. Проба Сулема ,лента Вельтман
- С. Холестерин, беталиппротеид
- Д. Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
- Е. Проба Квика-Пытель
278. Для определения ферментной функции печени применяют:
- А. Основная фосфатаза
- В. Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
- С. Проба Сулема ,лента Вельтман
- Д. Холестерин, беталиппротеид
- Е. Проба Квика-Пытель
279. Для определения антитоксической функции печени применяют:
- А. Проба Квика-Пытель
- В. Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
- С. Основная фосфатаза
- Д. Проба Сулема ,лента Вельтман
- Е. Холестерин, беталиппротеид
280. Показатель, отражающий жироподобную функцию печени:
- А. холестерина, беталиппротеиды
- В. щелочная фосфатаза
- С. сулемовая проба, лента Вельтмана
- Д. трансаминазы, альдолазы, лактатдегидрогеназы
- Е. проба с бензойнокислыми натрием (Квика – Пытеля)
281. Метод исследования печени позволяющий определить морфологические изменения в ней:
- А. пункционная биопсия
- В. лапароскопия
- С. УЗИ печени
- Д. радиоизотопные
- Е. обзорная рентгенограмма
282. Метод исследования печени позволяющий дать макроскопическую ее картину:
- А. лапароскопия
- В. пункционная биопсия
- С. УЗИ печени
- Д. радиоизотопные
- Е. обзорная рентгенограмма
283. Более информативный метод исследования печени при наличии в ней диффузных или очаговых поражений:
- А. радиоизотопные
- В. пункционная биопсия
- С. УЗИ печени
- Д. лапароскопия
- Е. обзорная рентгенограмма
284. Пузырная желчь при дуоденальном зондировании:
- А. порция В
- В. порция А
- С. порция С
- Д. порция А и В
- Е. порция В и С
285. Желчь из внутрипеченочных желчных протоков полученный при дуоденальном зондировании:
- А. порция С
- В. порция В
- С. порция А
- Д. порция А и В
- Е. порция В и С
286. Желчегонное средство, используемое для дуоденального зондирования:
- А. раствор сульфата магния
- В. гистамин
- С. холасас
- Д. раствор сернокислого бария
- Е. карловаровская соль
287. Для нефроптоза 1 степени характерно:
- А. пальпируется нижний полюс почки
- В. пальпируется вся почка в положении стоя
- С. пальпируется вся почка в положении лежа
- Д. почка пальпируется в любом месте брюшной полости
- Е. пальпируется верхний полюс почки
288. Для нефроптоза 2 степени характерно:
- А. пальпируется вся почка в положении стоя
- В. пальпируется половина почки
- С. пальпируется вся почка в положении лежа
- Д. почка пальпируется в любом месте брюшной полости
- Е. пальпируется верхний полюс почки
289. Для нефроптоза 3 степени характерно:
- А. пальпируется вся почка в положении стоя и лежа
- В. пальпируется нижний полюс почки
- С. почка пальпируется только при обострении патологического процесса
- Д. пальпируется половина почки
- Е. почка не ощущается
290. Степень нефроптоза определяют:
- А. при пальпации по Образцову - Стражеско
- В. симптомом Пастернацкого
- С. в положении лежа
- Д. в положении по Боткину
- Е. только по УЗИ почеч
291. Симптом Пастернацкого определяется:
- А. методом перкуссии



- В. методом осмотра  
 С. методом пальпации  
 D. измерениями А/Д  
 E. методом аускультации
292. Симптом Пастернацкого бывает резко положительным при:  
 A. паранефрите  
 B. пиелонефрите  
 C. мочекаменной болезни  
 D. гломерулонефрите  
 E. радикулите
293. Объем суточного диуреза у здоровых лиц:  
 A. около 1500 мл  
 B. 600 – 800 мл  
 C. 500 – 600 мл  
 D. 2000 мл и более  
 E. 800 – 1000 мл
294. Колебания удельного веса мочи в норме:  
 A. 1005 – 1028  
 B. 1025 – 1040  
 C. 1000 – 1008  
 D. 1005 – 1010  
 E. 1000 – 1040
295. Проба Реберга используется для определения:  
 A. величин клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции  
 B. концентрационной функции почек  
 C. размаха удельного веса мочи
- D. соотношения дневного диуреза к ночному  
 E. дневного диуреза
296. Пальпацией почек не возможно определить:  
 A. степень нарушения функции почек  
 B. подвижность  
 C. конфигурацию почек  
 D. степень нефроптоза  
 E. плотность
297. Почки при пальпации не выявляются при:  
 A. гломерулонефрите  
 B. нефроптозе 2 степени  
 C. наличии больших кист  
 D. пиелонефрите  
 E. увеличении почек
298. Нормальные параметры пробы Аддиса – Каковского:  
 A. эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000  
 B. эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 3 млн, цилиндров 10000  
 C. эритроцитов 500000, лейкоцитов 4 млн  
 D. эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000  
 E. эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 70000
299. Данные пробы Реберга при нефритах:  
 A. КФ–50 мл\ мин, Р– 99%, МД – 0,6 мл  
 B. КФ–100 мл\ мин, Р– 98%, МД – 2 мл  
 C. КФ–120 мл\ мин, Р– 60%, МД – 2 мл  
 D. КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,  
 E. КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,

### **Рубежный контроль №2:**

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

1. Расспрос больных с заболеваниями органов ЖКТ.
2. Общий осмотр больных с заболеваниями органов ЖКТ.
3. Методика и техника проведения поверхностной пальпации живота.
4. Методика и техника проведения глубокой пальпации живота.
5. Методика и техника определения нижней границы желудка.
6. Методика и техника проведения перкуссии живота.
7. Методика и техника проведения перкуссии печени по Курлову.
8. Методика и техника пальпации печени.
9. Методика техника проведения пальпации и перкуссии селезенки.
10. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов мочевыделительной системы.
11. Пальпация и перкуссии почек.
12. Сбор мочи для проведения ОАМ, на пробу Зимницкого, Нечипоренко, Реберга.
13. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов кроветворной системы.
14. Пальпация лимфатических узлов.
15. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов эндокринной системы.
16. Пальпация щитовидной железы.
17. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов опорно – двигательного аппарата.
18. Пальпация мелких и крупных суставов.
19. Расспрос и общий осмотр больных с заболеваниями органов нервной системы.
20. Определение сухожильных рефлексов.



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979- <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		044 – 47 / 16 ( )
Контрольно – измерительные средства для итоговой оценки знаний, умений и навыков по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней-1»		25 стр. из 36

21. Методика внешнего и локального осмотра больных с поражениями нервной системы.

**2. Защита учебной истории болезни.**

Форма заполнения и защиты прилагается в библиотечном фонде кафедры и академии.

**3. Тестовые задания. (по спецификации 181 тестовых вопросов).**

1. Данные пробы Реберга при пиелонефритах:
  - A. КФ–120 мл\ мин, Р – 60%, МД – 2 мл
  - B. КФ–100 мл\ мин, Р – 98%, МД– 2 мл
  - C. КФ–50 мл\ мин, Р–99%, МД – 0,6 мл
  - D. КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,
  - E. КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,
2. Для проведения пробы Нечипоренко моча берется:
  - A. средняя порция мочи
  - B. за полсуток
  - C. вся порция разовой мочи
  - D. за сутки
  - E. последняя порция мочи
3. Изменение пробы Аддиса – Каковского при нефритах:
  - A. эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн
  - B. эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000
  - C. эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн
  - D. эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
  - E. эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн
4. Изменения пробы Аддиса – Каковского при пиелонефритах:
  - A. эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн
  - B. эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000
  - C. эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
  - D. эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн
  - E. эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн
5. Правильные определения цветного показателя:
  - A. степень насыщения эритроцитов гемоглобином
  - B. увеличение или уменьшения уровня гемоглобина
  - C. увеличение или уменьшения лейкоцитов
  - D. увеличение или уменьшения эритроцитов
  - E. увеличение эритроцитов, снижение уровня гемоглобина
6. При заболевании органов кроветворения не обязательна пальпация:
  - A. мышц
  - B. лимфоузлов
  - C. печени
  - D. позвоночника и плоских костей
  - E. селезенки
7. Размеры селезенки по Курлову:
  - A. -8 см x 4-6 см
  - B. 3-5 см x 2-4 см
  - C. 4-6 см x 2-4 см
  - D. 8-10 мм x 6-8мм6
  - E. 10-12 мм x 8-10мм
8. Величина СОЭ у здоровых лиц:
  - A. 5-15 мм\час
  - B. 1-5 мм\час
  - C. 5-20 мм\час
  - D. 1-20 мм\час
  - E. более 20 мм\час
9. Содержание эритроцитов в норме эритроцитов у женщин:
  - A. 3,4 – 5,0 x 10<sup>12</sup> \л
  - B. 1,0 – 3,0 x 10<sup>12</sup> \л
  - C. 2,0 – 5,0 x 10<sup>12</sup> \л
  - D. 1,0 – 2,5 x 10<sup>12</sup> \л
  - E. 2,5 – 5,5 x 10<sup>12</sup> \л
10. Содержание эритроцитов в норме у мужчин:
  - A. 4,0 – 5,6 x 10<sup>12</sup> \л
  - B. 3,0 – 4,8 x 10<sup>12</sup> \л
  - C. 1,0 – 3,0 x 10<sup>12</sup> \л
  - D. 1,0 – 2,5 x 10<sup>12</sup> \л
  - E. 2,5 – 5,5 x 10<sup>12</sup> \л
11. Количество лейкоцитов в норме:
  - A. 3,2 – 11,3 x 10<sup>9</sup> \л
  - B. 3,0 – 5,0 x 10<sup>9</sup> \л
  - C. 3,0 – 10,0 x 10<sup>9</sup> \л
  - D. 2,0 – 9,0 x 10<sup>9</sup> \л
  - E. 1,0 – 8,0 x 10<sup>9</sup> \л
12. Количество тромбоцитов в норме:
  - A. 180 – 320 x 10<sup>9</sup> \л
  - B. 50,0 – 180,0 x 10<sup>9</sup> \л
  - C. 250,0 – 400,0 x 10<sup>9</sup> \л
  - D. 350,0 – 450,0 x 10<sup>9</sup> \л
  - E. 150,0 – 200 x 10<sup>9</sup> \л
13. Увеличение количества тромбоцитов это:
  - A. тромбоцитоз
  - B. тромбопатия
  - C. тромбопения
  - D. трмбоэмболия
  - E. тромбоцитопеническая пурпура
14. «Тромбоцитопения» это:
  - A. уменьшение количества тромбоцитов
  - B. гипофункция тромбоцитов
  - C. увеличение количества тромбоцитов
  - D. гиперфункция тромбоцитов
  - E. уменьшение количества тромбоцитов и эритроцитов
15. Повышенное количество лейкоцитов:
  - A. лейкоцитоз
  - B. лейкопения
  - C. цитопения
  - D. панцитопения
  - E. цитопения, лейкоплакия
16. Понижение содержания лейкоцитов:
  - A. лейкопения
  - B. лейкоцитоз
  - C. цитопения
  - D. панцитопения



- Е. цитопения, лейкоплакия
17. Показатели, которые не относятся к общеклиническому исследованию крови:
- А. количество белка в крови  
В. содержание гемоглобина  
С. количество тромбоцитов  
D. количество лейкоцитов  
Е. количество эритроцитов в крови
18. Увеличение количества эритроцитов в крови:
- А. эритроцитоз  
В. анизоцитоз  
С. пойкилоцитоз  
D. макроцитоз  
Е. микроцитоз
19. Распространенные способы пальпации щитовидной железы:
- А. 3 способа  
В. 1 способа  
С. 4 способа  
D. 2 способа  
Е. не пальпируется
20. При зобе перкуссия над рукояткой отмечает:
- А. укорочение перкуторного звука  
В. ослабление перкуторного звука  
С. притупление перкуторного звука  
D. тупой перкуторный звук  
Е. ясный перкуторный звук
21. К эндокринным заболеваниям поджелудочной железы относятся:
- А. сахарный диабет  
В. Иценко-Кушинга  
С. гипотиреоз, гипертиреоз  
D. хронический панкреатит  
Е. ожирения
22. Какова ежедневная потребность человека в йоде:
- А. 100 мкг  
В. 50 мкг  
С. 150 мкг  
D. 250 мкг  
Е. 1000 мкг
23. Железы, не относящиеся к эндокринной системе:
- А. железы желудка и кишечника  
В. щитовидная железа  
С. гипофиз  
D. железы половых органов  
Е. поджелудочная железа
24. Эндокринными железами вырабатываются:
- А. гормоны  
В. холинолитики  
С. симпатолитики  
D. бета – блокаторы  
Е. ингибиторы АПФ
25. Секреты эндокринных желез выделяются:
- А. в кровь и лимфу  
В. в желчь  
С. в желудок  
D. в поджелудочную железу  
Е. в потовые железы
26. Дисбаланс жирового обмена:
- А. болезнь Иценко-Кушинга  
В. гипофункция половых желез  
С. болезнь Симондса  
D. злоупотребление продуктами богатых жирам  
Е. дистрофия генитальных органов
27. Уровень сахара в крови у здорового человека:
- А. 5,6-7,5 ммоль\л  
В. 3,3-5,5 ммоль\л  
С. 4,4-6,0 ммоль\л  
D. 2,2-3,2 ммоль\л  
Е. 6,0-8,0 ммоль\л
28. Щитовидная железа вырабатывает:
- А. Т<sub>3</sub>Т<sub>4</sub>ТТГ  
В. ферменты  
С. 17-ОКСД7-КС  
D. инсулин  
Е. АКТГ
29. Поджелудочная железа вырабатывает:
- А. инсулин  
В. АКТГ  
С. ферменты  
D. 17-ОКСД7-КС  
Е. Т<sub>3</sub>Т<sub>4</sub>ТТГ
30. Инсулин стимулирует депонирование углеводов в форме:
- А. глюкозы  
В. лактозы  
С. гликогена  
D. сахарозы  
Е. глюкозаминогликанов
31. Колебание относительной плотности мочи 1010-1012 в пробе Зимницкого – это
- А. гипоизостенурия+  
В. никтурия  
С. полиурия  
D. протеинурия  
Е. поллажурия
32. Рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей – это
- А. экскреторная урография  
В. ирригоскопия  
С. томография  
D. хромоцистоскопия  
Е. колоноскопия
33. Температура воды горячей ванны составляет (в градусах Цельсия)
- А. 40-42  
В. 34-36  
С. 37-39  
D. 50-60  
Е. 45-49
34. Приступ сильной боли с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область наблюдается при
- А. мочекаменной болезни  
В. гломерулонефрите  
С. пиелонефрите  
D. цистите  
Е. амилоидозе почек



35. При остром пиелонефрите рекомендуется суточное употребление жидкости (в мл)
- 2500
  - 500
  - 1000
  - 1500
  - 750
36. Больной выделил днем мочи 700 мл, а ночью 1200. Какое отклонение от нормы имеется?
- никтурия
  - дизурия
  - поллакиурия
  - полиурия
  - олигурия
37. Признаком перфорации язвы является:
- Ригидность передней брюшной стенки
  - Рвота
  - Изжога
  - Лихорадка
  - Гиперперистальтика
38. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы относятся:
- рефлюкс в пищевод
  - растяжение грыжевого мешка
  - нарушения проходимости комка пищи
  - спазм пищевода
  - сдавливание сосудов
39. Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является:
- высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)
  - коллапс
  - боль опоясывающего характера
  - гипергликемия
  - стеаторея
40. Нормальная активность амилазы в сыворотке крови составляет:
- 12-32 мг/мл
  - 2-8 мг/мл
  - 0 мг/мл
  - 4 мг/мл
  - 8 мг/мл
51. Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:
- высокое содержание глюкозы в крови и моче
  - желтуха
  - частые потери сознания
  - увеличение печени
  - креаторея, стеаторея
52. Наиболее информативный метод в диагностике калькулезного холецистита
- УЗИ желчного пузыря
  - холецистография
  - дуоденальное зондирование
  - общий анализ крови
  - биохимический анализ крови: повышение билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы
53. Боль при инфаркте миокарда отличается от боли при стенокардии:
- продолжительностью и интенсивностью
  - локализацией
  - характером
  - механизмом возникновения
  - иррадиацией
54. Нитроглицерином купируется боль при:
- приступе стенокардии
  - инфаркте миокарда
  - перикардите
  - миокардите
  - кардионеврозе
55. Для приступа стенокардии не характерны боли:
- колющие
  - кинжальные
  - давящие
  - жгучие
  - сжимающие
56. Сердцебиение в физиологических условиях возникает:
- после физической нагрузки
  - после злоупотребления чаем, кофе
  - после курения
  - после психоэмоциональной нагрузки
  - во сне
57. Митральный стеноз практически всегда бывает следствием...
- ревматизма
  - атеросклероза
  - системной красной волчанки
  - врожденной аномалии развития
  - бактериального эндокардита
58. Ощущение пульсации во всем теле у больного с аортальной недостаточностью объясняется:
- высоким пульсовым давлением
  - высоким периферическим сопротивлением сосудов
  - нарушением микроциркуляции
  - высоким систолическим давлением
  - низким диастолическим давлением
59. При внешних признаках высокого пульсового давления не выявляется:
- пульсация прекардиальной области
  - пульсация зрачка, мягкого неба
  - пляска каротид
  - симптом Мюссе
  - высокий и скорый пульса
60. При аортальной недостаточности верхушечный толчок...
- куполообразный
  - разлитой, усиленный.
  - верхушечный толчок смещен влево и вниз, разлитой
  - резистентный
  - приподнимающий
61. Основная аускультативная картина аортальной недостаточности выслушивается:
- во 2 межреберье справа у края грудины, в точке Боткина – Эрба
  - на верхушке сердца
  - в 4 точке аускультации
  - на основании мечевидного отростка



- Е. на легочной артерии
62. Наиболее серьезная по прогнозу жалоба больных с заболеваниями пищевода:
- А. дисфагия  
В. рвота  
С. боль  
D. слюнотечение  
E. изжога
63. Наиболее грозная причина дисфагии:
- А. новообразование пищевода  
В. ожоговый стеноз пищевода  
С. сдавление пищевода извне  
D. дивертикул пищевода  
E. воспаление пищевода
64. Дисфагия чаще устанавливаемая по анамнезу в прошлом:
- А. рубцовые стенозы пищевода  
В. новообразование пищевода  
С. дивертикул пищевода  
D. хронический атрофический эзофагит  
E. ценность анамнестических данных равнозначна
65. Проекция митрального клапана на переднюю грудную стенку:
- А. верхушка сердца  
В. во втором межреберье слева у грудины  
С. на середине грудины на уровне 3 ребер  
D. место прикрепления к грудине хряща 3 ребра  
E. 2 межреберье справа
66. Проекция клапана аорты на переднюю грудную стенку:
- А. 2 межреберье справа  
В. место прикрепления к грудине хряща 3 ребра  
С. на грудине посередине мест прикрепления хрящей 3 ребра слева и 5 ребра справа  
D. во втором межреберье слева у грудины  
E. на середине грудины на уровне 3 ребер
67. Проекция клапана легочной артерии на переднюю грудную стенку:
- А. во втором межреберье слева у грудины  
В. на середине грудины на уровне 3 ребер  
С. на грудине посередине мест прикрепления хрящей 3 ребра слева и 5 ребра справа  
D. 2 межреберье справа  
E. место прикрепления к грудине хряща 3 ребра
68. Место аускультации 3-х створчатого клапана:
- А. у основания мечевидного отростка справа  
В. у верхушки сердца  
С. на середине грудины на уровне 3 ребер  
D. во 2-ом межреберье справа у края грудины  
E. во 2-ом межреберье слева у края грудины
69. Расположение точки Боткина – Эрба:
- А. между 3 и 4 ребра слева у края грудины  
В. во 2-ом межреберье у правого края грудины  
С. во 2-ом межреберье у левого края грудины  
D. у основании мечевидного отростка  
E. у верхушки сердца
70. Причина носового кровотечения:
- А. повышение системного артериального давления  
В. повышения давления в системе воротной вены  
С. повышения давления в системе нижней полой вены
- D. снижение синтеза печенью факторов свертывания крови
- Е. сочетание вышеуказанных причин
71. Точка Боткина – Эрба является дополнительной точкой аускультации:
- А. аортального клапана  
В. митрального клапана  
С. 3-х створчатого клапана  
D. клапана легочной артерии  
E. аортальный и митральный
72. Ритм галопа не образуется во всех случаях:
- А. из-за раздвоения 2 тона  
В. из-за раздвоения 1 тона  
С. из-за усиления 3 тона  
D. из-за усиления 4 тона  
E. из-за усиления 1 тона
73. Ритм галопа является проявлением:
- А. сердечной недостаточности  
В. нарушений сердечного ритма  
С. нарушений внутрисердечной гемодинамики  
D. нарушений проводимости  
E. нарушений функции миокарда
74. Систолический галоп развивается из – за:
- А. раздвоение 1 тона на верхушке  
В. усиление 3 тона  
С. появления тона открытия митрального клапана  
D. усиление 4 тона  
E. усиления 1 тона
75. Протодиастолический галоп развивается из–за:
- А. усиление 3 тона  
В. раздвоение 1 тона  
С. раздвоение 2 тона  
D. усиление 4 тона  
E. усиления 1 тона
76. Пресистолический галоп развивается из–за:
- А. усиление 4 тона  
В. усиление 3 тона  
С. раздвоение 2 тона  
D. раздвоение 1 тона  
E. усиления 1 тона
77. Отличия ритма галопа от нормальной 3 – х членной мелодии сердца:
- А. ритм галопа выслушивается на фоне брадикардии  
В. ритм галопа сопровождается другими признаками поражения сердца  
С. нормальная трехчленная мелодия выслушивается у молодых при непосредственной аускультации в отсутствии патологии сердца  
D. ритм галопа всегда является патологическим  
E. ритм галопа выслушивается на фоне тахикардии
78. Проявлением легочной гипертензии при митральном стенозе является:
- А. акцент 2 тона на легочной артерий  
В. акцент 2 тона на аорте  
С. тон открытия митрального клапана  
D. хлопающий 1 тон на верхушке  
E. усиленный 1 тон на аорте
79. Систолический шум во 2 точке аускультации, проводящийся на сосуды шеи, характерен для:



- A. аортального стеноза  
 B. аортальной недостаточности  
 C. функциональной шум  
 D. тетрадо Фалло  
 E. митрального стеноза
80. При аортальном стенозе эпицентром шума является:  
 A. 2 т. аускультации  
 B. сосуды шеи  
 C. межлопаточное пространство  
 D. верхушка сердца  
 E. 1 т. аускультации
81. Систолический шум при аортальном стенозе лучше всего проводится:  
 A. на сосуды шеи  
 B. в т. Боткина – Эрба  
 C. на верхушку сердца  
 D. на яремные вены  
 E. в подмышечную область
82. Пальпаторным эквивалентом систолического шума над аортой является:  
 A. систолическое дрожание во 2 м/р справа у грудины  
 B. систолическое дрожание на верхушке  
 C. систолическое дрожание по левому краю грудины  
 D. систолическое дрожание на верхушке  
 E. диастолическое дрожание на верхушке
83. Основной (наиболее стойкий) признак, отличающий функциональный шум от органического:  
 A. нестойкость функционального шума и стойкость органического  
 B. систолический характер шума  
 C. выраженность шума  
 D. выслушивание в основном в 3 т. и 1 т. аускультации  
 E. другие признаки поражения сердца, выявляемые одновременно с шумом
84. Фактор, не влияющий на появление функционального шума:  
 A. стеноз отверстия  
 B. ускорение кровотока  
 C. анемия  
 D. уменьшение вязкости крови  
 E. состояние сосудов
85. Функциональный шум относительной недостаточности клапана легочной артерии является:  
 A. диастолическим  
 B. систоло-диастолическим  
 C. пресистолическим  
 D. протодиастолическим  
 E. систолическим
86. Функциональный шум относительной недостаточности клапана легочной артерии называется:  
 A. шум Грэхема – Стилла  
 B. шум Флинта  
 C. шум Виноградова – Дюразье  
 D. шум волчка  
 E. тон Траубе
87. Сочетанным пороком называется:  
 A. стеноз отверстия и недостаточность клапана на одном клапанном аппарате  
 B. поражение клапанного аппарата и дефект перегородки  
 C. поражение клапанного аппарата и аномальное расположение аорты  
 D. поражение клапанного аппарата и патологическое соустье между сосудами  
 E. поражение сразу 2-х клапанных аппаратов
88. Комбинированным пороком называется:  
 A. поражение сразу 2-х клапанных аппаратов  
 B. поражение клапанного аппарата и дефект перегородки  
 C. поражение клапанного аппарата и аномальное расположение аорты  
 D. поражение клапанного аппарата и патологическое соустье между сосудами  
 E. стеноз отверстия и недостаточность клапана на одном клапанном аппарате
89. Преобладание стеноза или недостаточности митрального клапана определяются:  
 A. сохранностью и звучностью 1 тона на верхушке  
 B. наличием мерцательной аритмии  
 C. выраженностью диастолического шума на верхушке  
 D. выраженностью систолического шума на верхушке  
 E. степенью гипертрофии левого предсердия
90. Пушечный тон Стражеско – Василенко выявляется при:  
 A. полной А-V блокаде  
 B. экстрасистолии  
 C. стенозе митрального отверстия  
 D. стенозе трехстворчатого отверстия  
 E. стенозе устья аорты
91. Пушечный тон Стражеско – Василенко это:  
 A. усиленный 1 тон при А- V блокаде  
 B. акцент 2 тон на аорте  
 C. акцент 2 тон на легочной артерии  
 D. хлопающий 1 тон при митральном стенозе  
 E. усиленный 1 тон при экстрасистолии
92. Нормальные величины Тошаровой (1) порции желудочного сока:  
 A. до 50 мл, общая кислотность 20 ТЕ  
 B. 50 – 100 мл, общая кислотность 15 ТЕ  
 C. 100 – 150 мл, общая кислотность 30 ТЕ  
 D. 150 – 200 мл, общая кислотность 40 ТЕ  
 E. 150 – 200 мл, общая кислотность 80 ТЕ
93. Нормальные параметры желудочной секреции после пробного завтрака:  
 A. общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ  
 B. общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ  
 C. общая кислотность до 20 ТЕ, свободное кислотность нуль  
 D. общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ  
 E. на фоне гипоцекации, выявляется присутствие молочной кислоты
94. Состоянии гипосекреции и гипоацидности желудочного сока:  
 A. общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ



- В. Общая кислотность до 20 ТЕ, свободное кислотность нуль
- С. общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ
- Д. общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ
- Е. на фоне гипоцекации, выявляется присутствие молочной кислоты
95. Состоянии гиперсекреции и гиперацидности желудочного сока:
- А. общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ
- В. общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ
- С. общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ
- Д. общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль
- Е. на фоне гипоцекации, выявляется присутствие молочной кислоты
96. Возможные изменения секреторной функции при раке желудка:
- А. на фоне гипоцекации, выявляется присутствие молочной кислоты
- В. общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ
- С. общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ
- Д. общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ
- Е. Общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль
97. Искривление позвоночника выпуклостью вперед называется:
- А. лордозом
- В. сколиозом
- С. кифозом
- Д. кифосколиозом
- Е. правильный ответ не приведен
98. Кифосколиозом называется искривление позвоночника:
- А. в боковую сторону и назад
- В. в боковую сторону
- С. назад
- Д. в боковую сторону и вперед
- Е. вперед
99. 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:
- А. Ревматоидный артрит
- В. Болезнь Бехтерева
- С. Ревматический артрит
- Д. Хондроматоз суставов
- Е. Подагра
100. В основе патогенетического механизма развития диффузного токсического зоба имеет значение...
- А. Повышение тиростимулирующих иммуноглобулинов
- В. Повышение секреции катехоламинов
- С. Повышение секреции тиреотропного гормона
- Д. Повышение секреции тиротропин-рилизинг-гормона
- Е. Гиперчувствительность тканей к гормонам щитовидной железы
101. 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:
- А. Сахарный диабет 2 типа
- В. Ожирение
- С. Сахарный диабет 1 типа
- Д. Нарушение гликемии натощак
- Е. Нарушение толерантности к глюкозе
102. 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. Назовите метод исследования, который наиболее информативен:
- А. Определение уровня T<sub>3</sub> и T<sub>4</sub>
- В. ЭКГ
- С. Бакпосев крови
- Д. КТ органов средостения
- Е. Суточное мониторирование АД
103. Колебание относительной плотности мочи 1010-1012 в пробе Зимницкого – это
- А. гипоизостенурия
- В. никтурия
- С. полиурия
- Д. протеинурия
- Е. поллакурия
104. Рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей – это
- А. экскреторная урография
- В. ирригоскопия
- С. томография
- Д. хромоцистоскопия
- Е. колоноскопия
105. Температура воды горячей ванны составляет (в градусах Цельсия)
- А. 40-42
- В. 34-36
- С. 37-39
- Д. 50-60
- Е. 45-49
106. Приступ сильной боли с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область наблюдается при
- А. мочекаменной болезни
- В. гломерулонефрите
- С. пиелонефрите
- Д. цистите
- Е. амилоидозе почек
107. При остром пиелонефрите рекомендуется суточное употребление жидкости (в мл)



- A. 2500  
B. 500  
C. 1000  
D. 1500  
E. 750
108. Больной выделил днем мочи 700 мл, а ночью 1200. Какое отклонение от нормы имеется?  
A. никтурия  
B. дизурия  
C. поллакиурия  
D. полиурия  
E. олигурия
109. Признаком перфорации язвы является:  
A. Ригидность передней брюшной стенки  
B. Рвота  
C. Изжога  
D. Лихорадка  
E. Гиперперистальтика
110. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы относятся:  
A. рефлюкс в пищевод  
B. растяжение грыжевого мешка  
C. нарушения проходимости комка пищи  
D. спазм пищевода  
E. сдавливание сосудов
111. Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является:  
A. высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)  
B. коллапс  
C. боль опоясывающего характера  
D. гипергликемия  
E. стеаторея
112. Нормальная активность амилазы в сыворотке крови составляет:  
A. 12-32 мг/мл  
B. 2-8 мг/мл  
C. 0 мг/мл  
D. 4 мг/мл  
E. 8 мг/мл
113. Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:  
A. высокое содержание глюкозы в крови и моче  
B. желтуха  
C. частые потери сознания  
D. увеличение печени  
E. креаторея, стеаторея
114. Наиболее информативный метод в диагностике калькулезного холецистита  
A. УЗИ желчного пузыря  
B. холецистография  
C. дуоденальное зондирование  
D. общий анализ крови  
E. биохимический анализ крови: повышение билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы
115. 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. Патология, о которой идет речь?  
A. панкреатит  
B. гастрит  
C. язвенная болезнь желудка  
D. холецистит  
E. гепатит
116. Больную повышенного питания беспокоит тошнота и горечь во рту. Заболевание, о котором идет речь:  
A. холецистит  
B. эзофагит  
C. гастрит  
D. язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки  
E. панкреатит.
117. 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:  
A. хронический гепатит  
B. острый вирусный гепатит  
C. цирроз печени  
D. рак печени  
E. синдром Жильбера
118. Для диагностики вирусного гепатита В решающее значение имеет:  
A. серологическая диагностика маркеров вирусов  
B. выявление степени мезенхимально-клеточного воспаления  
C. выявление синдрома цитолиза  
D. УЗИ исследование печени  
E. выявление синдрома холестаза
119. Больной Б. 40 лет, страдает бронхиальной астмой более 10 лет. Регулярно принимает холинолитики, ингаляционные ГКС, бета-агонисты, теofilлин. Последнее время стал отмечать изжогу, дисфагию, жжение за грудиной в ночное время. Наиболее подозреваемая патология:  
A. ГЭРБ  
B. кандидозный фарингит  
C. ИБС, стенокардия напряжения  
D. стеноз гортани  
E. язвенная болезнь желудка
120. 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  $12 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ- 18 мм/ч. Заболевание, о котором следует думать:  
A. хронический панкреатит  
B. хронический холецистит  
C. язвенная болезнь желудка  
D. хронический гастрит, тип В  
E. ГЭРБ
121. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период обострения появились жалобы на

OŃTŪSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 16 ( )
Контрольно – измерительные средства для итоговой оценки знаний, умений и навыков по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней-1»	32 стр. из 36

отрыжку «тухлым яйцом», рвоту, принятой накануне пищей. Наиболее вероятное осложнение у больного:

- A. стенозирование
- B. пенетрация
- C. перфорация
- D. кровотечение
- E. малигнизация.

122. 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:

- A. инфекционная диарея
- B. неинфекционная диарея
- C. неспецифический язвенный колит
- D. болезнь Крона
- E. дивертикулез тонкого кишечника

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

- A. синдром Меллори-Вейса
- B. кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;
- C. острый панкреатит
- D. язвенная болезнь желудка
- E. болезнь Крона

124. Наиболее частая причина развития желтухи у пожилых

- A. опухоль панкреато – дуоденальной зоны
- B. дискинезия желчных путей
- C. хронический активный гепатит
- D. описторхоз
- E. цирроз печени

125. Укажите симптомы, характерные для нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы:

- A. снижение массы тела, креаторея, стеаторея
- B. сухость кожных покровов
- C. гипергликемия
- D. расширение вен передней брюшной стенки
- E. почечно-печеночная недостаточность

126. 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 пациент в стационарном лечении:

- A. Да, потому что у больного впервые выявленная язва 12-ти перстной кишки
- B. Да, потому что у больного впервые выявленная язва желудка
- C. Да, потому что у больного выраженный астеновегетативный синдром
- D. Нет, потому что у больного нет осложнения язвенной болезни
- E. Да, потому что больному в стационаре проводится эндоскопическое исследование

127. 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:

- A. Фиброгастроуденоскопия
- B. Электрокардиография
- C. Сигмоидоскопия
- D. Консультация невропатолога
- E. Клинический анализ крови

128. Симптомы: кратковременная потеря сознания на фоне тахикардии, отсутствие дыхания, пульса давления, бледность кожи, судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, быстрое самостоятельное восстановление исходного самочувствия соответствует диагнозу

- A. приступ Морганьи-Эдамса-Стокса
- B. гипергликемическое состояние
- C. фибрилляция желудочков
- D. эпилептический статус
- E. ортостатический коллапс

129. Пациенту 40 лет с АГ I степени целесообразно начать обследование

- A. УЗИ почек и сердца
- B. анализа мочи по Зимницкому
- C. сцинтиграфии почек
- D. урографии
- E. ангиографии почек

130. Наиболее информативный метод диагностики вазоренальной артериальной гипертензии:

- A. почечная ангиография
- B. УЗИ почечной ангиография почек
- C. сцинтиграфия почек
- D. УЗИ почечных артерий
- E. рентгенологические исследования почек

131. Наиболее достоверными ЭКГ-критериями инфаркта миокарда являются:

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

132. Неблагоприятным признакам нестабильной стенокардии является...

- A. депрессия сегмента ST менее 1 мм
- B. длительность ангинозного приступа более 20 мин
- C. депрессия сегмента ST более 1 мм
- D. нестабильная гемодинамика (низкое АД, лабильный пульс)
- E. повышение содержания МВ-фракции КФК

133. Оптимальная концентрация холестерина в крови:

- A. 5 ммоль/л
- B. 6 ммоль/л
- C. 7 ммоль/л
- D. 6,5 ммоль/л
- E. 9-5,5 моль/л

134. ЭКГ критерий положительной пробы с физической нагрузкой:





- A. горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм и продолжительностью более 80 мс
- B. горизонтальная депрессия сегмента ST более 0,5 мм
- C. косоводящая депрессия сегмента ST
- D. косонисходящая депрессия сегмента ST
- E. горизонтальная депрессия сегмента ST менее 0,5 мм
135. Наиболее информативные методы диагностики атеросклероза венечных артерий:
- A. ангиография
- B. ЭКГ
- C. эхокардиографию
- D. стресс-эхокардиографию
- E. ЭКГ-мониторирование
136. 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. Метод, необходимый для диагностики:
- A. электрокардиография
- B. радиоизотопное сканирование сердца
- C. коронарография
- D. эхокардиография
- E. рентгенологическое исследование грудной клетки
137. Порок, для которого характерна аускультативная картина: 1 тон на верхушке ослаблен, сразу за ним следует систолический шум, занимающий всю систолу, по характеру - дующий, по интенсивности - убывающий, проводящийся в подмышечную область:
- A. недостаточность митрального клапана
- B. стеноз митрального отверстия
- C. стеноз устья аорты
- D. стеноз устья легочной артерии
- E. недостаточность трикуспидального клапана.
138. У больного при объективном осмотре на лице цианотический румянец, верхушечный толчок смещен влево, при аускультации сердца определяется ослабление I тона, на верхушке сердца сразу за I тоном выслушивается систолический шум, который проводится в левую подмышечную область, также выслушивается патологический III тон. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка. Предварительный диагноз:
- A. Митральная недостаточность
- B. Митральный стеноз
- C. Аортальный стеноз
- D. Аортальная недостаточность
- E. Стеноз трикуспидального клапана
139. 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:
- A. Повышение кардиоспецифических ферментов
- B. Общий анализ крови
- C. Повышение холестерина, триглицеридов
- D. Тест с физической нагрузкой
- E. ЭхоКГ
140. 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?
- A. Нет, необходимо назначить срочное ЭКГ исследование
- B. Да, возникшие боли не предвещают опасности для состояния больного
- C. Да, при возникновении каких-либо осложнений возможно оказание помощи и на следующий день
- D. Нет, необходимо назначить лечение анальгетиками
- E. Нет, необходимо направить больного на плановое лечение
141. Наиболее типичная локализация болей при ИБС:
- A. за грудиной
- B. в области верхушки сердца
- C. в области правого подреберья
- D. в левой половине грудной клетки
- E. в правой половине грудной клетки
142. Нитроглицерином купируется боль при:
- A. приступе стенокардии
- B. инфаркте миокарда
- C. перикардите
- D. миокардите
- E. кардионеврозе
143. Аускультативный признак острой перегрузки правых отделов сердца:
- A. появление хлопающего I тона на верхушке сердца
- B. появление выраженного акцента I тона на легочной артерии
- C. резкое ослабления I тона на верхушке сердца
- D. наличие систолического и диастолического шума на верхушке сердца
- E. резкое ослабления I и II тона
144. Положение ортопноэ при сердечной астме больной принимает для уменьшения:
- A. одышки, т.к. кровь задерживается в нижних конечностях
- B. болей
- C. сердцебиения
- D. бронхоспазма
- E. кашля
145. Цианоз при заболеваниях сердечно – сосудистой системы чаще носит характер:
- A. периферического
- B. смешанного
- C. местного
- D. центрального
- E. общего
146. Периферические отеки у сердечного больного обусловлены:
- A. правожелудочковой сердечной недостаточностью+
- B. портальной гипертензией
- C. левожелудочковой сердечной недостаточностью
- D. венозной недостаточностью



Е. тотальной (лево и правожелудочковой сердечной недостаточностью)

147. К признакам застоя в малом круге кровообращения не относится:

- A. гидроторакс
- B. одышка
- C. приступы, сердечной астмы
- D. кашель в горизонтальном положении
- E. кровохарканье

148. Признак, не относящийся к застою в большом круге кровообращения:

- A. отек легких
- B. гидроперикард
- C. отеки на ногах
- D. гидроторакс
- E. асцит

149. Верхушечный толчок располагается в норме:

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

B. по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье

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

D. в 5 межреберье по левой парастернальной линии

E. на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

150. Видимое на глаз смещение верхушечного толчка влево и вниз не обусловлено :

- A. левостороний гидроторакс
- B. гипертрофией правого желудочка
- C. правостороний гидроторакс
- D. правостороний пневмоторакс
- E. гипертрофией левого желудочка

151. Симптом Мюссе объясняется теми же причинами, что и...

- A. пляска кародит
- B. набухание шейных вен
- C. отрицательный венный пульс
- D. воротник Стокса
- E. положительный венный пульс

152. Диастолическое дрожание на верхушке обусловлено:

- A. митральным стенозом
- B. аортальной недостаточностью
- C. аортальным стенозом
- D. трехстворчатой недостаточностью
- E. митральной недостаточностью

153. При аортальном стенозе определяется:

- A. систолическое дрожание на верхушке
- B. диастолическое дрожание на верхушке
- C. диастолическое дрожание на аорте (во 2 точке аускультации)

D. систолическое дрожание на аорте

E. систолическое дрожание в 3 – 4 межреберье у левого края грудины

154. Больной 48 лет, служащий. Жалуется на легкую утомляемость, пониженный аппетит, тяжесть в подложечной области после еды, отрыжку, вздутие и урчание в животе, неустойчивый стул, возникновение головокружения, резкой слабости, сердцебиение, чувство жара и усиленное

потоотделение через 10-15 минут после приема пищи, особенно молочной и жирной. Это ухудшение самочувствия длится 15-20 минут. Горизонтальное положение и, особенно, сон приносят облегчение. «Брюшная жаба» это ...

A. приступ боли в животе на высоте пищеварения, купирующийся нитроглицерином

B. метеоризм

C. диспепсические расстройства

D. диарея

E. чувство скованности суставов по утрам

155. Отдел образующий правую границу относительной тупости сердца:

A. правое предсердие

B. правым желудочком

C. левым предсердием

D. левым желудочком

E. правым предсердием и желудочком

156. Отдел образующий левую границу относительной тупости сердца:

A. левый желудочок

B. правым желудочком

C. левым предсердием

D. правым предсердием

E. левым предсердием и желудочком

157. Отдел образующий верхнюю границу сердца:

A. левое предсердие

B. правым желудочком

C. правым предсердием

D. левым желудочком

E. левым предсердием и желудочком

158. Больной Павел 31 год обратился к врачу терапевту. При осмотре поверхностной пальпации не определяется состояние:

A. лимфоузлов

B. органов брюшной полости

C. мышц, костей, суставов

D. придатков кожи

E. кожи и подкожной клетчатки

159. При митральной конфигурации не наблюдается:

A. талия сердца

B. сглаженная талия сердца

C. увеличенное левое предсердие

D. увеличенный левый желудочек

E. увеличенный правый желудочек

160. При аортальной конфигурации не наблюдается:

A. сглаженной талии сердца

B. выраженной талии сердца

C. резко расширенной полости левого желудочка

D. сердца приобретает форму «сидячей утки»

E. сердце приобретает форму «башмака»

161. Границы сердца не смещаются в сторону поражения при :

A. экссудативном плеврите

B. пневмосклерозе

C. пульмонэктомии

D. опухоли легкого

E. обтурационном ателектазе

162. Границы сосудистого пучка в норме определяются...



- A. во 2 межреберье по краям грудины  
B. во 2 межреберье по парастернальным линиям  
C. в 3 межреберье по краям грудины  
D. в 3 межреберье по парастернальным линиям  
E. в 4 межреберье по краям грудины
163. Рентгенологический признак, нехарактерный для недостаточности митрального клапана:  
A. в косой проекции пищевод отклоняется по дуге малого радиуса  
B. в косой проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса  
C. талия сердца сглажена  
D. сердце митральной конфигурации  
E. признаки застоя в малом круге кровообращения
164. Фиолетовая гиперемия щек (facies mitralis) характерна при:  
A. митральном стенозе  
B. трехстворчатом стенозе  
C. стенозе устья легочной артерии  
D. стенозе устья аорты  
E. дефекте межпредсердной перегородки
165. Митральный стеноз практически всегда бывает следствием...  
A. ревматизма  
B. атеросклероза  
C. системной красной волчанки  
D. врожденной аномалии развития  
E. бактериального эндокардита
166. Ощущение пульсации во всем теле у больного с аортальной недостаточностью объясняется:  
A. высоким пульсовым давлением  
B. высоким периферическим сопротивлением сосудов  
C. нарушением микроциркуляции  
D. высоким систолическим давлением  
E. низким диастолическим давлением
167. При внешних признаках высокого пульсового давления не выявляется:  
A. пульсация прекардиальной области  
B. пульсация зрачка, мягкого неба  
C. пляска каротид  
D. симптом Мюссе  
E. высокий и скорый пульса
168. Пациентка В., 76 лет жалуется на одышку, возникающая при нагрузке физического характера; сердцебиение; быстрая утомляемость; сердечная боль; слабость. Основная аускультативная картина аортальной недостаточности выслушивается:  
A. во 2 межреберье справа у края грудины, в точке Боткина – Эрба  
B. на верхушке сердца  
C. в 4 точке аускультации  
D. на основании мечевидного отростка  
E. на легочной артерии
169. В больницу поступил больной с жалобами на боли в области пищевода. Наиболее серьезная по прогнозу жалоба больных с заболеваниями пищевода:  
A. дисфагия  
B. рвота  
C. боль
- D. слюнотечение  
E. изжога
170.  
Различают непосредственную и посредственную перкуссию. Непосредственная производится нанесением удара по грудной стенке, а посредственная состоит в том, что перкуторный удар наносится по плессиметру. Основные параметры перкуторного звука:  
A. сила  
B. высота  
C. локализация  
D. иррадиация  
E. продолжительность
171. В больницу поступила женщина 25 лет, с жалобами на отрыжки, боли в области пищевода. Дисфагия чаще устанавливаемая по анамнезу в прошлом:  
A. рубцовые стенозы пищевода  
B. новообразование пищевода  
C. дивертикул пищевода  
D. хронический атрофический эзофагит  
E. ценность анамнестических данных равнозначна
172. К правилам общего осмотра не относится:  
A. осмотр проводится на расстоянии 2-3 метров, больного полностью раздевают  
B. освещение должно быть сбоку и спереди  
C. отсутствие постороннего шума  
D. осмотр больного проводится по возможности в дневное время  
E. осмотр проводится в определенной последовательности
173. 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 не возникает при:  
A. стенозе митрального отверстия  
B. стенозе устья легочной артерий  
C. недостаточности митрального клапана  
D. недостаточности 3-х створчатого клапана  
E. стенозе устья аорты
174. У мужчины 67 лет после физической нагрузки возникли загрудинные боли, отдышка. Диастолический шум не возникает при:  
A. недостаточности митрального клапана  
B. недостаточности аортальных клапанов  
C. стенозе 3-х створчатого отверстия  
D. митральном стенозе  
E. недостаточности клапана легочной артерий
175. Митральная недостаточность – самый частый вид нарушений клапанного аппарата сердца. Она выявляется у половины больных с пороками сердца, преимущественно в сочетании с митральным стенозом и с аортальными пороками – стенозами или недостаточностью клапанов аорты. Систолический шум при митральной недостаточности лучше выслушивается:  
A. в положении лежа  
B. на высоте вдоха



- C. при непосредственной аускультации  
 D. в положении сидя  
 E. в положение стоя
176. 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, замирания сердца, переверотов в левой половине грудной клетки. Эпицентр систолического шума при митральной недостаточности:
- A. на верхушке сердца  
 B. в т. проекции митрального клапана  
 C. на основании сердца у грудины  
 D. 3 межреберье у левого края грудины  
 E. 4 межреберье у левого края грудины
177. Диастолический шум — это звуки, выслушиваемые над областью сердца во время диастолы желудочков при ряде заболеваний сердца. Диастолический шум на ограниченном участке верхушки сердца характерен для:
- A. митрального стеноза  
 B. митральной недостаточности  
 C. дефекта межжелудочковой перегородки  
 D. перикардита  
 E. анемии
178. 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. Патология, с указанными симптомами:
- A. Острая левожелудочковая недостаточность  
 B. Приступ бронхиальной астмы  
 C. Тромбоэмболия легочной артерии  
 D. Спонтанный пневмоторакс  
 E. Инфарктная пневмония
179. Оценку 1 тону дают на основании его звучности:
- A. в 1 и 4 точках аускультации  
 B. во 2 и 3 точках аускультации  
 C. 1 и 2 точках аускультации  
 D. в 1, 2, 3, 4 точках аускультации  
 E. в 5 точке аускультации
180. 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:
- A. напряженный и полный  
 B. быстрый и высокий  
 C. дикротический  
 D. мягкий и полный  
 E. альтернирующие