

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»	044 – 47 / 11 ()	
Контрольно-измерительные средства, вопросы программы для промежуточной аттестации по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»	1 стр. из 48	

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для промежуточной аттестации

Название ОП:	6В10103 «Стоматология»
Код дисциплины:	PVB 3205
Название дисциплины:	«Пропедевтика внутренних болезней »
Объем учебных часов/кредитов:	180 ч. (6 кредитов)
Курс и семестр изучения:	3 курс, V семестр

Шымкент – 2023-2024 г.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

MEDISINA
AKADEMIASY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL
ACADEMY

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

044 – 47 / 11 ()

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

2 стр. из 48

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

Протокол № 14 от «29» 06. 2023г.



Тестовые вопросы по дисциплине Пропедевтика внутренних болезней – 1 (4 кредита) для специальностей ОМ 3 курс 480 вопросов

<question>Выдающийся русский терапевт, впервые широко внедривший в России историю болезни больных:

<variant>М.Я. Мудров

<variant>С.П. Боткин

<variant>Г.А. Захарьин

<variant>С.С. Зимницкий

<variant>Р.Лаеннек

<question>Объективный метод исследования больных:

<variant>осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация

<variant>расспрос, пальпация, перкуссия

<variant>расспрос, аускультация, перкуссия

<variant>расспрос, осмотр, пальпация

<variant>расспрос, пальпация, перкуссия

<question>Ученый-терапевт, предложивший схему расспроса больных, доведя этот метод «до высоты искусства».

<variant>Г.А. Захарьин

<variant>Л. Ауэнбруггер

<variant>Р.Лаеннек.

<variant>Куссмауль.

<variant>Эйнтховен.

<question>Ученый, предложивший метод перкуссии:

<variant>Л. Ауэнбруггер

<variant>Р.Лаеннек

<variant>Г.А. Захарьин

<variant>Куссмауль

<variant>Эйнтховен

<question>Метод аускультации больных предложил:

<variant>Р.Лаеннек

<variant>Л. Ауэнбруггер

<variant>Куссмауль

<variant>Г.А. Захарьин

<variant>Эйнтховен

<question>При аортальной недостаточности верхушечный толчок...

<variant>куполообразный

<variant>усиленный.

<variant>смещен влево и вниз

<variant>резистентный

<variant>приподнимающий

<question>Пациентка В., 76 лет жалуется на одышку, возникающую при нагрузке физического характера; сердцебиение; быструю утомляемость;

сердечную боль; слабость. Основная аускультативная картина аортальной недостаточности выслушивается:

<variant>во 2 межреберье справа у края грудины, в точке Боткина – Эрба

<variant>на верхушке сердца

<variant>в 4 точке аускультации

<variant>на основании мечевидного отростка

<variant>на легочной артерии

<question>Женщина в возрасте 48 лет жалуется на боли в области пищевода и желудка, на вздутие живота, жидкий стул, повышенную утомляемость в последние 15 мес. За этот период она похудела на 18 кг. Наиболее грозная причина дисфагии:

<variant>новообразование пищевода

<variant>ожоговый стеноз пищевода

<variant>вдавление пищевода из вне

<variant>дивертикул пищевода

<variant>воспаление пищевода

<question>**Зондирование желудка** – это одна из самых часто проводимых диагностических процедур, обязательная при подозрении на гастрит, язвенную болезнь и множестве других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Ученый предложивший метод желудочного зондирования:

<variant>Куссмауль

<variant>Г.А. Захарьин

<variant>Р.Лаеннек

<variant>Л. Ауэнбруггер

<variant>Эйнтховен

<question>Ученый-физиолог, предложивший ЭКГ аппарат:

<variant>Эйнтховен

<variant>Г.А. Захарьин

<variant>Р.Лаеннек

<variant>Куссмауль

<variant>Л. Ауэнбруггер

<question>К симптомам нарушения сознания Не относится:

<variant>бессонница

<variant>сопор

<variant>ступор

<variant>возбуждение

<variant>кома

<question>К правилам общего осмотра Не относится:

<variant>осмотр проводится на расстоянии 2-3 метров, больного полностью раздевают

<variant>освещение должно быть сбоку и спереди

<variant>отсутствие постороннего шума



<variant>осмотр больного по возможности в дневное время

<variant>осмотр в определенной последовательности

<question>Во время общего осмотра у больного Не определяется:

<variant>изменение в области сердца

<variant>положение в постели

<variant>телосложение

<variant>сознание

<variant>кожа и видимые слизистые

<question>Пациент, 76 лет, в коме бригадой СМП доставлен в приемный покой БСМП. Мужчина живет один, со слов соседей болен сахарным диабетом много лет, злоупотребляет алкоголем. В квартире найдены препараты: манинил, сиофор. ЧДД-18 в минуту, сердечные тоны приглушены, ритмичные с ЧСС-100 в минуту, АД= 80/40 мм рт ст. При исследовании: сахар крови - 1,7 ммоль/л, кетоновые тела - 15 мг%, алкоголь 1% У больного нарушение сознания в виде комы это:

<variant>состояние глубокого сна, но невозможно больного разбудить

<variant>состояние заторможенности

<variant>состояние глубокого сна, но возможно больного разбудить

<variant>бессонница

<variant>состояние возбуждения.

<question>Пальпация основана на:

<variant>чувстве осязания и объемности органа

<variant>улавливании видимых глазом изменения

<variant>улавливании звука от колебательных движений в тканях

<variant>улавливании запаха

<variant>улавливании звуковых явлений, возникающих в организме

<question>Перкуссия основана на:

<variant>улавливании звука от колебательных движений в тканях

<variant>чувстве осязания и объемности органа

<variant>улавливании видимых глазом изменения

<variant>улавливании запаха

<variant>улавливании звуковых явлений, возникающих в организме.

<question>Пальпация основана на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки. Метод пальпации существенно усовершенствован:

<variant>В.П.Образцовым – Н.Д.Стражеско

<variant>С.П.Боткиным

<variant>Куссмаульем

<variant>М.Я.Мудровым

<variant>Г.А.Захарьиним

<question>В больницу поступила гражданка А, 25 лет, с жалобами на отдышку, удушье. Основной фактор, снижающий громкость перкуторного звука:

<variant>уплотнение органа из-за воспаления

<variant>снижение амплитуды звуковых волн

<variant>плотность органа

<variant>выраженное утолщение стенки грудной клетки

<variant>сила перкуторного звука

<question>Чем ближе звук к тону, тем длиннее его звучание, тем более четко дифференцируется его высота. При одинаковой силе перкуторного удара высокие звуки тише и короче, а низкие — громче и продолжительнее. Основной фактор повышающий громкость перкуторного звука:

<variant>увеличение амплитуды звуковых волн

<variant>увеличение воздушности органа

<variant>уменьшение толщины стенки грудной клетки

<variant>появление в органе полости, содержащей воздух

<variant>при наличии воспаления в органах

<question>Тупой перкуторный звук, означает наличие...звуча.

<variant>тихого

<variant>высокого

<variant>продолжительного

<variant>короткого

<variant>громкого

<question>Тимпанический перкуторный звук, означает наличие...звуча.

<variant>громкого

<variant>продолжительного

<variant>низкого или высокого

<variant>тихого

<variant>тупого

<question>Наиболее распространенной является перкуссия....

<variant>пальце-пальцевая

<variant>инструментальная

<variant>непосредственная

<variant>комбинированная

<variant>пальце-пальцевая, инструментальная

<question>Тишайшая перкуссия применяется для определения....

<variant>границ абсолютной сердечной тупости

<variant>границ печени

<variant>границ легких

<variant>границ относительной сердечной



тупости

<variant>очага воспаления

<question>Тихая перкуссия применяется для определения...

<variant>границ относительной сердечной тупости

<variant>проведения сравнения

<variant>выявления глубоко расположенной полости

<variant>границ органа

<variant>очага воспаления

<question>Сильная, громкая перкуссия вызывает колебания перкуторной ткани на глубину:

<variant>4-7 см

<variant>2-5 см

<variant>8-10 см

<variant>10-12 см

<variant>более 12 см

<question>Тихая, слабая перкуссия вызывает колебания перкутируемой ткани на глубину:

<variant>2-4 см

<variant>3-5 см

<variant>до 10 см

<variant>10-12 см

<variant>более 12 см

<question>Топографическая перкуссия применяется для определения...

<variant>границ органа

<variant>размеров органа

<variant>конфигурацию органа

<variant>очага воспаления

<variant>патологического процесса в органе

<question>Расположение диафрагмы соответствует нижней границе легких.

Сравнительная перкуссия позволяет определить:

<variant>патологические процессы в органах

<variant>конфигурацию органа

<variant>размеры органа

<variant>очага воспаления

<variant>границы органа

<question>Больной Н, 35 лет, вызвал бригаду «Скорой помощи». Предъявляет жалобы на приступ удушья, сильный кашель, потливость, сердцебиение, першение в горле, чувство страха. Объективно: состояние средней степени тяжести, положение ортопноэ, лицо синюшно-багрового цвета. Аускультативно: в легких жесткое дыхание, по всем полям сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 108 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. При проведении аускультации

Не верное условие:

<variant>шум в помещении, температура

<variant>положение врача удобное для него

<variant>тишина в помещении, температура 25°C

<variant>выслушиваемый участок не должен издавать дополнительные звуки

<variant>положение больного сидя на стуле

<question>Больной С., 30 лет, доставлен в медицинский пункт в тяжелом состоянии. Кожные и слизистые покровы цианотичны. Пульс

146 уд./мин, слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Дыхание частое и поверхностное. Температура тела 40,6° С. По свидетельству сопровождающих, пострадавший, ликвидируя аварию, в течение 40 минут работал при температуре воздуха около 70° С и высокой влажности. Нормальные величины температуры тела человека:

<variant>36,0 – 36,80

<variant>38,0 – 38,90

<variant>37,0 – 37,90

<variant>39,0 – 39,90

<variant>40,0 – 40,90

<question>В понятие анасарка не входит:

<variant>воротник Стокса

<variant>асцит

<variant>гидроперикард

<variant>массивные, распространенные отеки

<variant>гидроторакс

<question>У больного глубокое шумное и редкое дыхание называется дыханием по типу:

<variant>Куссмауля

<variant>Чейн - Стокса

<variant>Грокко

<variant>Биотта

<variant>смешанного

<question>У больного редкое дыхание с постепенным нарастанием, затем уменьшением глубины дыхания, сменяющееся с периодами прекращения дыхания называется дыханием по типу:

<variant>Чейна - Стокса

<variant>Куссмауля

<variant>Грокко

<variant>Биотта

<variant>смешанного

<question>В больницу поступил больной с нарушением дыхания. У больного равномерное дыхание с паузами до полминуты называется дыханием по типу:

<variant>Биотта

<variant>Куссмауля

<variant>Чейн - Стокса

<variant>Грокко



<variant>смешанного

<question>У человека нормальное число дыханий

в одну минуту:

<variant>16 – 20

<variant>24 – 28

<variant>32 – 36

<variant>10 – 14

<variant>36 – 40

<question>Если частота дыхательных движений в одну минуту составляет 10 – 14, то это:

<variant>брадипноэ

<variant>тахипноэ

<variant>апноэ

<variant>диспноэ

<variant>норма

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

<variant>тахипноэ

<variant>диспноэ

<variant>апноэ

<variant>брадипноэ

<variant>норма

<question>У больного, поступившего в тяжелом состоянии произошла кратковременная остановка дыхания. Остановка дыхания на определенный период называется:

<variant>апноэ

<variant>норма

<variant>диспноэ

<variant>тахипноэ

<variant>брадипноэ

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

<variant>состояния плевральной полости, плотности легочной ткани, проходимости бронхиального дерева, толщины грудной стенки
<variant>плотности легочной ткани, высоты голоса

<variant>проходимости бронхиального дерева, высоты голоса

<variant>толщины грудной стенки, высоты голоса
<variant>состояния плевральной полости, высоты голоса

<question>В больницу поступил больной И., 36 лет. Грудная клетка правильной формы. Обе ее половины симметричны, отстают в акте дыхания. При перкуссии справа в межлопаточной области на уровне 3 – 6 ребер звук притуплено-тимпанический. Голосовое дрожание усилено. Ниже 7 ребра перкуторный звук тимпанический. Одностороннее усиление голосового дрожания наблюдается при:

<variant>фибротораксе

<variant>гидротораксе

<variant>долевом воспалительном уплотнении

<variant>обтурационном ателектазе

<variant>пневмотораксе

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

<variant>обтурационном ателектазе

<variant>эмфиземе легких

<variant>полости в легком соединенной с бронхом

<variant>очаговом воспалительном уплотнении

<variant>долевом воспалительном уплотнении

<question>Голосовое дрожание при эмфиземе легких:

<variant>ослаблено двусторонне

<variant>усилено односторонне

<variant>не изменено

<variant>ослаблено односторонне

<variant>усилено двусторонне

<question>Перкуторный звук над легкими у здорового человека:

<variant>ясный легочный

<variant>тупой

<variant>тимпанический

<variant>притупленный

<variant>коробочный

<question>Перкуторный звук в правой подмышечной области:

<variant>ясный легочный

<variant>тимпанический

<variant>тупой

<variant>легочный звук несколько тише и короче

<variant>коробочный



<question>Перкуторный звук в левой подмышечной области:

<variant>легочный звук громкий, высокий с тимпаническим оттенком

<variant>тупой звук

<variant>ясный с легочным оттенком

<variant>коробочный звук

<variant>легочный звук несколько тише и короче

<question>Перкуторный звук характерный для скопления жидкости в плевральной полости:

<variant>тупой

<variant>коробочный

<variant>ясный легочный

<variant>тимпанический

<variant>притупленно - тимпанический

<question>Перкуторный звук характерный для синдрома уплотнения легочной ткани:

<variant>притупленный

<variant>тупой

<variant>ясный легочный

<variant>тимпанический

<variant>притупленно - тимпанический

<question>Перкуторный звук определяемый над гладкостенной полостью в легком соединенной с бронхом, более 5 см в диаметре:

<variant>тимпанический

<variant>коробочный

<variant>тупой

<variant>притупленно - тимпанический

<variant>ясный легочный

<question>Перкуторный звук определяемый при пневмотораксе

<variant>тимпанический

<variant>притупленный

<variant>тупой

<variant>ясный легочный

<variant>притупленно - тимпанический

<question>Перкуторный звук определяемый при сужении бронхов вязким экссудатом (острый бронхит):

<variant>ясный легочный

<variant>притупленный

<variant>коробочный

<variant>тупой

<variant>тимпанический

<question>Перкуторный звук определяемый при синдроме повышения воздушности легочной ткани:

<variant>коробочный звук

<variant>тимпанический

<variant>ясный легочный

<variant>тупой

<variant>притуплено - тимпанический

<question>Перкуторный звук определяемый над полостью в легком наполненной жидкостью (гноем, кровью):

<variant>притупленный

<variant>тимпанический

<variant>тупой

<variant>коробочный

<variant>ясный легочный

<question>Нижняя граница легких по правой парастернальной линии у гиперстеника:

<variant>4 межреберье

<variant>5 межреберье

<variant>5 ребро

<variant>4 ребро

<variant>6 межреберье

<question>Нижняя граница легких по правой парастернальной линии у астеника:

<variant>7 межреберье

<variant>5 ребро

<variant>6 межреберье

<variant>6 ребро

<variant>5 межреберье

<question>Нижняя граница легких по правой парастернальной линии у нормостеника:

<variant>6 межреберье

<variant>5 межреберье

<variant>5 ребро

<variant>6 ребро

<variant>4 ребро

<question>Верхушка легких спереди располагается:

<variant>на 3 – 4 см выше ключицы

<variant>на 4 – 5 см выше ключицы

<variant>на 1 – 2 см ниже ключицы

<variant>на 1 – 2 см выше ключицы

<variant>на 0,5 см ниже ключицы

<question>Ширина полей Кренига в норме равна:

<variant>5 – 6 см

<variant>8 – 10 см

<variant>3 - 4 см

<variant>1 – 2 см

<variant>10 – 12 см

<question>Изменение подвижности легочного края при сращении плевральных листков:

<variant>уменьшается

<variant>увеличивается

<variant>остаётся нормальной

<variant>не изменяется

<variant>на выдохе увеличивается

<question>Дыхание выслушиваемое над легкими у детей:



<variant>пуэрильное

<variant>везикулярное

<variant>бронхиальное

<variant>ослабленное везикулярное

<variant>усиленное везикулярное

<question>При аускультации легких справа под лопаткой выявляется побочный дыхательный шум, выслушиваемый на вдохе и выдохе. Дыхание выслушиваемое над верхушкой правого легкого:

<variant>бронхиальное

<variant>везикулярное

<variant>ослабленное везикулярное

<variant>смешанное

<variant>усиленное везикулярное

<question>Дыхательный шум выслушиваемый над легкими у здоровых людей:

<variant>везикулярное

<variant>пуэрильное

<variant>смешанное

<variant>бронхиальное

<variant>амфорическое

<question>Дыхание выслушиваемое при физической работе, у больных с тиреотоксикозом:

<variant>усиленное везикулярное

<variant>жесткое

<variant>ослабленное везикулярное

<variant>саккадированное

<variant>патологическое бронхиальное

<question>Поступил больной 54 года. Характерны жалобы на боли в грудной клетке, повышение температуры тела, выраженную общую слабость. Боль чаще односторонняя на стороне поражения, достаточно интенсивная, с тенденцией к усилению при глубоком вдохе, кашле, чихании. Температура тела повышается до 38°C, редко выше. Также беспокоит общая слабость, потливость, головная боль, непостоянные боли в мышцах и суставах. Аускультативный признак синдрома утолщения листков плевры:

<variant>ослабленное везикулярное

<variant>амфорическое

<variant>везикулярное дыхание

<variant>патологическое бронхиальное

<variant>усиленное везикулярное

<question>Причины ослабления везикулярного дыхания:

<variant>потеря эластических свойств альвеол слизистой

<variant>бронхоспазм

<variant>наличие жидкого секрета в бронхах

<variant>наличие вязкого секрета в бронхах

<variant>сужение просвета мелких бронхов из-за воспалительного отека их

<question>В больницу поступил больной с нарушенным дыханием. Амфорическое дыхание очень низкое, мягкое, негромкое бронхиальное дыхание, имеющее музыкальный, металлический оттенок и похожее на звук, получающийся при быстром прохождении узкой струи воздуха над пустой бутылкой (откуда и название). Амфорическое дыхание выслушивается при:

<variant>абсцессе легкого во второй стадии

<variant>бронхиальной астме

<variant>2 стадии крупозной пневмонии

<variant>плеврите

<variant>пневмотораксе

<question>Больной К., 38 лет, находится на стационарном лечении 10-е. Аускультативно: разнокалиберные влажные и сухие хрипы. Дыхание поверхностное, тахипноэ, ЧДД 28 в мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия ЧСС 100 в мин., АД 90/60 мм.рт. ст. Сухие хрипы возникают из-за:

<variant>сужения просвета бронхов

<variant>набухания слизистой оболочки бронхов

<variant>скопления в просвете бронхов вязкого секрета

<variant>наличия в альвеолах жидкости

<variant>спазма гладкой мускулатуры бронхов

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

<variant>дискантовым

<variant>мелкопузырчатым

<variant>крупнопузырчатым

<variant>консонизирующим

<variant>неконсонизирующим

<question>У больной 46 лет в детстве после перенесенного ревматизма сформировался стеноз митрального отверстия. В течение многих лет чувствовала себя удовлетворительно, но в последнее время, после частых ангин, состояние резко ухудшилось: появились одышка, кашель с выделением «ржавой» мокроты, сердцебиение, боли в области сердца, отеки на ногах, прибавила в весе. Влажные хрипы возникают при:

<variant>скоплении в просвете бронхов жидкого



или полужидкого секрета+

<variant>скопления в просвете бронхов вязкого секрета

<variant>набуханий слизистой оболочки бронхов

<variant>спазме гладкой мускулатуры бронхов

<variant>наличия в альвеолах жидкости

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

<variant>наличия в альвеолах жидкого секрета

<variant>скопления в просвете бронхов жидкого или полужидкого секрета

<variant>набухания слизистой оболочки бронхов

<variant>сужении просвета бронхов вязким секретом

<variant>спазме гладкой мускулатуры бронхов

<question>В отличие от хрипов и крепитации, шум трения плевры выслушивается:

<variant>при дыхательных движениях с закрытым ртом и зажатом носе

<variant>после кашля звук меняется

<variant>при надавливании стетоскопом ослабевает

<variant>только в фазу выдоха

<variant>только в фазу вдоха

<question>В отличие от шума трения плевры и крепитации, хрипы:

<variant>после кашля могут исчезать

<variant>напоминают треск, возникающие при растирании пучка волос над ухом

<variant>напоминают хруст снега под ногами

<variant>выслушиваются в фазу выдоха

<variant>выслушиваются при дыхательных движениях с закрытым ртом и зажатом носе

<question>Больной жалуется на кашель с отделением мокроты, одышку с затрудненным выдохом при малейшей физической нагрузке и в покое, значительная постоянная слабость, утомляемость. При осмотре определяется выраженный диффузный цианоз, значительное участие вспомогательной мускулатуры даже в покое, частота дыхательных движений 32 в 1 минуту. Дыхание, выслушиваемое над полостью в легком (без гноя):

<variant>амфорическое

<variant>жестковатое

<variant>бронхиальное

<variant>ослабленное везикулярное

<variant>везикулярное

<question>Больной жалуется на повышение температуры до 39 °С, озноб. Над всей поверхностью грудной клетки справа выслушиваются звучные крепитации и ослабленное везикулярное дыхание. Диагноз:

<variant>крупозная пневмония

<variant>очаговая пневмония

<variant>хронический бронхит

<variant>экссудативный плеврит

<variant>бронхоэктатическая болезнь.

<question>Поступил больной с кашлем, кровохарканьем, мокротой, астматическим синдромом. При аускультации легких выслушивается наличие влажных незвучных хрипов на фоне жесткого дыхания. Диагноз:

<variant>хронический бронхит

<variant>крупозная пневмония 2 ст

<variant>экссудативный плеврит

<variant>крупозная пневмония 1 ст

<variant>очаговая пневмония

<question>Причина физиологического усиления везикулярного дыхания:

<variant>физическое перенапряжение

<variant>высокое стояние диафрагмы

<variant>утолщение подкожных жиров

<variant>утолщение мышечного слоя

<variant>подкожная эмфизема

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

Механизм появления сухих хрипов:

<variant>сужение просвета бронхов

<variant>утолщение листков плевры

<variant>наличие жидкого секрета в просвете

<variant>колебание стенок альвеол

<variant>наличие жидкости в альвеолах

<question>Больная Б., 37 лет, жалуется на выраженную одышку, кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой в течение 3-х часов. Объективно: состояние средней тяжести. Вынужденное положение с фиксированным плечевым поясом. Затрудненный удлиненный выдох. Слышны «дистанционные хрипы». Основной аускультативный признак бронхоспастического синдрома:

<variant>дискантовые хрипы

<variant>крупозырчатые хрипы

<variant>мелкопузырчатые влажные хрипы

<variant>консонизирующие хрипы



<variant>крепитация

<question>Больной Н, 35 лет, вывал бригаду «Скорой помощи». Предъявляет жалобы на приступ удушья, сильный кашель, потливость, сердцебиение, першение в горле, чувство страха. Объективно: состояние средней степени тяжести, положение ортопноэ, лицо синюшно-багрового цвета. Признаками синдрома уплотнения легочной ткани не являются :

<variant>ослабление везикулярного дыхания на здоровой стороне

<variant>притупление перкуторного звука

<variant>усиление голосового дрожания

<variant>усиление бронхофонии и влажные хрипы

<variant>отставание больной стороны в акте дыхания

<question>У больной П., 27 лет, после обработки помещения дезинфицирующим раствором внезапно появилось чувство нехватки воздуха, надсадный приступообразный кашель, страх смерти. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы цианотичные, выраженный гипергидроз. Тахипноэ, ЧДД 40 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС 140 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. Над полостью в легком, содержащей воздух и мокроту выслушивается:

<variant>бронхиальное дыхание и крупнопузырчатые влажные хрипы

<variant>сухие хрипы

<variant>крепитация

<variant>сухие хрипы

<variant>мелкопузырчатые влажные хрипы

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

<variant>жесткое

<variant>везикулярное

<variant>усиленное везикулярное

<variant>амфорическое

<variant>бронхиальное

<question>Болезная Ю. жалуется на одышку, затрудненный выдох, кашель со скудной мокротой со вчерашнего вечера. Дополнительные шумы выслушиваемые при поражении плевры:

<variant>шум трения плевры

<variant>звучные влажные хрипы

<variant>крепитации

<variant>незвучные влажные хрипы

<variant>сухие хрипы

<question>Бронхофония над obturationalным ателектазом:

<variant>ослаблена

<variant>ослаблена над симметричными участками

<variant>усиленна

<variant>не изменена

<variant>не усиленна

<question>Бронхофония над жидкостью в плевральной полости:

<variant>ослаблена

<variant>усиленна

<variant>не изменена

<variant>ослаблена над симметричными участками

<variant>не усиленна

<question>Бронхофония над компрессионным ателектазом:

<variant>усиленна

<variant>не изменена

<variant>ослаблена над симметричными участками

<variant>не усиленна

<variant>ослаблена

<question>Бронхофония при эмфиземе легких:

<variant>ослаблена над симметричными участками

<variant>ослаблена

<variant>усиленна

<variant>не изменена

<variant>не усиленна

<question>Врач бригады скорой помощи был вызван к больной, 28 лет по поводу внезапно возникшего и продолжающегося в течение нескольких часов приступа удушья с затруднением выдоха, кашля с трудноотделяемой мокротой. Повторное применение ингалятора (β-адреностимулятор, беротек) дало лишь временный эффект. Подобные приступы беспокоят больного в течение 5 лет, которые провоцируются запахами бензина, цветущих растений. Основным признаком дыхательной недостаточности:

<variant>одышка

<variant>кровохарканье

<variant>кашель

<variant>мокрота

<variant>слабость

<question>Больной К., 52 лет, обратился с жалобами на упорный кашель с выделением



небольшого количества слизисто-гноной мокроты, одышку при физической нагрузке, субфебрильную температуру, потливость, снижение аппетита, похудание на 5 кг за последние 3 месяца, общую слабость. Основной признак дыхательной недостаточности 2 степени:

<variant>одышка при незначительной физической нагрузке

<variant>одышка в покое

<variant>одышка при ходьбе 400 метров

<variant>одышка во сне

<variant>ЧДД 20 в минуту

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

<variant>объемная скорость воздушного потока во время вдоха и выдоха

<variant>дополнительный объем

<variant>дыхательный объем

<variant>резервный объем

<variant>объем остаточного воздуха

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

Оксигеметрией определяется:

<variant>объемная скорость вдоха и выдоха

<variant>дополнительный объем

<variant>насыщение крови кислородом

<variant>дыхательный объем

<variant>резервный объем

<question>К эндоскопическому методу исследования дыхательной системы не относится:

<variant>бронхография

<variant>бронхоскопия

<variant>фибробронхоскопия

<variant>торакоскопия

<variant>трахеоскопия

<question>В гимназии № 5 провели общий осмотр студентов старших классов. Метод исследования дыхательной системы применяемый для массового осмотра:

<variant>флюорография

<variant>бронхография

<variant>рентгенография

<variant>томография

<variant>рентгеноскопия

<question>К дополнительным методом исследования дыхательной системы не относятся:

<variant>капилляроскопии

<variant>пневмотахометрии

<variant>оксигеметрии

<variant>бронхографии

<variant>спирометрии

<question>Больной 45 лет, доставлен в стационар с приступами удушья, который не купируется в течение суток. Страдает одышкой и приступами удушья около шести лет, неоднократно лечился в стационаре, получил гормональную терапию. Кашель с отхождением мокроты отмечает давно (10 лет). За неделю до поступления в больницу, усиление кашля и одышки, увеличение количество желтоватой мокроты, слабость. Если в мокроте обнаружены спирали Куршмана и кристаллы Шарко – Лейдена, то это:

<variant>бронхиальная астма

<variant>хронический простой бронхит

<variant>гангрена легких

<variant>бронхоэктатическая болезнь

<variant>абсцесс легкого

<question>Больной И., 49 лет поступил в больницу с жалобами на субфебрильную температуру. У больного мокрота в виде «малинового желе», который характерна для:

<variant>рака легкого

<variant>бронхоэктатической болезни

<variant>крупозной пневмонии

<variant>острого бронхита

<variant>ателектаза легкого

<question> Скорая помощь доставила пациента с потерей сознания и большой потерей крови. Признаками легочного кровотечения является....

<variant>кровь - алая, неизменная с пузырьками

<variant>кровь - алая, неизменная, без пузырьков

<variant>кровь - цвета «кофейной гущи»

<variant>появление крови в связи с приемом пищи

<variant>появление крови сочетается с тошнотой, изжогой

<question>Резкая одышка, удушье, кашель, кровохарканье, ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца у больного со стенозом левого венозного отверстия-это:



<variant>признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)

<variant>тромбоэмболия ветвей легочных артерии

<variant> проявления дыхательной недостаточности, связанные с бронхиальной астмой

<variant>проявления симптоматической артериальной гипертензии при феохромоцитоме

<variant>признаки почечной эклампсии

<question>В больницу был доставлен пациент Е, 48 лет, в состоянии комы. Заболевания, при котором характерно нарушение сознания и впадение в кому:

<variant>конечная стадия дыхательной недостаточности

<variant>острый бронхит

<variant>абсцесс легкого

<variant>спонтанный пневмоторакс

<variant>крупозная пневмония

<question>К основным жалобам больных с заболеваниями органов дыхательной системы не относятся:

<variant>загрудинные боли, ощущение нехватки воздуха

<variant>одышка смешанного характера, повышение температуры

<variant>кашель с чувством нехватки воздуха

<variant>кашель, температура, иногда кровохарканье

<variant>боли в груди усиливающий при глубоком дыхании, гнойная мокрота

<question>Больной 35 лет в течение 16 лет работал забойщиком на угольной шахте, имел контакт с угольной пылью, превышающей ПДК в 4 раза. В течение последних двух лет отмечает кашель с выделением мокроты серого цвета, одышку при физической нагрузке. У больного одышка экспираторного характера, которая характеризуется....

<variant>внезапным резким затруднением выдоха

<variant>затруднением выдоха при физической нагрузке

<variant>наличие дистанционных хрипов

<variant>затруднением вдоха при физической нагрузке

<variant>внезапным резким затруднением вдоха

<question>Больной Н., 37 лет, жалобы на одышку при физической нагрузке, кашель с незначительным отделением мокроты, боли в области грудной клетки в течение последнего года. Последние годы работал на производстве по

изготовлению изделий пиротехники, имел контакт с порошкообразным [аммиаком](#). Средствами индивидуальной защиты пользовался не регулярно. Курит с 18 лет. У больного одышка инспираторного характера, которая характеризуется....

<variant>внезапным резким затруднением вдоха

<variant>наличием дистанционных хрипов

<variant>затруднением выдоха при физической нагрузке

<variant>внезапным резким затруднением выдоха

<variant>затруднением вдоха при физической нагрузке

<question>Больная С., 33 года, жалобы на приступы затрудненного дыхания во время работы в течение последнего года, кашель. Отсутствуют. Кашель не является результатом раздражения:

<variant>плевральных листков

<variant>альвеол

<variant>гортани

<variant>бронхов

<variant>носоглотки

<question>Больной 30 лет, в течение 3 лет работал на предприятии по производству кинескопов. Последние 7 лет работает бухгалтером. Заболел ОРВИ, принимал антибиотики. Отмечено появление на этом этапе значительной одышки, резкий подъем температуры, кашель. У больного приступообразный сухой кашель, который характерен для:

<variant>аллергического трахеобронхита

<variant>бронхоэктатической болезни

<variant>дыхательной недостаточности

<variant>хронического гнойного бронхита

<variant>абсцесса легкого

<question>Больной 57 лет, обратился к врачу с жалобами на надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная.

<variant>крупозной пневмонии, сухом плеврите

<variant>интерстициальной и прикорневой пневмонии

<variant>остром и хроническом бронхите

<variant>центральной раке легкого

<variant>абсцессах и бронхоэктазах легкого

<question>Ночной кашель часто сопровождается:

<variant>туберкулез легких

<variant>абсцесс легкого

<variant>острый бронхит

<variant>крупозной пневмоний

<variant>очаговой пневмонии

<question>Беззвучный кашель наблюдается у



больных:

<variant>ослабленных и истощенных
<variant>с крупозной пневмонией
<variant>раком легкого, плевритом
<variant>абсцессом легкого или бронхоэктазами
<variant>кавернозным туберкулезом
<question>Колющая боль в груди, связанная с актом дыхания наблюдается при:
<variant>крупозной пневмонии, сухом плеврите
<variant>интерстициальной пневмонии
<variant>остром бронхите
<variant>эмфиземе легких, пневмосклерозе
<variant>центральной раке легкого
<question>Приступ кашля с трудно отделяемой вязкой мокротой наблюдается при:
<variant>бронхиальной астме
<variant>раке или туберкулезе легких
<variant>абсцессе легкого или бронхоэктазах
<variant>пневмосклерозе, эмфиземе легких
<variant>очаговой или крупозной пневмонии
<question>Больной К., 29 лет, работает на ЯМЗ. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до 38,0°C, нарастание слабости, сонливости, похудания, повышенную потливость. Больной продолжал работать, но два дня назад появилась гнойная мокрота, что заставило обратиться к врачу. Обильная до 200 – 300 мл гнойная мокрота в сутки выделяется при:
<variant>гнойном обструктивном бронхите
<variant>эмфиземе легких, пневмосклерозе
<variant>бронхиальной астме
<variant>очаговой или крупозной пневмоний
<variant>бронхоэктатической болезни
<question>Больной жалуется на повышенную температуру, сильный кашель с выделением мокроты. Выделение мокроты не характерно для:
<variant>эмфиземы легких, пневмосклерозе
<variant>очаговой или крупозной пневмонии
<variant>бронхиальной астме
<variant>гнойном обструктивном бронхите
<variant>бронхоэктатической болезни
<question>Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой ржавого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. Ржавая мокрота выделяется при:
<variant>крупозной пневмонии
<variant>раке легкого
<variant>бронхоэктатической болезни
<variant>хроническом бронхите

<variant>гангрене легкого

<question>Пациент 35 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре. Зловонная мокрота выделяется при:

<variant>гангрене легкого
<variant>крупозной пневмонии
<variant>бронхоэктатической болезни
<variant>хроническом бронхите
<variant>раке легкого

<question>Мужчина 46 лет, обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты. Похудел на 6 кг за 3 мес. Трехслойная мокрота выделяется при:

<variant>крупозной пневмонии
<variant>абсцессе легкого
<variant>туберкулезе
<variant>хроническом бронхите
<variant>раке легкого

<question>При объективном обследовании у пациента обнаруживается повышение температуры до 39,8° С. Из анамнеза известно, что повышение температуры отмечалась у него практически постоянно на протяжении последнего года, прием жаропонижающих средств типа аспирина не приводит к ее нормализации. Истошающая температура наблюдается при:

<variant>абсцессе легкого до прорыва
<variant>раке легкого
<variant>абсцессе легкого после прорыва
<variant>крупозной пневмонии

<variant>гнойном обструктивном бронхите
<question>Больной К., 18 лет, поступил в терапевтическое отделение по поводу повышения температуры тела до 40,5° С. Больной бледен, кожа сухая. Язык обложен белым налетом. Больной жалуется на головную боль, полное отсутствие аппетита, сонливость, сильный кашель с мокротой, одышку, болезненность в мышцах и суставах. АД - 130/90 мм рт.ст. Пульс 98 уд/мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Дыхание частое и поверхностное. Постоянная лихорадка наблюдается при:

<variant>крупозной пневмонии в начальной



стадии

<variant>раке легкого

<variant>бронхоэктатической болезни

<variant>абсцессе легкого в стадии разрешения

<variant>крупозной пневмонии в стадии разрешения

<question>Больной вынужден сидеть в постели, наклонившись вперед, опираясь о край кровати:

<variant>во время приступа удушья при бронхиальной астме

<variant>при заболевании сердечной астмы

<variant>при перикардите

<variant>при инфаркте миокарде

<variant>при почечной колике

<question>Вынужденное положение больного с крупозной пневмонией:

<variant>на больном боку

<variant>на спине

<variant>на здоровом

<variant>на животе

<variant>сидит с наклоном вперед

<question>Больная В. поступила в терапевтическое отделение. Ее беспокоит: резкая слабость, стеснение в груди, удушье, холодный пот, нитевидный пульс. Гипотония у больного, получающего лечение пенициллином связана с.....

<variant>тромбоэмболией ветвей легочных артерии

<variant>анафилактическим шоком

<variant>признаками острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)

<variant>признаками почечной эклампсии

<variant>признаками правожелудочковой недостаточности

<question>Больной А., 67 лет, доставлен в приемное отделение больницы с приступом на бронхиальную астму. Средствами применяющиеся для снятия приступа бронхиальной астмы:

<variant>эуфиллин, преднизолон, адреналин

<variant>строфантин, лазикс, нитропурсид натрия внутривенно

<variant>лазикс внутривенно, коринфар под язык

<variant>пенициллин

<variant>нитроглицерин, морфий, гепарин

<question>При остром отеке легких прежде всего показаны:

<variant>лазикс, увлажненный кислород, нитропурсид натрия внутривенно

<variant>нитроглицерин, морфий, гепарин

<variant>эуфиллин, преднизолон, лазикс внутривенно

<variant>лазикс внутривенно, коринфар под язык

<variant>пенициллин

<question>У больного острый отек легких, при котором показано...

<variant>внутривенное капельное введение нитропурсид натрия или нитроглицерина

<variant>кордиамин, «сердечные» капли

<variant>введение преднизолона, адреналина, антигистаминных средств, кордиамина

<variant>нитроглицерин под язык, наркотики

<variant>уложить больного в постель, фиксировать нижнюю челюсть

<question>У больного повышение температуры тела в пределах 38-39 градусов, которая расценивается как...

<variant>фебрильная температура

<variant>чрезмерно высокая температура

<variant>высокая температура

<variant>гиперпиретическая температура

<variant>субфебрильная температура

<question>У больного А. 28 лет появились приступообразные боли в области поясницы, задержка мочи и отечность. Выявили положительный симптом Пастернацкого, который возникает....

<variant>мочекаменной болезни

<variant>диабетической нефропатии

<variant>уретрите

<variant>цистите

<variant>простатите

<question>У больного, страдающего ХОБЛ много лет, во время очередной госпитализации, на ЭКГ было обнаружено следующее: наличие в отведениях II, III, aVF, V₁ высокоамплитудных, с заостренной вершиной зубцов Р, длительность зубца Р не превышает 0,1с. Амплитуда R в V₁ = 8 мм, RV₁+SV_{5,6} = 12mm, электрическая ось смещена вправо (угол α+100). Интерпретируйте данные ЭКГ.

<variant>Гипертрофия правых предсердия и желудочка

<variant>Гипертрофия правого желудочка

<variant>Гипертрофия правого предсердия

<variant>Блокада правой ножки пучка Гиса

<variant>Внутрипредсердная блокада

<question>Больной 65 лет 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Жалуется на усиливающуюся одышку. При обследовании: СОЭ – 65 мм/ч. Рентгенологически обнаружен плевральный выпот. При пункции удалено 500 мл жидкости. Через 2 дня выявлено повторное накопление жидкости в плевральной полости. Наиболее



информативным методом обследование является....

<variant>Цитологическое исследование экссудата

<variant>Компьютерная томография

<variant>Трансбронхиальная пункция

<variant>Исследование на онкомаркеры

<variant>Магнитно-резонансная томография

<question>Больной И., 36 лет, страдающий ХОБЛ, находится на стационарном лечении по поводу очагового туберкулеза легких без распада. После наблюдавшегося клинического улучшения в течение последних 3-х дней отмечается повышение температуры тела до 38°C, непродуктивный кашель. Методам обследования, для уточнения причины ухудшения состояния больного, является....

<variant>посев мокроты на чувствительность сопутствующей микрофлоры

<variant>брашбиопсия

<variant>бронхоскопия

<variant>туберкулиновая проба

<variant>компьютерная спирография

<question>Мужчина пожилого возраста, страдающий хроническим алкоголизмом и ХОБЛ, жалуется на кашель с трудно отделяемой вязкой, тягучей мокротой с запахом подгоревшего мяса, по виду и консистенции напоминающей черносмородиновое желе. При осмотре выраженная интоксикация, одышка, в легких незначительное количество хрипов. Рентгенологически выявлен феномен «расползающегося сотового легкого», многочисленные бронхоэктазы, остаточные полости, пневмосклероз. Наиболее вероятный возбудитель:

<variant>Клебсиелла

<variant>Хламидии

<variant>Микоплазма

<variant>Вирус гриппа

<variant>Кишечная палочка

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

<variant>Эмфизема легких

<variant>Пневмония

<variant>Пневмоторакс

<variant>Острый бронхит

<variant>Хронический бронхит

<question>Больной 26 лет из группы социального риска. Жалобы на слабость, недомогание, утомляемость, похудание, покашливание, ночная потливость. Болеет в течение последних 2-3 месяцев, очень часто работает в ночную смену. На флюорограмме обнаружена инфильтративная тень в верхней доле правого легкого, с дорожкой к корню. Ваша тактика ведение больного:

<variant>Анализ мокроты на БК

<variant>Направить к фтизиатру

<variant>Провести антибактериальную терапию

<variant>Назначить противотуберкулезное лечение

<variant>Направить в пульмонологическое отделение

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

<variant>эмфиземы легких

<variant>пневмоторакса

<variant>острого респираторного заболевания

<variant>острой пневмонии

<variant>острого бронхита

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

<variant>спонтанный пневмоторакс

<variant>остеохондроз

<variant>межреберная невралгия

<variant>ИБС. Стенокардия

<variant>выпотной плеврит.

<question>Мужчина 28 лет жалуется на жгучие и давящие боли в области сердца, испытываемые больным почти постоянно в течение последних двух недель. Беспокоят также сердцебиение и одышка. Заболел около трех недель назад, когда после какого-то заболевания, сопровождающегося кашлем и ознобом, появились указанные выше жалобы со стороны сердца. Тоны сердца глухие, в легких хрипов нет. Печень не увеличена. Какой метод диагностики поможет подтвердить диагноз:

<variant>Спирография



<variant>ЭКГ

<variant>ЭХО-КГ

<variant>рентген

<variant>показатели крови.

<question>Шум трения плевры выслушивается:

<variant>как на вдохе так и на выдохе

<variant>только в фазу глубокого выдоха

<variant>только при глубоком шоке

<variant>только при форсированном выдохе

<variant>только при дыхании с натуживанием

<question>Трехслойность мокроты после отставания характерна для:

<variant>абсцесса легкого и бронхоэктазов

<variant>острого бронхита

<variant>саркоидоза

<variant>экзогенного аллергического альвеолита

<variant>хронического обструктивного бронхита

<question>При перкуссии грудной клетки у больного с выраженной эмфиземой легких выявляют:

<variant>коробочный звук

<variant>укороченный перкуторный звук

<variant>«бедренный» перкуторный звук

<variant>локальный тимпанический звук

<variant>симметричный тимпанический звук

<question>Больному с бронхиальной астмой для самоконтроля состояния внешнего дыхания необходимо иметь собственный:

<variant>Пикфлоуметр

<variant>Бодиплетизмограф

<variant>Спирограф

<variant>Пневмотахограф

<variant>Анализатор газового состава крови

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

<variant>Острой левожелудочковой недостаточности

<variant>Приступе бронхиальной астмы

<variant>Тромбозмболии легочной артерии

<variant>Спонтанном пневмотораксе

<variant>Инфарктной пневмонии

<question>Больная 60 лет, длительное время наблюдается по поводу артериальной гипертензии. Рост -165, масса тела 62 кг. Гипотензивные препараты регулярно не принимала. Ухудшение состояния в течение

недели. Перкуторно – левая граница увеличена влево. Тоны сердца приглушены, ЧСС 88 в минуту, АД 170/95 мм.рт.ст. При Эхо КГ - гипертрофия левого желудочка.

Предположительный диагноз больного:

<variant>Артериальная гипертония, I степени, риск 1

<variant>Артериальная гипертония I степени, риск 2

<variant>Артериальная гипертония II степени, риск 4

<variant>Артериальная гипертония II степени, риск 3

<variant>Артериальная гипертония, III степени, риск 4

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

<variant>Да, потому что это позволит улучшить прогноз жизни больному

<variant>Да, потому что необходимо купировать симптомы больного

<variant>Да, потому что это обеспечит нормализацию показателей сахарного диабета

<variant>Нет, потому что это не такие высокие цифры, имеет место самостоятельное восстановление АД

<variant>Нет, достаточно откорректировать лечение сахарного диабета

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

<variant>Холестерин сыворотки

<variant>Рентгенограмма грудной клетки

<variant>Тест с физической нагрузкой

<variant>ЭКГ

<variant>Коронарография



<question>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?

<variant>Нет, необходимо назначить срочное ЭКГ исследование

<variant>Да, возникшие боли не предвещают опасности для состояния больного

<variant>Да, при возникновении каких-либо осложнений возможно оказание помощи и на следующий день

<variant>Нет, необходимо назначить лечение анальгетиками

<variant>Нет, необходимо направить больного на плановое лечение

<question>У больного имеется высокий риск развития ИБС. Следует ли обучать больного?

<variant>Да, чтобы выполнял немедикаментозные мероприятия с целью контроля факторов риска

<variant>Да, чтобы информировать пациента о данной патологии и возможности самостоятельного лечения

<variant>Нет, чтобы избежать развития депрессии

<variant>Нет, чтобы избежать самолечения

<variant>Нет, чтобы избежать развития фобии

<question>Исследование, необходимое больному для верификации диагноза при обнаружении артериальной гипертензии и систолического шума над пупком:

<variant>УЗДГ почечных артерий

<variant>УЗИ почек

<variant>обзорная R-графия органов грудной клетки

<variant>глазное дно

<variant>экскреторная урография

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

<variant>суточное мониторирование

<variant>велозргометрия

<variant>проба с обзиданом

<variant>коронароангиография

<variant>определение уровня ферментов в крови

<question>Женщина 25 лет. Беспокоит острая колющая, сжимающая боль в левой половине грудной клетки. При дыхании, движениях головы, рук, пальпации грудной стенки боль усиливается. Боль возникла 2 часа назад после неприятностей на работе.

Ваша тактика:

<variant>снять электрокардиограмму

<variant>назначить лечение

<variant>направить к невропатологу

<variant>госпитализировать

<variant>направить на рентген.

<question>У больного при аускультации, выслушивается хлопающий I тон, диастолический шум, который характерна для....

<variant>митрального стеноза

<variant>митральной недостаточности

<variant>трикуспидального стеноза

<variant>аортальной недостаточности

<variant>аортального стеноза

<question>У больного при аускультации выслушивается грубый систолический шум во II межреберье справа у грудины, который характерна для....

<variant>аортального стеноза

<variant>стеноза легочной артерии

<variant>дефекта межпредсердной перегородки

<variant>дефекта межжелудочковой перегородки

<variant>митральной недостаточности

<question>У больного при аускультации выслушивается систолическое “кошачье мурлыканье” во II межреберье справа, которая встречается при:

<variant>Стенозе устья аорты

<variant>Недостаточности аортального клапана

<variant>Митральном стенозе

<variant>Митральной недостаточности

<variant>Коарктации аорты

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

<variant>электрокардиография

<variant>радиоизотопное сканирование сердца



<variant>коронарография

<variant>эхокардиография

<variant>рентгенологическое исследование грудной клетки.

<question>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:

<variant>Фиброгастроуденоскопия

<variant>Электрокардиография

<variant>Сигмоидоскопия

<variant>Консультация невролога

<variant>Клинический анализ крови

<question>Больной К., 46 лет на приеме у семейного врача с жалобами на рвоту кислым содержимым, отрыжку воздухом после приема пищи, дискомфорт в эпигастрии, вздутие живота. При пальпации выявлена болезненность в эпигастральной области. Инструментальное исследование, которое необходимо провести больному

<variant>Фиброгастроуденоскопию

<variant>Анализ кала на скрытую кровь

<variant>Контрастную рентгеноскопию с барием

<variant>Ультразвуковое исследование

<variant>Радионуклидное исследование

<question>Больной в течение 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы:

<variant>рентгенография

<variant>лапаротомия

<variant>лапароскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>холангиография

<question>Больному К., 40 лет, семейный врач выставил диагноз "Впервые выявленная язва луковицы 12-перстной кишки". Ведущим методом обследования больного является....

<variant>ФГДС с биопсией

<variant>общий анализ крови

<variant>анализ желудочного сока

<variant>анализ кала на скрытую кровь

<variant>дуоденальное зондирование

<question>У больного с длительно существующим митральным стенозом над легочной артерией выслушивается мягкий дующий диастолический шум, в связи с ...

<variant>относительной недостаточностью

клапана легочной артерии

<variant>стенозам митрального отверстия

<variant>дефектом межпредсердной перегородки

<variant>стенозам устья легочной артерии

<variant>стенозам аортального отверстия

<question>Выраженная стойкая артериальная гипертония, периодические головные боли, ухудшение зрения, чаще у лиц молодого возраста являются признаками...

<variant>признаки острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)

<variant>признаки почечной артериальной гипертонии:

<variant>проявления симптоматической артериальной гипертонии при феохромоцитоме

<variant>криз при гипертонической болезни

<variant>признаки почечной эклампсии

<question>Приступы головных болей, сердцебиение, дрожь в теле, резкое повышение уровня АД, провоцируемые физической нагрузкой, тряской являются признаками...

<variant>почечной эклампсии

<variant>симптоматической артериальной гипертонии при феохромоцитоме

<variant>острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)

<variant>гипертонического криза

<variant>почечной артериальной гипертонии

<question>Резкая одышка, удушье, kloкочущее дыхание с отхождением пенистой розовой мокроты, слабость, холодный пот является клиническим проявлением...

<variant>гипертонического криза

<variant>острой левожелудочковой недостаточности (отека легких)

<variant>почечной эклампсии

<variant>почечной артериальной гипертонии

<variant>симптоматической артериальной гипертонии при феохромоцитоме

<question>Скорая помощь вызвана к больному Д., 48 лет, который жалуется на приступ давящих загрудинных болей, иррадиирующих в левое плечо, которая характерна для...

<variant>стенокардии

<variant>удушья

<variant>сердцебиения

<variant>кашля

<variant>боли в животе

<question>Боль при инфаркте миокарда отличается от боли при стенокардии:

<variant>продолжительностью и интенсивностью

<variant>локализацией



<variant>характером

<variant>механизмом возникновения

<variant>иррадиацией

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

<variant>колющие

<variant>кинжальные

<variant>давящие

<variant>жгучие

<variant>сжимающие

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

<variant>смешанного удушья у больного с левожелудочковой недостаточностью

<variant>инспираторного удушья при ларингоспазме

<variant>кашля и кровохарканья у больного врожденным пороком сердца

<variant>экспираторного удушья у больного с синдромом бронхиальной обструкции

<variant>одышки смешанного характера при физической нагрузке у больного с сердечной недостаточностью

<question>Молодая девушка жалуется на диспепсические расстройства. Диспепсические расстройства при сердечной недостаточности объясняются:

<variant>резко выраженным венозным застоем в печени и ЖКТ

<variant>снижением кислотности желудочного сока

<variant>нарушением моторно – эвакуаторной функции желудка

<variant>внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы

<variant>повышением кислотности желудочного сока

<question>Вынужденное положение с возвышенным головным концом и спущенными ногами приобретают больные при:

<variant>левожелудочковой сердечной недостаточности

<variant>приступе стенокардии

<variant>коллапсе

<variant>болях в левой половине грудной клетки

<variant>при приступе кашля

<question>Вынужденное положение больного с левожелудочковой сердечной недостаточностью:

<variant>сидя с возвышенным головным концом и спущенными вниз ногами

<variant>сидя, упираясь впереди себя руками о спинку стула

<variant>с приподнятыми нижними конечностями

<variant>положение «легавой собаки»

<variant>коллено - локтевое

<question>Вынужденное положение больного с левожелудочковой сердечной недостаточностью называется:

<variant>ортопноэ

<variant>положение Фовлера

<variant>положение Тренделенбурга

<variant>коленно – локтевое положение

<variant>поза «легавой собаки»

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

<variant>митральном стенозе

<variant>синдроме Иценко-Кушинга

<variant>трехстворчатой недостаточности

<variant>перикардите

<variant>аортальном пороке

<question>Больной И., 35 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья и кровохарканья иногда в ночное время, приступообразные интенсивные боли за грудиной, иррадирующие в левую руку, которые уменьшаются после изменения положения тела (больной садится, опустив ноги вниз) и приема нитроглицерина. У больного вынужденное замирание во время ходьбы, физической нагрузки, которое характерно для приступа:

<variant>стенокардии

<variant>сердечной астмы

<variant>желчных колик

<variant>бронхиальной астмы

<variant>почечной колики.



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

<variant>повышением уровня восстановленного гемоглобина крови

<variant>повышением эритроцитов и гемоглобина крови

<variant>повышением уровня газообмена в организме

<variant>застоем крови в периферических сосудах

<variant>спазмом периферических сосудов

<question>Цианоз при заболеваниях сердечно – сосудистой системы чаще носит характер:

<variant>периферического

<variant>смешанного

<variant>местного

<variant>центрального

<variant>общего

<question>Синюшность, обусловленную попаданием в кровь красителей или отложением в коже различных веществ, называют ложным цианозом. Истинный цианоз является симптомом гипоксемии. Цианоз при заболеваниях сердечно – сосудистой системы обусловлен:

<variant>замедлением кровотока и большой отдачей кислорода в окружающие периферические ткани

<variant>нарушением артериализации крови в легких

<variant>малым наполнением кровью сосудистой системы

<variant>уменьшением количества эритроцитов в периферической крови

<variant>низким уровнем Нв-а в периферической крови

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

<variant>врожденных пороков сердца

<variant>митральных пороков сердца

<variant>аортальных пороков сердца

<variant>ИБС

<variant>аневризма аорты

<question>В приемное отделение поступил

мужчина, 56 лет, жалуется на обесцвеченный стул, зуд, боли в животе. Желтушность кожи и склер при заболеваниях ССС обусловлена:

<variant>нарушением билирубинового обмена из-за застойных явлений в печени

<variant>выраженной анемией

<variant>перенесенным гепатитом

<variant>употреблением в пищу большого количества моркови

<variant>портальной гипертензией

<question>Больной жалуется на учащенное сердцебиение; артериальную гипотонию, одышку и затрудненное дыхание; отек дыхательных органов; пульсацию и набухание яремных вен; акроцианоз. Периферические отеки у больного обусловлены:

<variant>правожелудочковой сердечной недостаточностью

<variant>портальной гипертензией

<variant>левожелудочковой сердечной недостаточностью

<variant>венозной недостаточностью

<variant>тотальной (лево и правожелудочковой сердечной недостаточностью)

<question>Женщина, 52 лет, жалуется на отеки ног в ночное время, приступы удушья. Признак, не относящийся к застою в большом круге кровообращения:

<variant>отек легких

<variant>гидроперикард

<variant>отеки на ногах

<variant>гидроторакс

<variant>асцит

<question>В больницу поступил больной, при осмотре видимое на глаз смещение верхушечного толчка влево и вниз. Не обусловлено:

<variant>левосторонним гидротораксом

<variant>гипертрофией правого желудочка

<variant>правосторонним гидротораксом

<variant>правосторонним пневмотораксом

<variant>гипертрофией левого желудочка

<question>Обследуя шею человека с аортальной недостаточностью, специалист сразу заметит вибрирование парных артерий с обеих сторон шеи – это пляска каротид. Пляска каротид обусловлена:

<variant>усиленной пульсацией сонных артерий из-за высокого пульсового давления

<variant>спадением шейных вен во время систолы

<variant>набуханием шейных вен во время систолы



<variant>набуханием шейных вен в горизонтальном положении

<variant>набуханием шейных вен на выходе

<question>Этот симптом наблюдается при [перикардитах](#) и [медиастинитах](#), наблюдаются иногда при резкой недостаточности сердца (правого) и недостаточности [трехстворчатого клапана](#). Воротник Стокса возникает при...

<variant>сдавливании верхней полой вены опухолью, аневризмой аорты или тромбозом верхней полой вены

<variant>недостаточности правого желудочка

<variant>недостаточности 3-х створчатого клапана

<variant>аортальной недостаточности

<variant>сердечной недостаточности

<question>В отделение поступил больной Ч, 59 лет, с жалобами на отдышку, удушье, быстрое утомление. Выраженная пульсация в области эпигастрии не может быть обусловлена:

<variant>аортальной недостаточностью

<variant>пульсации печени

<variant>пульсации брюшной аорты

<variant>гипертрофией правого желудочка

<variant>гипертрофией левого желудочка

<question>Развитие сращений перикарда и эпикарда, возникающее на почве ранее перенесенного острого экссудативного перикардита или первичного хронического воспаления перикарда. Это заболевание некоторые отечественные и иностранные авторы называют по-разному: сдавливающий перикардит, констриктивный перикардит, панцирное сердце, заращение сердца, мозолистый перикардит. Отрицательный верхушечный толчок, наблюдается при:

<variant>слипчивом перикардите

<variant>гипертрофии левого желудочка

<variant>гипертрофии правого желудочка

<variant>экссудативном перикардите

<variant>опухоли заднего средостения

<question>Сердечный толчок пальпируется всей ладонной поверхностью кисти и ощущается как сотрясение участка грудной клетки в области абсолютной тупости сердца (IV—V межреберье слева от грудины). Разлитой, приподнимающий, резистентный верхушечный толчок называется:

<variant>куполообразным

<variant>отрицательным

<variant>смещенным

<variant>ограниченным

<variant>высоким

<question>Заболевание, при котором характерно вынужденное положение, больной сидит несколько откинувшись назад и опирается руками о постель, ноги у него опущены – называется....

<variant>сердечной астмой

<variant>бронхиальной астмой

<variant>перикардитом

<variant>почечной коликой

<variant>стенокардией

<question>Плеторическая окраска кожи обусловлена:

<variant>повышением количества эритроцитов и гемоглобина крови

<variant>повышением уровня восстановленного гемоглобина крови

<variant>повышением уровня газообмена в организме

<variant>застоем крови в периферических сосудах

<variant>спазмом периферических сосудов

<question>При внезапном сужении кровеносных сосудов наступает временное побледнение кожи. Но неестественная бледность может сохраняться долгое время, что характерно для отдельных заболеваний, например, сердечной недостаточности, [анемии](#) Бледность кожных покровов обусловлена:

<variant>спазмом периферических сосудов

<variant>повышением уровня газообмена в организме

<variant>повышением уровня восстановленного гемоглобина крови

<variant>застоем крови в периферических сосудах

<variant>повышением эритроцитов и гемоглобина крови

<question>Диастолическое дрожание у больных митральным стенозом на верхушке объясняется теми же причинами, что и:

<variant>хлопающий 1 тон

<variant>ритм перепела

<variant>акцент 2 тона на легочной артерии

<variant>диастолический шум на верхушке

<variant>раздвоение 2 тона на верхушке

<question>Систолическое дрожание - пальпаторно определяемое в фазе систолы дрожание грудной клетки в прекардиальной области; наблюдается при выраженных пороках сердца, сопровождаемых грубым систолическим шумом. Систолическое дрожание объясняется теми же причинами, что и ...

<variant>систолический шум на аорте

<variant>усиленный 1 тон на верхушке
 <variant>ослабленный 2 тон на аорте
 <variant>акцент 2 тона на аорте
 <variant>раздвоение 2 тона на аорте
 <question>В больницу был доставлен пациент И., 21 год, жалуется на тошноту, рвоту, боль в области живота. «Брюшная жаба» это ...
 <variant>приступ боли в животе на высоте пищеварения, купирующийся нитроглицерином
 <variant>метеоризм
 <variant>диспепсические расстройства
 <variant>диарея
 <variant>чувство скованности суставов по утрам
 <question>Отдел образующий абсолютную тупость сердца:
 <variant>левый желудочек
 <variant>левое предсердие и желудочек
 <variant>правый желудочек
 <variant>правым предсердием
 <variant>правое предсердие и желудочек
 <question>Истинные размеры сердца отражает:
 <variant>относительная тупость сердца
 <variant>относительная тупость сердца с обязательным определением абсолютной тупости
 <variant>границы сосудистого пучка
 <variant>абсолютная тупость сердца
 <variant>конфигурация сердца
 <question>Нормальная граница относительной сердечной тупости справа располагается:
 <variant>на 1 – 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье
 <variant>на 2,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье
 <variant>направому краю грудины
 <variant>по левому краю грудины в 4 межреберье
 <variant>на 3,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье
 <question>Нормальная граница относительной сердечной тупости слева располагается:
 <variant>на 1-2 см кнутри от левой срединно – ключичной линии в 5 межреберье
 <variant>по левой срединно – ключичной линии в 5 межреберье
 <variant>по левому краю грудины в 5 межреберье
 <variant>на 1 см кнаружи от левой срединно – ключичной линии в 6 межреберье
 <variant>на 2,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье
 <question>Нормальная граница относительной сердечной тупости сверху располагается:
 <variant>в 3 межреберье на 1,0 см левее края грудины

<variant>по верхнему краю 4 ребра
 <variant>во втором межреберье по парастернальной линии
 <variant>во втором межреберье по линии на 1 см левее края грудины
 <variant>на 2,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье
 <question>Границы сердца Не смещаются в противоположную сторону при:
 <variant>обтурационном ателектазе
 <variant>гемотораксе
 <variant>пневмотораксе
 <variant>экссудативном плеврите
 <variant>гидротораксе
 <question>Границы сердца Не смещаются в сторону поражения при :
 <variant>экссудативном плеврите
 <variant>пневмосклерозе
 <variant>пульмонэктомии
 <variant>опухоли легкого
 <variant>обтурационном ателектазе
 <question>Границы сосудистого пучка в норме определяются...
 <variant>во 2 межреберье по краям грудины
 <variant>во 2 межреберье по парастернальным линиям
 <variant>в 3 межреберье по краям грудины
 <variant>в 3 межреберье по парастернальным линиям
 <variant>в 4 межреберье по краям грудины
 <question>Частота пульса в норме у здоровых людей в 1 мин.... уд/мин.
 <variant>60 – 80
 <variant>60 – 90
 <variant>60 – 100
 <variant>60 – 84
 <variant>50-90
 <question>В больницу поступил молодой человек в тяжелом состоянии. Внесердечными причинами брадикардии могут Не является:
 <variant>острая кровопотеря
 <variant>уремия
 <variant>кровоизлияние в мозг
 <variant>желтуха
 <variant>микседема
 <question>Альтернирующий пульс наблюдается, при...
 <variant>мерцательной аритмии
 <variant>А – V блокаде
 <variant>экстрасистолии
 <variant>тахикардии
 <variant>выраженной сердечной недостаточности (правильно чередуются сильные и слабые пульсовые



волны)

<question>Парадоксальный пульс - диагностический признак: уменьшение наполнения пульса во время вдоха. Парадоксальный пульс наблюдается при...

<variant>миокардите

<variant>брюшном тифе

<variant>сердечной недостаточности

<variant>слипчивом перикардите

<variant>инфаркте миокарда

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

<variant>объемом циркулирующей крови

<variant>правильностью пульсовых волн

<variant>уровнем артериального давления

<variant>частотой сердечных сокращений

<variant>силой сердечных сокращений

<question>Исследование артериального пульса дает возможность получить важные сведения о работе сердца и состоянии кровообращения. Это исследование проводится в определенном порядке. Вначале нужно убедиться, что пульс одинаково хорошо прощупывается на обеих руках. Скорый пульс наблюдается при:

<variant>аортальном стенозе

<variant>митральной недостаточности

<variant>недостаточности аортальных клапанов

<variant>тахикардии

<variant>трикуспидальной недостаточности

<question>Дикротический пульс — отклонение от нормальной формы волны, представляет собой удвоение пульсации за один удар сердца. Дикротический пульс наблюдается при:

<variant>брюшном тифе

<variant>мерцательной аритмии

<variant>экстрасистолии

<variant>сердечной недостаточности

<variant>слипчивом перикардите

<question>Поступил мужчина 46 лет. Отмечается повышенная утомляемость, одышка при физическом усилии, а затем и в покое, кашель с выделением прожилок крови в мокроте, тахикардия, нарушение ритма сердца по типу экстрасистолии и мерцательной аритмии.

Различный пульс (симптом Попов) наблюдается при:

<variant>митральном стенозе

<variant>аортальном стенозе

<variant>недостаточности митрального клапана

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана

<variant>врожденных пороков сердца

<question>Больной жалуется на головокружение; общую слабость; повышенную утомляемость; одышку; боль за грудиной; возникающее во время приступа чувство страха; предобморочное состояние, обмороки. Дефицит пульса может выявляться при:

<variant>тахиформе мерцательной аритмии

<variant>брадикардии

<variant>брадиформе мерцательной аритмии

<variant>тахикардии

<variant>синусовом ритме

<question> Нормальный уровень систолического артериального давления... мм.рт.ст.

<variant>90 – 139

<variant>100 – 140

<variant>100 – 120

<variant>120 – 140

<variant>100 – 110

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

<variant>60 – 90

<variant>60 – 80

<variant>90 – 100

<variant>60 – 70

<variant>100 -110

<question>Пациентка Д, 42 лет, страдающая артериальной гипертонией, обратилась в приемное отделение стационара с жалобами на головные боли в затылочной области, давление на глаза, тошноту, озноб. Ухудшение состояния началось после стрессовой ситуации (неприятности на работе), приняла папазол без эффекта. Объективно: лицо гиперемировано, пульс напряженный, 98 в минуту, АД 170/100 мм.рт.ст. ЧДД 18 в минуту. Уровень истинной артериальной гипертензии:

<variant>подъем систолического АД свыше 139 мм. рт. ст. диастолического АД выше 89 мм. рт. ст .

<variant>подъем систолического АД от 140 до 160 мм.рт. ст.

<variant>подъем диастолического АД с 90 до 100 мм.рт. ст.

<variant>подъем систолического АД свыше 160, диастолического АД выше 100 мм.рт. ст.

<variant>подъем диастолического АД свыше 100 мм. рт. ст

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

<variant>ниже, чем на верхних на 20 – 30 мм. рт. ст

<variant>выше, чем на верхних на 20 – 30 мм. рт. ст

<variant>ниже, чем на верхних на 20 – 40 мм. рт. ст

<variant>выше, чем на верхних на 10 – 20 мм. рт. ст

<variant>выше, чем на верхних на 30 – 40 мм. рт. ст

<question>Снижение АД на нижних конечностях по сравнению с верхними наблюдается при:



<variant>коарктации аорты
 <variant>аортальной недостаточности
 <variant>гипертонической болезни
 <variant>аортальном стенозе
 <variant>аневризме аорты
 <question>Большая 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:
 <variant>напряженный и полный
 <variant>быстрый и высокий
 <variant>дикротический
 <variant>мягкий и полный
 <variant>альтернирующий
 <question>Женщина 25 лет осмотрена врачом для оценки сердечного шума. В анамнезе нет указаний на ревматизм и ранее выслушиваемый шум. I и II тоны нормальные, кардиомегалия отсутствует. Во втором межреберье справа от грудины выслушивается систолический шум изгнания. При аускультации сердца и сосудов два тона в норме Не выслушивается :
 <variant>на бедренной артерии
 <variant>на сонных артериях
 <variant>на подключичных артериях
 <variant>эпигастральных точках
 <variant>во всех точках аускультаций сердца
 <question>Больной жалуется на часты обмороки, боли в области сердца, отдышку. При аускультации двойной тон Траубе выслушивается при:
 <variant>аортальном стенозе
 <variant>аортальной недостаточности
 <variant>митральном стенозе
 <variant>митральной недостаточности
 <variant>трехстворчатой недостаточности
 <question>Характерно длительное бессимптомное течение. Одышка, стенокардия, головокружение и обмороки, общая слабость. Двойной шум Виноградова – Дюразье выслушивается:
 <variant>аортальном стенозе
 <variant>аортальной недостаточности
 <variant>митральном стенозе
 <variant>митральной недостаточности
 <variant>трехстворчатой недостаточности
 <question>Шум «волчка» выслушивается на:
 <variant>венах шеи при анемии
 <variant>бедренной артерии при аортальной недостаточности
 <variant>сонных артериях в норме
 <variant>венах шеи в норме
 <variant>сонных артериях при аортальном стенозе
 <question>Шум «волчка» - непрерывный жужжащий шум, обусловленный пониженной

вязкостью крови. Шум волчка на венах шеи определяется при:

<variant>анемии
 <variant>трехстворчатой недостаточности
 <variant>аортальной недостаточности
 <variant>стенозе устья аорты
 <variant>митральной недостаточности
 <question>Величина пульса определяется следующими характеристиками:
 <variant>наполнением и напряжением
 <variant>частотой и ритмом пульса
 <variant>скоростью пульса
 <variant>особенностями сосудистой стенки
 <variant>работой сердца
 <question>Поступил больной в приемный покой, при измерении АД и подсчете пуль, пуль оказался нитевидным. Нитевидным называется пульс:
 <variant>пульс очень слабого наполнения и напряжения
 <variant>высокий и скорый
 <variant>медленный и малый
 <variant>очень частый пульс
 <variant>аритмичный пульс
 <question>У больного наблюдается медленный и малый пульс, одышка при физической нагрузке, стенокардия напряжения, обмороки. Медленный и малый пульс наблюдается при :
 <variant>стенозе устья аорты
 <variant>ИБС
 <variant>аортальной недостаточности
 <variant>митральном стенозе
 <variant>брадикардии
 <question>Симптом Мюссе, пляска каротид, капиллярный пульс (симптом Квинке) объясняется:
 <variant>высоким пульсовым давлением при аортальной недостаточности
 <variant>высоким систолическим давлением
 <variant>высоким диастолическим давлением
 <variant>высоким венозным давлением
 <variant>высоким артериальным давлением
 <question>Пациент В. 57 лет, вызвал скорую помощь с жалобами на отдышку, чувство "нехватки воздуха", кашель. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Дыхание шумное, клокочущее, изо рта выделяется розовая пенная мокрота, ЧДД 35 вмин. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин, АД 210/110 мм рт.ст. Высокое пульсовое давление наблюдается при:
 <variant>гипертонической болезни
 <variant>аортальной недостаточности
 <variant>коарктации аорты
 <variant>стенозе устья аорты



<variant>анемии

<question>Больная П. 65 лет, жалуется на сильную головную боль, общую слабость, головокружение. носовое кровотечение. Страдает артериальной гипертонией в течение ряда лет.

Объективно: состояние тяжелое. ЧДД – 20 в мин. пульс 68 в мин. АД – 240/120 мм.рт.ст. Пульсовым давлением называется:

<variant>разница между систолическим и диастолическим давлением

<variant>максимальное давление

<variant>минимальное давление

<variant>среднее артериальное давление

<variant>диастолическое давление

<question>У пациента головокружение и склонность к обморокам; боль в области сердца стенокардического характера; большая разница между систолическим и диастолическим давлением; симптом Мюссе — покачивание головы; симптомы застоя крови в малом кругу кровообращения (признаки сердечной астмы); Положительный венный пульс наблюдается при:

<variant>аортальной недостаточности

<variant>экссудативном перикардите

<variant>трехстворчатной недостаточности

<variant>застое в большом круге кровообращения

<variant>тромбозе верхней полой вены

<question>У больного I тон на верхушке ослаблен, II тон на легочной артерии усилен по сравнению со II тоном на аорте. В области верхушки выслушивается систолический шум, проводится в аксиллярную область.

Систолическим является:

<variant>I тон сердца

<variant>II тон сердца

<variant>III тон сердца

<variant>I У тон сердца

<variant>II, III, I У тоны сердца

<question>У пациентки I тон на верхушке ослаблен, II тон на аорте почти не выслушивается. Диастолическим является:

<variant>I тон

<variant>II тон

<variant>III тон

<variant>I У тон

<variant>тон открытия митрального клапана

<question>Продолжительность первого тона:

<variant>0,09 – 0,12 сек

<variant>0,08 – 0,01 сек

<variant>0,11 – 0,14 сек

<variant>0,14 – 0,16 сек

<variant>0,17 – 0,20 сек

<question>Продолжительность второго тона:

<variant>0,05 – 0,07 сек

<variant>0,08 – 0,01 сек

<variant>до 0,05 сек

<variant>0,11 – 0,14 сек

<variant>0,16 – 0,20 сек

<question>Продолжительность систолической паузы:

<variant>0,2 – 0,25 сек

<variant>0,14 – 0,18 сек

<variant>0,05 – 0,07 сек

<variant>до 0,42 сек

<variant>более 0,11 сек

<question>Продолжительность диастолической паузы:

<variant>0,42 – 0,46 сек

<variant>0,14 – 0,18 сек

<variant>0,07 – 0,11 сек

<variant>0,18 – 0,2 сек

<variant>0,05 – 0,07 сек

<question>Третий тон образуется:

<variant>в диастолу в фазе быстрого пассивного наполнения желудочков и колебания их стенок

<variant>в систолу предсердия

<variant>в диастолу желудочков во время гемодинамического удара в закрывшиеся полулунные клапаны

<variant>в диастолу желудочков из-за усиления звуковых колебаний открывающегося митрального клапана

<variant>в систолу желудочков

<question>IV тон образуется:

<variant>в диастолу желудочков из-за колебания полулунных клапанов

<variant>в систолу желудочков

<variant>в диастолу желудочков из-за колебания мышечных стенок в фазу быстрого пассивного наполнения

<variant>в диастолу желудочков в фазу быстрого активного их наполнения (систола предсердий

<variant>из-за раздвоения I тон в систолу

<question>Проекция митрального клапана на переднюю грудную стенку:

<variant>верхушка сердца

<variant>во втором межреберье слева у грудины

<variant>на середине грудины на уровне 3 ребер

<variant>место прикрепления к грудины хряща 3 ребра

<variant>2 межреберье справа

<question>Проекция клапана аорты на переднюю грудную стенку:

<variant>2 межреберье справа



<variant>место прикрепления к грудице хряща 3 ребра

<variant>на грудице посередине мест прикрепления хрящей 3 ребра слева и 5 ребра справа

<variant>во втором межреберье слева у грудицы

<variant>на середине грудицы на уровне 3 ребер

<question>Проекция клапана легочной артерии на переднюю грудную стенку:

<variant>во втором межреберье слева у грудицы

<variant>на середине грудицы на уровне 3 ребер

<variant>на грудице посередине мест прикрепления хрящей 3 ребра слева и 5 ребра справа

<variant>2 межреберье справа

<variant>место прикрепления к грудице хряща 3 ребра

<question>Место аускультации 3-х створчатого клапана:

<variant>у основания мечевидного отростка справа

<variant>у верхушки сердца

<variant>на середине грудицы на уровне 3 ребер

<variant>во 2-ом межреберье справа у края грудицы

<variant>во 2-ом межреберье слева у края грудицы

<question>Расположение точки Боткина – Эрба:

<variant>между 3 и 4 ребрами слева у края грудицы

<variant>во 2-ом межреберье у правого края грудицы

<variant>во 2-ом межреберье у левого края грудицы

<variant>у основания мечевидного отростка

<variant>у верхушки сердца

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

<variant>повышение системного артериального давления

<variant>повышения давления в системе воротной вены

<variant>повышения давления в системе нижней полой вены

<variant>снижение синтеза печенью факторов свертывания крови

<variant>сочетание вышеуказанных причин

<question>Точка Боткина – Эрба является дополнительной точкой аускультации:

<variant>аортального клапана

<variant>митрального клапана

<variant>3-х створчатого клапана

<variant>клапана легочной артерии

<variant>аортальный и митральный

<question>Оценку 1 тону дают на основании его звучности:

<variant>в 1 и 4 точках аускультации

<variant>во 2 и 3 точках аускультации

<variant>1 и 2 точках аускультации

<variant>в 1, 2, 3, 4 точках аускультации

<variant>в 5 точке аускультации

<question>Оценку 2 тону дают на основании его звучности:

<variant>во 2 и 3 точке аускультации

<variant>во 1, 2, 3, 4 точках аускультации

<variant>в 1 и 4 точке аускультации

<variant>в 5 точке аускультации

<variant>в 1 и 2 точках аускультации

<question>Компонент, не участвующий в механизме образования 1 тона:

<variant>предсердный компонент (систола предсердия)

<variant>мышечный компонент

<variant>сосудистый компонент

<variant>колебания возвращающихся в исходное положение клапанов аорты

<variant>клапанный компонент

<question>Компонент, Не участвующий в образовании 2 тона:

<variant>сосудистый компонент

<variant>клапанный компонент

<variant>колебания возвращающихся в исходное положение клапанов аорты

<variant>открытие створчатых клапанов

<variant>мышечный компонент

<question>Звучность первого тона определяется прежде всего:

<variant>целостностью клапанных аппаратов сердца

<variant>возрастом больного

<variant>уровнем систолического АД

<variant>числом сердечных сокращений

<variant>полем больного

<question>Головокружение и склонность к обморокам ;боль в области сердца

стенокардического характера; симптом Мюссе — покачивание головы; симптомы застоя крови в малом кругу кровообращения (признаки

сердечной астмы);высокий и скачущий пульс; пульсация в правом подреберье в области

проекции печени; Оба тона Не ослабевают при:

<variant>недостаточности митрального клапана

<variant>экссудативном плеврите

<variant>эмфизема легких

<variant>перикардите

<variant>ожирение

<question>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:

<variant>при перикардите

<variant>при тиреотоксикозе

<variant>при пневмосклерозе

<variant>в начальных стадиях гипертрофии левого желудочка

<variant>после физической нагрузки

<question>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:

<variant>стенозе аортального отверстия

<variant>стенозе легочной артерии

<variant>постоянном повышении давления в большом круге кровообращения

<variant>физической и психоэмоциональной нагрузке из-за кратковременного повышения АД

<variant>повышении давления в малом круге кровообращения

<question>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:

<variant>недостаточности аортального клапана

<variant>стенозе устья аорты

<variant>стенозе митрального отверстия

<variant>повышении давления в большом круге

<variant>повышении давления в малом круге

<question>Маятниковобразный ритм, это:

<variant>укорочение диастолической паузы и ее уравнивание с систолической паузой

<variant>трехчленная мелодия сердца

<variant>укорочение диастолической паузы и ее

уравнивание с систолической паузой на фоне тахикардии и усиления 1 тона

<variant>появления добавочного тона открытия митрального клапана

<variant>раздвоение 1 тона на верхушке

<question>Трехчленная мелодия сердца может выслушиваться в норме:

<variant>у детей

<variant>у мужчин

<variant>у женщин

<variant>у пожилых людей

<variant>в молодом возрасте при непосредственной аускультации сердца

<question>Ритм «галопа» не образуется во всех случаях из - за ... тона.

<variant>раздвоения 2

<variant>раздвоения 1

<variant>усиления 3

<variant>усиления 4

<variant>усиления 1

<question>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:

<variant>сердечной недостаточности

<variant>нарушений сердечного ритма

<variant>нарушений внутрисердечной гемодинамики

<variant>нарушений проводимости

<variant>нарушений функции миокарда

<question>Ритм «галопа» систолический, при котором экстратон определяется во время систолы желудочков, обычно вскоре после первого тона; регистрируется при неодновременном сокращении правого и левого желудочков. Систолический «галоп» развивается из – за:

<variant>раздвоения 1 тона на верхушке

<variant>усиления 3 тона

<variant>появления тона открытия митрального клапана

<variant>усиления 4 тона

<variant>усиления 1 тона

<question>Ритм «галопа» протодиастолический — диастолический

при котором экстратон определяется в начале диастолы; обусловлен неодновременным захлопыванием клапанов аорты и легочного ствола. Протодиастолический «галоп» развивается из-за ... тона.

<variant>усиления 3

<variant>раздвоения 1

<variant>раздвоения 2

<variant>усиления 4

<variant>усиления 4,2

<question>Ритм «галопа» пресистолический - экстратон выслушивается перед первым тоном сердца



и обусловлен сокращением предсердий; регистрируется при неполной атриовентрикулярной блокаде.

Пресистолический «галоп» развивается из-за... тона.

<variant>усиления 4

<variant>усиления 3

<variant>раздвоения 2

<variant>раздвоения 1

<variant>усиления 1

<question>Отличия ритма «галопа» от нормальной 3 – х членной мелодии сердца:

<variant>ритм «галопа» выслушивается на фоне брадикардии

<variant>ритм «галопа» сопровождается другими приказами поражения сердца

<variant>нормальная трехчленная мелодия выслушивается у молодых при непосредственной аускультации в отсутствии патологии сердца

<variant>ритм «галопа» всегда является патологическим

<variant>ритм «галопа» выслушивается на фоне тахикардии

<question>Ритм «перепела» выявляется при:

<variant>митральном стенозе

<variant>аортальном стенозе

<variant>аортальной недостаточности

<variant>трехстворчатой недостаточности

<variant>митральной недостаточности

<question>Раздвоение 2 тона на верхушке обусловлено...

<variant>усилением тона открытия митрального клапана при стенозе митрального отверстия

<variant>усилением 3 тона

<variant>блокадой одной из ножек пучка Гисса

<variant>десинхронизацией деятельности правой и левой половин сердца

<variant>нарушением внутри желудочковой проводимости

<question>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 понятие:

<variant>акцент 2 тона на легочной артерии

<variant>раздвоение 2 тона на верхушке

<variant>усиление тона открытия митрального клапана

<variant>усиление 1 тона на верхушке

<variant>ослабление 1 тона на верхушке

<question>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:

<variant>повышение АД в большом круге кровообращения

<variant>сердечной недостаточности

<variant>митральном стенозе

<variant>повышением АД в малом круге кровообращения

<variant>анемии

<question>Больной, 28 лет, поступил с жалобами на боли в суставах рук и ног, головокружение, повышение температуры до 37,5°C. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, резко выраженная пульсация сонных и подключичных артерий. Верхушечный толчок в 6 межреберье на 1 см влево от среднеключичной линии, разлитой, усилен. Аускультативно: протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба, ослабление 2 тона на аорте. Пульс —90 в минуту, ритмичный, быстрый, высокий. АД 180/40 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет. ЭКГ: левограмма, гипертрофия левого желудочка. Раздвоение 2 тона на основании сердца наблюдается при:

<variant>митральном стенозе

<variant>стенозе левого венозного отверстия

<variant>повышении давления в малом круге кровообращения

<variant>повышении давления в большом круге кровообращения

<variant>у здоровых лиц в конце фазы дыхания

<question>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:

<variant>повышении давления в сосудах малого круга

<variant>перикардите

<variant>тахикардии

<variant>повышении давления в сосудах большого круга

<variant>брадикардии

<question>Фактором, определяющим появление органических шумов сердца является...

<variant>препятствие на пути кровотока

<variant>скорость кровотока

<variant>вязкость крови

<variant>состояние окружающих сердце органов

<variant>состояние сосудов

<question>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:

<variant>скорость кровотока и вязкость крови



<variant>препятствие на пути кровотока
 <variant>состояние окружающих сердце органов
 <variant>толщина грудной стенки
 <variant>состояние сосудов
 <question>Функциональный шум является...
 <variant>диастолическим
 <variant>изменением звучности тонов
 <variant>часто непостоянным
 <variant>систолическим
 <variant>чаще выслушивается на верхушке, и легочной артерии
 <question>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:
 <variant>шум Флинта
 <variant>плевроперикардиальный шум трения
 <variant>кардиопульмональный шум
 <variant>шум трения перикарда
 <variant>шум скорости кровотока
 <question>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:
 <variant>стенозе митрального отверстия
 <variant>стенозе устья легочной артерий
 <variant>недостаточности митрального клапана
 <variant>недостаточности 3-х створчатого клапана
 <variant>стенозе устья аорты
 <question>У мужчины 67 лет после физической нагрузки возникли загрудинные боли, одышка. Диастолический шум Не возникает при:
 <variant>недостаточности митрального клапана
 <variant>недостаточности аортальных клапанов
 <variant>стенозе 3-х створчатого отверстия
 <variant>митральном стенозе
 <variant>недостаточности клапана легочной артерий
 <question>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:
 <variant>в положении лежа
 <variant>на высоте вдоха
 <variant>при непосредственной аускультации
 <variant>в положении сидя

<variant>в положение стоя
 <question>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:
 <variant>на верхушке сердца
 <variant>в т. проекции митрального клапана
 <variant>на основании сердца у грудины
 <variant>3 межреберье у левого края грудины
 <variant>4 межреберье у левого края грудины
 <question>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:
 <variant>митрального стеноза
 <variant>митральной недостаточности
 <variant>дефекта межжелудочковой перегородки
 <variant>перекардита
 <variant>анемии
 <question>Пальпаторному феномену соответствует диастолической шум на верхушке при митральном стенозе:
 <variant>диастолическое дрожание на верхушке
 <variant>разлитой верхушечный толчок
 <variant>систолическое дрожание на верхушке
 <variant>отрицательный верхушечный толчок
 <variant>положительный верхушечный толчок
 <question>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:
 <variant>лежа на левом боку
 <variant>на вдохе
 <variant>стоя
 <variant>наклонившись вперед
 <variant>сидя
 <question>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:
 <variant>только на ограниченном участке верхушки сердца
 <variant>вверх вдоль левого края грудины
 <variant>в левой подмышечной впадине
 <variant>в межлопаточном пространстве



<variant>над всей поверхностью сердца
<question>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:

<variant>акцент 2 тона на легочной артерий

<variant>акцент 2 тона на аорте

<variant>тон открытия митрального клапана

<variant>хлопающий 1 тон на верхушке

<variant>усиленный 1 тон на аорте

<question>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:

<variant>аортального стеноза

<variant>аортальной недостаточности

<variant>функциональной шум

<variant>тетрадо Фалло

<variant>митрального стеноза

<question>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:

<variant>2 т. аускультации

<variant>сосуды шеи

<variant>межлопаточное пространство

<variant>верхушка сердца

<variant>1 т. аускультации

<question>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:

<variant>на сосуды шеи

<variant>в т. Боткина – Эрба

<variant>на верхушку сердца

<variant>на яремные вены

<variant>в подмышечную область

<question>Пальпаторным эквивалентом систолического шума над аортой является:

<variant>систолическое дрожание во 2 м/р справа у грудины

<variant>систолическое дрожание на верхушке

<variant>систолическое дрожание по левому краю грудины

<variant>систолическое дрожание на верхушке

<variant>диастолическое дрожание на верхушке

<question>При данной болезни больной жалуется на головокружение, частые обмороки, приступы стенокардии, отдышку. Самый громкий шум наблюдается при:

<variant>аортальном стенозе

<variant>стенозе митрального отверстия

<variant>недостаточности митрального клапана

<variant>недостаточности клапанов аорты

<variant>недостаточности 3-х створчатого клапана

<question>На ФКГ систолический шум аортального стеноза имеет форму:

<variant>ромбовидную

<variant>нарастающую

<variant>постоянную

<variant>убывающе- нарастающую

<variant>убывающую

<question>Признак, несвойственный шуму трения перикарда:

<variant>шум ослабевает после физической нагрузки

<variant>шум усиливается после физической нагрузки

<variant>усиливается при наклоне вперед и надавливании стетоскопом

<variant>шум усиливается во время вдоха

<variant>шум не точно связан с фазами сердечной деятельности

<question>Шум, выслушиваемый в проекции абсолютной тупости сердца и усиливающийся при надавливании стетоскопом является:

<variant>шумом трения перикарда

<variant>шумом трения плевры

<variant>плевроперикардинальным шумом трения

<variant>шумом дефекта межжелудочковой перегородки

<variant>систолическим шумом

<question>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:

<variant>нестойкостью функционального шума и стойкостью органического

<variant>систолическим характерам

<variant>выраженностью шума

<variant>выслушиванием в основном в 3 т. и 1 т. аускультации

<variant>другими признаками поражения сердца, выявляемые одновременно с шумом

<question>Фактор, не влияющий на появление



функционального шума:

<variant>стеноз отверстия

<variant>ускорение кровотока

<variant>анемия

<variant>уменьшение вязкости крови

<variant>состояние сосудов

<question>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:

<variant>диастолическим

<variant>систолюдиастолическим

<variant>пресистолическим

<variant>протодиастолическим

<variant>систолическим

<question>В больницу поступил больной с недостаточностью клапана легочной артерии. Функциональный шум относительной недостаточности клапана легочной артерии называется:

<variant>шум Грэхема – Стилла

<variant>шум Флинта

<variant>шум Виноградова – Дюразье

<variant>шумволчка

<variant>тон Траубе

<question>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:

<variant>стеноз отверстия и недостаточность клапана на одном клапанном аппарате

<variant>поражение клапанного аппарата и дефект перегородки

<variant>поражение клапанного аппарата и аномальное расположение аорты

<variant>поражение клапанного аппарата и патологическое соустье между сосудами

<variant>поражение сразу 2-х клапанных аппаратов

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

<variant>поражение сразу 2-х клапанных аппаратов

<variant>поражение клапанного аппарата и дефект перегородки

<variant>поражение клапанного аппарата и аномальное расположение аорты

<variant>поражение клапанного аппарата и патологическое соустье между сосудами

<variant>стеноз отверстия и недостаточность клапана на одном клапанном аппарате

<question>Мужчина жалуется на общую слабость, утомляемость, отдышку. Преобладание стеноза или недостаточности митрального клапана определяются:

<variant>сохранностью и звучностью 1 тона на верхушке

<variant>наличием мерцательной аритмии

<variant>выраженностью диастолического шума на верхушке

<variant>выраженностью систолического шума на верхушке

<variant>степенью гипертрофии левого предсердия

<question>Пушечный тон Стражеско – Василенко выявляется при:

<variant>полной А-V блокаде

<variant>экстрасистоли

<variant>стенозе митрального отверстия

<variant>стенозе трехстворчатого отверстия

<variant>стенозе устья аорты

<question>Пушечный тон Стражеско – Василенко это:

<variant>усиленный 1 тон при А- V блокаде

<variant>акцент 2 тон на аорте

<variant>акцент 2 тон на легочной артерии

<variant>хлопающий 1 тон при митральном стенозе

<variant>усиленный 1 тон при экстрасистолии

<question>К причинам усиления 1 тона не относятся:

<variant>аортальный стеноз

<variant>митральный стеноз

<variant>полная А-У блокада

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>трехстворчатый стеноз

<question>Фактор, мало влияющий на появление разного пульса лучевых артериях:

<variant>естественная асимметрия мускулатуры рук

<variant>врожденные анатомические особенности сосудов

<variant>атеросклеротические сужение подключичной артерии

<variant>увеличение лимфатических узлов в области прохождения артерии

<variant>митральный стеноз

<question>Параметр определяющий одинаковость пульса на обеих руках:

<variant>по величине пульсовой волны

<variant>по форме пульсовой волны

<variant>по наполнению пульса

<variant>по напряженности пульса

<variant>по частоте пульса

<question>При ЭКГ исследовании не возможно определить:

<variant>сократимость миокарда



<p><variant>нарушение автоматизма</p> <p><variant>нарушение проводимости</p> <p><variant>локализацию инфаркта миокарда</p> <p><variant>нарушение возбудимости</p> <p><question>Первое стандартное отведение ЭКГ – осуществляется наложением электродов на:</p> <p><variant>оба предплечья</p> <p><variant>левую руку и левую ногу</p> <p><variant>правую руку и левую ногу</p> <p><variant>левую руку и правую ногу</p> <p><variant>правую руку и правую ногу</p> <p><question>Второе стандартное отведение ЭКГ – осуществляется наложением электродов на:</p> <p><variant>правую руку и левую ногу</p> <p><variant>оба предплечья</p> <p><variant>левую руку и правую ногу</p> <p><variant>левую руку и левую ногу</p> <p><variant> правую руку и правую ногу</p> <p><question>Третье стандартное отведение ЭКГ – осуществляется наложением электродов на:</p> <p><variant>левую руку и левую ногу</p> <p><variant>оба предплечья</p> <p><variant>правую руку и левую ногу</p> <p><variant>левую руку и правую ногу</p> <p><variant>правую руку и правую ногу</p> <p><question>Стандартные ЭКГ – отведения регистрируют разность потенциалов:</p> <p><variant>во фронтальной плоскости</p> <p><variant>в сагитальной плоскости</p> <p><variant>в горизонтальной плоскости</p> <p><variant>во всех трех плоскостях</p> <p><variant>ни в одной из перечисленных плоскостях</p> <p><question>Грудные (Вильсоновские) отведения регистрируют разность потенциалов:</p> <p><variant>в сагитальной плоскости</p> <p><variant>в горизонтальной плоскости</p> <p><variant>во всех трех плоскостях</p> <p><variant>в вертикальной плоскости</p> <p><variant>во фронтальной плоскости</p> <p><question>Деполаризацию предсердий отражает:</p> <p><variant>зубец Р</p> <p><variant>нисходящая зубец Р</p> <p><variant>комплекс QRS</p> <p><variant>восходящая часть зубец Р</p> <p><variant>зубец Т</p> <p><question>Нормальная продолжительность зубца Р:</p> <p><variant>не превышает 0,1сек</p> <p><variant>0,03 – 0,05 сек</p> <p><variant>0,01 – 0,03 сек</p> <p><variant>более 0,1 сек</p>	<p><variant>0,06-0,1 сек</p> <p><question>Главным критерием нормального синусового ритма является:</p> <p><variant>наличие положительного одинакового зубца Р перед каждым QRS во 2 отведении</p> <p><variant>наличие (+)зубца Р во всех стандартных отведениях</p> <p><variant>двухфазность Р в У1</p> <p><variant>двугорбность Р</p> <p><variant>отсутствие Р</p> <p><question>Интервал PQ характеризует:</p> <p><variant>состояние А – У проводимости</p> <p><variant>продолжительность возбуждения предсердия</p> <p><variant>состояние коронарного кровообращения</p> <p><variant>продолжительность электрической систолы</p> <p><variant>продолжительность возбуждения желудочков</p> <p><question>Продолжительность интервала PQ в норме:</p> <p><variant>0,16 – 0,2 сек.</p> <p><variant>0,1 – 0,18 сек.</p> <p><variant>0,1 – 0,12 сек</p> <p><variant>0,12 – 0,22 сек.</p> <p><variant>0,2 – 0,25 сек.</p> <p><question>Глубина зубца Q в норме Не превышает:</p> <p><variant>25% следующего за ним R</p> <p><variant>1/3 зубца R</p> <p><variant>1/2 зубца R</p> <p><variant>3 мм</p> <p><variant>6 мм</p> <p><question>Максимальная амплитуда R...:</p> <p><variant>5 – 20</p> <p><variant>25</p> <p><variant>30</p> <p><variant>5 – 15</p> <p><variant>15</p> <p><question>Продолжительность комплекса QRS в норме:</p> <p><variant>0,06 – 0,10 сек</p> <p><variant>0,1 – 0,15 сек</p> <p><variant>до 0,06 сек</p> <p><variant>0,15 сек</p> <p><variant>до 0,05 сек</p> <p><question>Процессы реполяризации в миокарде отражает зубец:</p> <p><variant>Т</p> <p><variant>S</p> <p><variant>R</p> <p><variant>Q</p>
--	---



<variant>Р

<question>Аускультативный признак острой перегрузки правых отделов сердца:

<variant>появление выраженного акцента I тона на легочной артерии

<variant>резкое ослабления I тона на верхушке сердца

<variant>появление хлопающего I тона на верхушке сердца

<variant>наличие систолического и диастолического шума на верхушке сердца

<variant>резкое ослабления I и II тона

<question>Нормальные величины Тошакковой (I) порции желудочного сока:

<variant>до 50 мл, общая кислотность 20 ТЕ

<variant>50 – 100 мл, общая кислотность 15 ТЕ

<variant>100 – 150 мл, общая кислотность 30 ТЕ

<variant>150 – 200 мл, общая кислотность 40 ТЕ

<variant>150 – 200 мл, общая кислотность 80 ТЕ

<question>Нормальные параметры желудочной секреций после пробного завтрака:

<variant>общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ

<variant>общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ

<variant>общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль

<variant>общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ

<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты

<question>Состоянии гипосекреции и гипоацидности желудочного сока:

<variant>общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ

<variant>Общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль

<variant>общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ

<variant>общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ

<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты

<question>Состоянии гиперсекреции и гиперацидности желудочного сока:

<variant>общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ

<variant>общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ

<variant>общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ

<variant>Общая кислотность до 20 ТЕ, свободная

кислотность нуль

<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты

<question>Возможные изменения секреторной функции при раке желудка:

<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты

<variant>общая кислотность 20-40 ТЕ, свободная кислотность 10-20 ТЕ

<variant>общая кислотность 40-60 ТЕ, свободная кислотность 20-40 ТЕ

<variant>общая кислотность 100-120 ТЕ, свободная кислотность 80-10 ТЕ

<variant>общая кислотность до 20 ТЕ, свободная кислотность нуль

<question>Метод, позволяющий лучше судить о моторной функции желудка:

<variant>электрогастрография

<variant>рентгеноскопия

<variant>рентгенография

<variant>фиброгастроскопия

<variant>УЗИ

<question>Лучше документирующий «симптом ниши» или «дефекта наполнения» желудка является метод исследования...

<variant>рентгенография

<variant>рентгеноскопия

<variant>электрогастрография

<variant>фиброгастроскопия

<variant>УЗИ

<question>Методам исследования, сочетающийся с проведением прицельной биопсии является....

<variant>фиброгастроскопия

<variant>рентгенография

<variant>электрогастрография

<variant>рентгеноскопия

<variant>УЗИ

<question>Примерные параметры кишечных остатков за сутки:

<variant>объем остатков до 200,0 гр. содержания жидкости до 60-80%

<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 30%

<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания жидкости до 95%

<variant>объем остатков до 300,0 гр. содержания жидкости до 10%

<variant>объем остатков до 500,0 гр. содержания жидкости до 10%

<question>Примерные параметры кишечных остатков за сутки при наличии диареи:

<variant>объем остатков до 600,0 гр. содержания



жидкости до 95%

<variant>объем остатков до 200,0 гр. содержания

жидкости до 60-80%

<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания

жидкости до 30%

<variant>объем остатков до 300,0 гр. содержания

жидкости до 10%

<variant>объем остатков до 500,0 гр. содержания

жидкости до 10%

<question>Примерные параметры кишечных остатков за сутки при наличии запоров:

<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания

жидкости до 30%

<variant>объем остатков до 200,0 гр. содержания

жидкости до 60-80%

<variant>объем остатков до 100,0 гр. содержания

жидкости до 95%

<variant>объем остатков до 300,0 гр. содержания

жидкости до 10%

<variant>объем остатков до 500,0 гр. содержания

жидкости до 10%

<question>Ориентировочные параметры обмена жидкости в просвете кишечника здоровых лиц:

<variant>поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%

<variant>поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%

<variant>поступает около 12 л, всасывается около 90%

<variant>поступает до 7 л, всасывается из них до 98,0%

<variant>поступает до 10 л, всасывается из них до 98,0%

<question>Возможные условия развития диареи с учетом обмена жидкости в кишечнике за сутки:

<variant>поступает около 12 л, всасывается около 90%

<variant>поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%

<variant>поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%

<variant>поступает около 15 л, всасывается около 90%

<variant>поступает до 1 л, всасывается из них до 98,0%

<question>Условия развития запоров с учетом обмена жидкости в кишечнике за сутки:

<variant>поступает до 5 л, всасывается из них до 98,0%

<variant>поступает около 8-9 л, всасывается около 98,5%

<variant>поступает около 12 л, всасывается около

90%

<variant>поступает около 15 л, всасывается около

90%

<variant>поступает до 1 л, всасывается из них до 98,0%

<question>Метод исследования, позволяющий определить кишечное пищеварение:

<variant>копрограмма

<variant>рентгеноскопия кишечника

<variant>колонофиброскопия

<variant>определение микрофлоры кишечника

<variant>ирригоскопия кишечника

<question>Метод исследования, позволяющий определить состояние прямой и сигмовидной кишок:

<variant>ректومانоскопия

<variant>радиотелеметрия

<variant>рентгеноскопия кишечника

<variant>ирригоскопия

<variant>фиброгастроскопия

<question>Перкуторные размеры печени у здоровых лиц нормостенического телосложения:

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>10 x 9 x 8 см

<variant>7 x 8 x 9 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<variant>8 x 6 x 4 см

<question>Перкуторные размеры печени при атрофическом циррозе печени:

<variant>8 x 6 x 4 см

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>9 x 8 x 9 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<variant>10 x 9 x 8 см

<question>Перкуторные размеры печени при гепатомегалиях:

<variant>15 x 12 x 10 см

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>7 x 8 x 9 см

<variant>8 x 6 x 4 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<question>Аускультация печени ценна при наличии:

<variant>гемангиом печени

<variant>цирроз печени

<variant>холецистита

<variant>абсцесса печени

<variant>кист печени

<question>Для определения функции печени при синтезе белка применяют:

<variant>Проба Сулема, лента Вельтман

<variant>Основная фосфотаза



<variant>Холестерин, беталипопротеид
 <variant>Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
 <variant>Проба Квика-Пытель
 <question>Для определения экскреторной функции печени применяют:
 <variant>Основная фосфатаза
 <variant>Проба Сулема, лента Вельтман
 <variant>Холестерин, беталипопротеид
 <variant>Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
 <variant>Проба Квика-Пытель
 <question>Для определения ферментной функции печени применяют:
 <variant>Основная фосфатаза
 <variant>Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
 <variant>Проба Сулема, лента Вельтман
 <variant>Холестерин, беталипопротеид
 <variant>Проба Квика-Пытель
 <question>Для определения антитоксической функции печени применяют:
 <variant>Проба Квика-Пытель
 <variant>Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа
 <variant>Основная фосфатаза
 <variant>Проба Сулема, лента Вельтман
 <variant>Холестерин, беталипопротеид
 <question>Показатель, отражающий жирипоидную функцию печени:
 <variant>холестерина, беталипопротеиды
 <variant>щелочная фосфатаза
 <variant>сулемова проба, лента Вельтмана
 <variant>трансаминазы, альдолазы, лактатдегидрогеназы
 <variant>проба с бензойнокислыми натрием (Квика – Пытеля)
 <question>Метод исследования печени позволяющий определить морфологические изменения в ней:
 <variant>пункционная биопсия
 <variant>лапароскопия
 <variant>УЗИ печени
 <variant>радиоизотопные
 <variant>обзорная рентгенограмма
 <question>Метод исследования печени позволяющий дать макроскопическую ее картину:
 <variant>лапароскопия
 <variant>пункционная биопсия
 <variant>УЗИ печени
 <variant>радиоизотопные

<variant>обзорная рентгенограмма
 <question>Более информативный метод исследования печени при наличии в ней диффузных или очаговых поражений:
 <variant>радиоизотопный
 <variant>пункционная биопсия
 <variant>УЗИ печени
 <variant>лапароскопия
 <variant>обзорная рентгенограмма
 <question>Пузырная желчь при дуоденальном зондировании порция:
 <variant>В
 <variant>А
 <variant>С
 <variant>А и В
 <variant>В и С
 <question>Желчь из внутривенных желчных протоков полученный при дуоденальном зондировании порция:
 <variant>С
 <variant>В
 <variant>А
 <variant>А и В
 <variant>В и С
 <question>Желчегонное средство, используемое для дуоденального зондирования:
 <variant>раствор сульфата магния
 <variant>гистамин
 <variant>холасас
 <variant>раствор сернокислого бария
 <variant>карловаровская соль
 <question>Для нефроптоза 1 степени характерно:
 <variant>пальпируется нижний полюс почки
 <variant>пальпируется вся почка в положении стоя
 <variant>пальпируется вся почка в положении лежа
 <variant>почка пальпируется в любом месте брюшной полости
 <variant>пальпируется верхний полюс почки
 <question>Для нефроптоза 2 степени характерно:
 <variant>пальпируется вся почка в положении стоя
 <variant>пальпируется половина почки
 <variant>пальпируется вся почка в положении лежа
 <variant>почка пальпируется в любом месте брюшной полости
 <variant>пальпируется верхний полюс почки
 <question>Для нефроптоза 3 степени характерно:
 <variant>пальпируется вся почка в положении стоя и лежа



<variant>пальпируется нижний полюс почки
 <variant>почка пальпируется только при обострении патологического процесса
 <variant>пальпируется половина почки
 <variant>почка не ощущается
 <question>Степень нефроптоза определяют:
 <variant>при пальпации по Образцову - Стражеско
 <variant>симптомом Пастернацкого
 <variant>в положении лежа
 <variant>в положении по Боткину
 <variant>только по УЗИ почек
 <question>Симптом Пастернацкого определяется:
 <variant>методом перкуссии
 <variant>методом осмотра
 <variant>методом пальпации
 <variant>измерениями А/Д
 <variant>методом аускультации
 <question>Симптом Пастернацкого бывает резко положительным при:
 <variant>паранефрите
 <variant>пиелонефрите
 <variant>мочекаменной болезни
 <variant>гломерулонефрите
 <variant>радикулите
 <question>Объем суточного диуреза у здоровых лиц:
 <variant>около 1500 мл
 <variant>600 – 800 мл
 <variant>500 – 600 мл
 <variant>2000 мл и более
 <variant>800 – 1000 мл
 <question>Колебания удельного веса мочи в норме:
 <variant>1005 – 1028
 <variant>1025 – 1040
 <variant>1000 – 1008
 <variant>1005 – 1010
 <variant>1000 – 1040
 <question>Проба Реберга используется для определения:
 <variant>величин клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции
 <variant>концентрационной функции почек
 <variant>размаха удельного веса мочи
 <variant>соотношение дневного диуреза к ночному
 <variant>дневного диуреза
 <question>Пальпацией почек не возможно определить:
 <variant>степень нарушения функции почек
 <variant>подвижность

<variant>конфигурацию почек
 <variant>степень нефроптоза
 <variant>плотность
 <question>Почки при пальпации не выявляются при:
 <variant>гломерулонефрите
 <variant>нефроптозе 2 степени
 <variant>наличии больших кист
 <variant>пиелонефрите
 <variant>увеличении почек
 <question>Нормальные параметры пробы Аддиса – Каковского:
 <variant>эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
 <variant>эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 3 млн, цилиндров 10000
 <variant>эритроцитов 500000, лейкоцитов 4 млн
 <variant>эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000
 <variant>эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 70000
 <question>Данные пробы Реберга при нефритах:
 <variant>КФ–50 мл\ мин, Р– 99%, МД – 0,6 мл
 <variant>КФ–100 мл\ мин, Р– 98%, МД – 2 мл
 <variant>КФ–120 мл\ мин, Р– 60%, МД – 2 мл
 <variant>КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,
 <variant>КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,
 <question>Данные пробы Реберга при пиелонефритах:
 <variant>КФ–120 мл\ мин, Р – 60%, МД – 2 мл
 <variant>КФ–100 мл\ мин, Р – 98%, МД– 2 мл
 <variant>КФ–50 мл\ мин, Р–99%, МД – 0,6 мл
 <variant>КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,
 <variant>КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,
 <question>Для проведения пробы Нечипоренко моча берется:
 <variant>средняя порция мочи
 <variant>за полсутки
 <variant>вся порция разовой мочи
 <variant>за сутки
 <variant>последняя порция мочи
 <question>Изменение пробы Аддиса – Каковского при нефритах:
 <variant>эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн
 <variant>эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000
 <variant>эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн
 <variant>эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
 <variant>эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн
 <question>Изменения пробы Аддиса – Каковского



при пиелонефритах:

<variant>эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн

<variant>эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000

<variant>эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000

<variant>эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн

<variant>эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн

<question>Правильные определения цветного показателя:

<variant>степень насыщения эритроцитов гемоглобином

<variant>увеличение или уменьшения уровня гемоглобина

<variant>увеличение или уменьшения лейкоцитов

<variant>увеличение или уменьшения эритроцитов

<variant>увеличение эритроцитов, снижение уровня гемоглобина

<question>Размеры селезенки по Курлову:

<variant>8 смх 4-6 см

<variant>3-5 смх 2-4 см

<variant>4-6 смх 2-4 см

<variant>8-10 ммх 6-8ммб

<variant>10-12 мм х 8-10мм

<question>Величина СОЭ у здоровых лиц мм/час:

<variant>5-15

<variant>1-5

<variant>5-20

<variant>1-20

<variant>более 20

<question>Содержание эритроцитов в норме эритроцитов у женщин:

<variant>3,4 – 5,0 x 10¹² \л

<variant>1,0 – 3,0 x 10¹² \л

<variant>2,0 – 5,0 x 10¹² \л

<variant>1,0 – 2,5 x 10¹² \л

<variant>2,5 – 5,5 x 10¹² \л

<question>Содержание эритроцитов в норме у мужчин:

<variant>4,0 – 5,6 x 10¹² \л

<variant>3,0 – 4,8 x 10¹² \л

<variant>1,0 – 3,0 x 10¹² \л

<variant>1,0 – 2,5 x 10¹² \л

<variant>2,5 – 5,5 x 10¹² \л

<question>Количество лейкоцитов в норме:

<variant>3,2 – 11,3 x 10⁹ \л

<variant>3,0 – 5,0 x 10⁹ \л

<variant>3,0 – 10,0 x 10⁹ \л

<variant>2,0 – 9,0 x 10⁹ \л

<variant>1,0 – 8,0 x 10⁹ \л

<question>Количество тромбоцитов в норме:

<variant>180 – 320 x 10⁹ \л

<variant>50,0 – 180,0 x 10⁹ \л

<variant>250,0 – 400,0 x 10⁹ \л

<variant>350,0 – 450,0 x 10⁹ \л

<variant>150,0 – 200 x 10⁹ \л

<question>Увеличение количества тромбоцитов это:

<variant>тромбоцитоз

<variant>тромбопатия

<variant>тромбопения

<variant>тромбоэмболия

<variant>тромбоцитопеническая пурпура

<question>«Тромбоцитопения» это:

<variant>уменьшение количества тромбоцитов

<variant>гипофункция тромбоцитов

<variant>увеличение количества тромбоцитов

<variant>гиперфункция тромбоцитов

<variant>уменьшение количества тромбоцитов и эритроцитов

<question>Повышенное количество лейкоцитов:

<variant>лейкоцитоз

<variant>лейкопения

<variant>цитопения

<variant>панцитопения

<variant>цитопения, лейкоплакия

<question>Понижение содержания лейкоцитов:

<variant>лейкопения

<variant>лейкоцитоз

<variant>цитопения

<variant>панцитопения

<variant>цитопения, лейкоплакия

<question>Показатели, которые не относятся к общеклиническому исследованию крови:

<variant>количество белка в крови

<variant>содержание гемоглобина

<variant>количество тромбоцитов

<variant>количество лейкоцитов

<variant>количество эритроцитов в крови

<question>Увеличение количества эритроцитов в крови:

<variant>эритроцитоз

<variant>анизоцитоз

<variant>пойкилоцитоз

<variant>макроцитоз

<variant>микроцитоз

<question>Распространенные способы пальпации щитовидной железы:

<variant>3 способа

<variant>1 способа



<variant>4 способа

<variant>2 способа

<variant>не пальпируется

<question>При зобе перкуссия над рукояткой отмечает:

<variant>укорочение перкуторного звука

<variant>ослабление перкуторного звука

<variant>притупление перкуторного звука

<variant>тупой перкуторный звук

<variant>ясный перкуторный звук

<question>К эндокринным заболеваниям поджелудочной железы относятся:

<variant>сахарный диабет

<variant>Иценко-Кушинга

<variant>гипотиреоз, гипертиреоз

<variant>хронический панкреатит

<variant>ожирения

<question>Какова ежедневная потребность человека в йоде:

<variant>100 мкг

<variant>50 мкг

<variant>150 мкг

<variant>250 мкг

<variant>1000 мкг

<question>Железы, не относящиеся к эндокринной системе:

<variant>железы желудка и кишечника

<variant>щитовидная железа

<variant>гипофиз

<variant>железы половых органов

<variant>поджелудочная железа

<question>Эндокринными железами вырабатываются:

<variant>гормоны

<variant>холинолитики

<variant>симпатолитики

<variant>бета – блокаторы

<variant>ингибиторы АПФ

<question>Секрции эндокринных желез выделяются в:

<variant>кровь и лимфу

<variant>желчь

<variant>желудок

<variant>поджелудочную железу

<variant>потовые железы

<question>Дисбаланс жирового обмена:

<variant>болезнь Иценко-Кушинга

<variant>гипофункция половых желез

<variant>болезнь Симондса

<variant>злоупотребление продуктами богатыми жирами

<variant>дистрофия генитальных органов

<question>Щитовидная железа вырабатывает:

<variant>Т₃Т₄ТТГ

<variant>ферменты

<variant>17-ОКСД7-КС

<variant>инсулин

<variant>АКТГ

<question>Поджелудочная железа вырабатывает:

<variant>инсулин

<variant>АКТГ

<variant>ферменты

<variant>17-ОКСД7-КС

<variant>Т₃Т₄ТТГ

<question>Инсулин стимулирует депонирование углеводов в форме:

<variant>глюкозы

<variant>лактозы

<variant>гликогена

<variant>сахарозы

<variant>глюкозаминогликанов

<question>К механизму действия инсулина не относится:

<variant>усиление образования жирных кислот

<variant>усиление утилизации глюкозы

<variant>усиление образования гликогенов

<variant>усиление утилизации аминокислот

<variant>усиление синтеза белка

<question>Искривление позвоночника выпуклостью назад называется:

<variant>кифозом

<variant>сколиозом

<variant>кифосколиозом

<variant>горбом

<variant>лордозом

<question>Искривление позвоночника в боковую сторону называется:

<variant>сколиозом

<variant>лордозом

<variant>кифосколиозом

<variant>горбом

<variant>кифозом

<question>Искривление позвоночника выпуклостью вперед называется:

<variant>лордозом

<variant>сколиозом

<variant>кифозом

<variant>кифосколиозом

<variant>правильный ответ не приведен

<question>Кифосколиозом называется искривление позвоночника:



<variant>в боковую сторону и назад

<variant>в боковую сторону

<variant>назад

<variant>в боковую сторону и вперед

<variant>вперед

<question>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:

<variant>Ревматоидный артрит

<variant>Болезнь Бехтерева

<variant>Ревматизм

<variant>Хондроматоз суставов

<variant>Подагра

<question>В основе патогенетического механизма развития диффузного токсического зоба имеет значение...

<variant>Повышение тиростимулирующих иммуноглобулинов

<variant>Повышение секреции катехоламинов

<variant>Повышение секреции тиреотропного гормона

<variant>Повышение секреции тиротропин-рилизинг-гормона

<variant>Гиперчувствительность тканей к гормонам щитовидной железы

<question>У женщины 50 лет с избыточной массой тела дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 6,9 и 7,2 ммоль/л. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>Сахарный диабет 2 типа

<variant>Ожирение

<variant>Сахарный диабет 1 типа

<variant>Нарушение гликемии натощак

<variant>Нарушение толерантности к глюкозе

<question>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:

<variant>Определение уровня Т₃ и Т₄

<variant>ЭКГ

<variant>Бакпосев крови

<variant>КТ органов средостения

<variant>Суточное мониторирование АД

<question>Колебание относительной плотности мочи 1010-1012 в пробе Зимницкого – это

<variant>гипоизостенурия

<variant>никтурия

<variant>полиурия

<variant>протеинурия

<variant>поллакурия

<question>Рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей – это

<variant>экскреторная урография

<variant>ирригоскопия

<variant>томография

<variant>хромоцистоскопия

<variant>колоноскопия

<question>Температура воды горячей ванны составляет (в градусах Цельсия)

<variant>40-42

<variant>34-36

<variant>37-39

<variant>50-60

<variant>45-49

<question>Приступ сильной боли с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область наблюдается при

<variant>мочекаменной болезни

<variant>гломерулонефрите

<variant>пиелонефрите

<variant>цистите

<variant>амилоидозе почек

<question>При остром пиелонефрите рекомендуется суточное употребление жидкости (в мл)

<variant>2500

<variant>500

<variant>1000

<variant>1500

<variant>750

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

<variant>никтурия

<variant>дизурия

<variant>поллакиурия

<variant>полиурия

<variant>олигурия

<question>Признаком перфорации язвы является:

<variant>Ригидность передней брюшной стенки

<variant>Рвота

<variant>Изжога

<variant>Лихорадка

<variant>Гиперперистальтика



<question>К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы относятся:

<variant>рефлюкс в пищевод

<variant>растяжение грыжевого мешка

<variant>нарушения проходимости комка пищи

<variant>спазм пищевода

<variant>сдавливание сосудов

<question>Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является:

<variant>высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)

<variant>коллапс

<variant>боль опоясывающего характера

<variant>гипергликемия

<variant>стеаторея

<question>Нормальная активность амилазы в сыворотке крови составляет:

<variant>12-32 мг/мл

<variant>2-8 мг/мл

<variant>0 мг/мл

<variant>4 мг/мл

<variant>8 мг/мл

<question>Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

<variant>высокое содержание глюкозы в крови и моче

<variant>желтуха

<variant>частые потери сознания

<variant>увеличение печени

<variant>креаторея, стеаторея

<question>Наиболее информативный метод в диагностике калькулезного холецистита

<variant>УЗИ желчного пузыря

<variant>холецистография

<variant>дуоденальное зондирование

<variant>общий анализ крови

<variant>биохимический анализ крови: повышение билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы

<question>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?

<variant>панкреатит

<variant>гастрит

<variant>язвенная болезнь желудка

<variant>холецистит

<variant>гепатит

<question>Больную повышенного питания беспокоит тошнота и горечь во рту.

Заболевание, о котором идем речь:

<variant>холецистит

<variant>эзофагит

<variant>гастрит

<variant>язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

<variant>панкреатит.

<question>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:

<variant>хронический гепатит

<variant>острый вирусный гепатит

<variant>цирроз печени

<variant>рак печени

<variant>синдром Жильбера

<question>Для диагностики вирусного гепатита В решающее значение имеет:

<variant>серологическая диагностика маркеров вирусов

<variant>выявление степени мезенхимально-клеточного воспаления

<variant>выявление синдрома цитолиза

<variant>УЗИ исследование печени

<variant>выявление синдрома холестаза

<question>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:

<variant>ГЭРБ

<variant>кандидозный фарингит

<variant>ИБС, стенокардия напряжения

<variant>стеноз гортани

<variant>язвенная болезнь желудка

<question>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:

<variant>хронический панкреатит



<variant>хронический холецистит

<variant>язвенная болезнь желудка

<variant>хронический гастрит, тип В

<variant>ГЭРБ

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

<variant>стенозирование

<variant>пенетрация

<variant>перфорация

<variant>кровотечение

<variant>малигнизация.

<question>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:

<variant>инфекционная диарея

<variant>неинфекционная диарея

<variant>неспецифический язвенный колит

<variant>болезнь Крона

<variant>дивертикулез тонкого кишечника

<question>У больного после приема алкоголя появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови. Ваш предварительный диагноз:

<variant>синдром Меллори-Вейса

<variant>кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;

<variant>острый панкреатит

<variant>язвенная болезнь желудка

<variant>болезнь Крона

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

Из перечисленных диагнозов наиболее вероятен:

<variant> пролапс митрального клапана

<variant> стеноз митрального отверстия

<variant> недостаточность клапанов аорты

<variant> гипертрофическая кардиомиопатия

<variant> недостаточность митрального клапана

<question> Мужчина 21 года жалуется на сердцебиение, перебои, головокружение. Об-но:

тоны громкие, на верхушке выслушивается среднесистолический щелчок и систолический шум, который усиливается в вертикальном положении и уменьшается в положении лежа с поднятыми ногами. ЭхоКГ: прогиб передней створки митрального клапана. Подобная аускультативная картина наиболее характерна для:

<variant> пролапса митрального клапана

<variant> незаращения овального отверстия

<variant> недостаточности митрального клапана

<variant> стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

<variant> относительной недостаточности митрального клапана

<question> Женщина 53 лет с жалобами на головные боли в висках, шум в голове; тошноту; сухость во рту по утрам; выраженную общую слабость. В анамнезе: АГ 10 лет, перенесла инсульт по ишемическому типу. При осмотре: повышенного питания, ИМТ -35. Тоны сердца глухие, мерцательная аритмия, ЧСС 112 уд/мин. АД 170/100 мм рт ст. В анализах: глюкоза – 6,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин 9,6%.

Укажите риск артериальной гипертензии у данной больной:

<variant> очень высокий

<variant> низкий

<variant> высокий

<variant> средний

<variant> умеренный

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

Наиболее вероятное осложнение у больной развилось:

<variant> отек легких

<variant> острое нарушение мозгового кровообращения

<variant> острая почечная недостаточность

<variant> отслоение сетчатки

<variant> инфаркт миокарда.

<question> У больного К., 60 лет выявляется следующая симптоматика: высокая устойчивая



систолическая гипертензия, утренние головные боли в затылочной области, сердцебиение, ухудшение зрения - на глазном дне ангиоретинопатия IV степени. В области эпигастрия выслушивается систолический шум. Причиной гипертензии наиболее вероятно является:

- <variant> атеросклероз брюшной аорты
- <variant> первичный гиперальдостеронизм
- <variant> хронический гломерулонефрит
- <variant> аденома предстательной железы
- <variant> феохромоцитомы

<question> Женщина 78 лет жалуется на головные боли, головокружение. В анамнезе – приступы стенокардии, по этому поводу периодически принимает нитраты, аспирин. В течение 8 лет болеет бронхиальной астмой, приступы купирует ингаляциями симпатомиметиков. При осмотре: кожные покровы бледные, пульсация сосудов шеи. Границы сердца увеличены влево, сердечный толчок резистентный, смещен влево и вниз. При аускультации: мягкий протодиастолический шум во II межреберье справа, ЧСС 82 в мин., АД 185/60 мм рт ст. Наиболее вероятная причина артериальной гипертензии:

- <variant> недостаточность клапана аорты атеросклеротического генеза
- <variant> эссенциальная артериальная гипертензия
- <variant> лекарственно-индуцированная артериальная гипертензия
- <variant> первичная почечная ретенция натрия
- <variant> гипертензия «белого халата»

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

Из перечисленных диагнозов наиболее вероятен:

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

<question> Женщина 62 лет, страдающая ИБС, периодически принимает нитраты, постоянно дезагреганты и β-блокаторы, жалуется на учащение и увеличение продолжительности

приступов стенокардии при обычной нагрузке; появление приступов в покое. На ЭКГ выявлена депрессия ST V1-V3.

Из перечисленных диагнозов наиболее вероятен:

- <variant> прогрессирующая стенокардия
- <variant> спонтанная стенокардия
- <variant> впервые возникшая стенокардия
- <variant> вариантная стенокардия Принцметала
- <variant> стабильная стенокардия напряжения ФК III

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

- <variant> ИБС, прогрессирующая стенокардия
- <variant> ИБС, впервые возникшая стенокардия
- <variant> ИБС, стабильная стенокардия напряжения. ФК III
- <variant> Нейроциркуляторная дистония
- <variant> ИБС, мелкоочаговый инфаркт миокарда

<question> Больной С., 45 лет, обратился с жалобами на приступ за грудиных болей, возникающих в момент интенсивной нагрузки и прекращающихся через две минуты после прекращения нагрузки. Боль иррадирует в левую руку, плечо. Длительность болей около 2-5 минут. Наиболее вероятный диагноз из нижеперечисленных:

- <variant> ИБС, стенокардия напряжения ФК I
- <variant> ИБС, стенокардия напряжения ФК II
- <variant> Пропалс митрального клапана
- <variant> Нейроциркуляторная дистония
- <variant> Остеохондроз грудного отдела позвоночника

Мужчина 45 лет доставлен с жалобами на резкую разлитую боль за грудиной, не купированную приемом изокет-спрея. Заболел внезапно после тяжелой физической нагрузки. Об-но: состояние тяжелое, бледный. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС-86 в мин, АД 170/90 мм рт.ст. На ЭКГ: полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Из перечисленных диагнозов наиболее вероятен:

- <variant> острый коронарный синдром
- <variant> миокардит
- <variant> инфаркт миокарда
- <variant> гипертонический криз
- <variant> тромбоз легочной артерии



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

Укажите класс желудочковой экстрасистолии по B. Lown и M. Wolf:

<variant>4б

<variant> 2

<variant> 3

<variant> 4а

<variant> 5

<question> 63-летняя женщина, длительно принимающая амиодарон, жалуется на кратковременные приступы сердцебиений, сопровождающиеся головокружением и обмороками. На ЭКГ выявлено удлинение интервала QT.

Из перечисленных методов исследования наиболее информативен для точного диагноза:

<variant> суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру

<variant> ЧПЭС

<variant> коронарография

<variant> радионуклидная вентрикулография

<variant> катетеризация правых отделов сердца

<question> Мужчина 60 лет наблюдается по поводу ИБС более 10 лет. Полгода назад появились эпизоды кратковременного головокружения, сердцебиение, дважды терял сознание. Наиболее информативный метод исследования для постановки клинического диагноза:

<variant> Суточное мониторирование ЭКГ

<variant>ЭКГ

<variant>ЭхоКГ

<variant>ФКГ

<variant> Стресс ЭхоКГ

<question> Больной 38 лет, с детства страдающий ХРБС, жалуется на головные боли, туман перед глазами, головокружение, одышку. При осмотре: ослабление II тона, во втором межреберье справа выслушивается протодиастолический шум убывающего характера; на бедренной артерии - двойной тон Траубе и шум Дюрозье. ЧСС- 96 в мин. АД –170/40 мм рт. ст. ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Из перечисленных причин наиболее вероятно способствует повышению АД:

<variant> недостаточность клапанов аорты

<variant> стеноз устья аорты

<variant> активность ревматизма

<variant> стеноз устья легочной артерии

<variant> стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

<question> Мужчина 43 лет жалуется на головокружение, обмороки при

<question>Наиболее частая причина развития желтухи у пожилых

<variant>опухоль панкреато – дуоденальной зоны

<variant>дискинезия желчных путей

<variant>хронический активный гепатит

<variant>описторхоз

<variant>цирроз печени

<question>Укажите симптомы, характерные для нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы:

<variant>снижение массы тела, креаторея, стеаторея

<variant>сухость кожных покровов

<variant>гипергликемия

<variant>расширение вен передней брюшной стенки

<variant>почечно-печеночная недостаточность

<question>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:

<variant>Да, потому что у больного впервые выявленная язва 12-ти перстной кишки

<variant>Да, потому что у больного впервые выявленная язва желудка

<variant>Да, потому что у больного выраженный астеновегетативный синдром

<variant>Нет, потому что у больного нет осложнения язвенной болезни

<variant>Да, потому что больному в стационаре проводится эндоскопическое исследование

<question>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:

<variant>Фиброгастродуоденоскопия

<variant>Электрокардиография

<variant>Сигмоидоскопия

<variant>Консультация невропатолога



<variant>Клинический анализ крови
<question>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

<variant>приступ Морганьи-Эдамса-Стокса

<variant>гипергликемическое состояние

<variant>фибриляция желудочков

<variant>эпилептический статус

<variant>ортостатический коллапс

<question>Пациенту 40 лет с АГ I степени целесообразно начать обследование

<variant>УЗИ почек и сердца

<variant>анализа мочи по Зимницкому

<variant>сцинтиграфии почек

<variant>урографии

<variant>ангиографии почек

<question>Наиболее информативный метод диагностики вазоренальной артериальной гипертензии:

<variant>почечная ангиография

<variant>УЗИ почек сцинтиграфия почек

<variant>сцинтиграфия почек

<variant>УЗИ почечных артерий

<variant>рентгенологические исследования почек

<question>Наиболее достоверными ЭКГ-критериями инфаркта миокарда являются:

<variant>появление зубцов Q шириной более 30 мс и глубиной более 2 мм в двух отведениях и более

<variant>элевация сегмента ST

<variant>депрессия сегмента ST

<variant>появление подъема или депрессии сегмента ST более 1 мм через 20 мс от точки J в двух смежных отведениях;

<variant>депрессия сегмента ST

<question>Неблагоприятным признакам нестабильной стенокардии является...

<variant>депрессия сегмента ST менее 1 мм

<variant>длительность ангинозного приступа более 20 мин

<variant>депрессия сегмента ST более 1 мм

<variant>нестабильная гемодинамика (низкое АД, лабильный пульс)

<variant>повышение содержания МВ-фракции КФК

<question>Оптимальная концентрация холестерина в крови:

<variant>5 ммоль/л

<variant> 6 ммоль/л

<variant> 7 ммоль/л

<variant>6,5 ммоль/л

<variant>9-5,5 ммоль/л

<question>ЭКГ критерий положительной пробы с физической нагрузкой:

<variant>горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм и продолжительностью более 80 мс

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

<variant>косоводящая депрессия сегмента ST

<variant>косонисходящая депрессия сегмента ST

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

<question>Наиболее информативные методы диагностики атеросклероза венечных артерий:

<variant>ангиография

<variant>ЭКГ

<variant>эхокардиографию

<variant>стресс-эхокардиографию

<variant>ЭКГ-мониторирование

<question>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:

<variant>электрокардиография

<variant>радиоизотопное сканирование сердца

<variant>коронарография

<variant>эхокардиография

<variant>рентгенологическое исследование грудной клетки

<question>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:

<variant>Митральная недостаточность

<variant>Митральный стеноз

<variant>Аортальный стеноз

<variant>Аортальная недостаточность

<variant>Стеноз трикуспидального клапана

<question>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:

<variant>Повышение кардиоспецифических ферментов

<variant>Общий анализ крови

<variant>Повышение холестерина, триглицеридов

<variant>Тест с физической нагрузкой

<variant>ЭхоКГ

<question> Наиболее типичная локализация болей при ИБС:

<variant>за грудиной

<variant>в области верхушки сердца

<variant>в области правого подреберья

<variant>в левой половине грудной клетки

<variant>в правой половине грудной клетки

<question> Нитроглицерином купируется боль при:

<variant>приступе стенокардии

<variant>инфаркте миокарда

<variant>перикардите

<variant>миокардите

<variant>кардионеврозе

<question> Аускультативный признак острой перегрузки правых отделов сердца:

<variant>появление хлопающего 1 тона на верхушке сердца

<variant>появление выраженного акцента 11 тона на легочной артерии

<variant>резкое ослабления 1 тона на верхушке сердца

<variant>наличие систолического и диастолического шума на верхушке сердца

<variant>резкое ослабления 1 и 11 тона

<question> Цианоз при заболеваниях сердечно – сосудистой системы чаще носит характер:

<variant>периферического

<variant>смешанного

<variant>местного

<variant>центрального

<variant>общего

<question> Периферические отеки у сердечного больного обусловлены:

<variant>правожелудочковой сердечной недостаточностью

<variant>портальной гипертензией

<variant>левожелудочковой сердечной недостаточностью

<variant>венозной недостаточностью

<variant>тотальной (лево и правожелудочковой сердечной недостаточностью)

<question> К признакам застоя в малом круге кровообращения Не относится:

<variant>гидроторакс

<variant>одышка

<variant>приступы, сердечной астмы

<variant>кашель в горизонтальном положении

<variant>кровохарканье

<question> Признак, Не относящийся к застою в большом круге кровообращения:

<variant>отек легких

<variant>гидроперикард

<variant>отеки на ногах

<variant>гидроторакс

<variant>асцит

<question> Верхушечный толчок располагается в норме:

<variant>на 1 – 2 см кнутри от срединно-ключичной линии в 5 межреберье

<variant>по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье

<variant>на 1 – 2 см влево от срединно-ключичной линии в 5 межреберье

<variant>в 5 межреберье по левой парастернальной линии

<variant>на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

<question> Видимое на глаз смещение верхушечного толчка влево и вниз Не обусловлено:

<variant>левостороний гидроторакс

<variant>гипертрофией правого желудочка

<variant>правостороний гидроторакс

<variant>правостороний пневмоторакс

<variant>гипертрофией левого желудочка

<question> При аортальном стенозе определяется:

<variant>систолическое дрожание на верхушке

<variant>диастолическое дрожание на верхушке

<variant>диастолическое дрожание на аорте (во 2 точке аускультации)

<variant>систолическое дрожание на аорте

<variant>систолическое дрожание в 3 – 4 межреберье у левого края грудины

<question> 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 ...

<variant>приступ боли в животе на высоте пищеварения, купирующийся нитроглицерином

<variant>метеоризм

<variant>диспепсические расстройства

<variant>диарея

<variant>чувство скованности суставов по утрам

<question>Отдел образующий правую границу относительной тупости сердца:

<variant>правое предсердие

<variant>правым желудочком

<variant>левым предсердием

<variant>левым желудочком

<variant>правым предсердием и желудочком

<question>Отдел образующий левую границу относительной тупости сердца:

<variant>левый желудочок

<variant>правым желудочком

<variant>левым предсердием

<variant>правым предсердием

<variant>левым предсердием и желудочком

<question>Отдел образующий верхнюю границу сердца:

<variant>левое предсердие

<variant>правым желудочком

<variant>правым предсердием

<variant>левым желудочком

<variant>левым предсердием и желудочком

<question>Больной Павел 31 год обратился к врачу терапевту. При осмотре поверхностной пальпации. Не определяется состояние:

<variant>лимфоузлов

<variant>органов брюшной полости

<variant>мышц, костей, суставов

<variant>придатков кожи

<variant>кожи и подкожной клетчатки

<question>При митральной конфигурации Не наблюдается:

<variant>талиа сердца

<variant>сглаженная талиа сердца

<variant>увеличенное левое предсердие

<variant>увеличенный левой желудочек

<variant>увеличенный правый желудочек

<question>При аортальных конфигурациях Не наблюдается:

<variant>сглаженной талии сердца

<variant>выраженной талии сердца

<variant>резко расширенной полости левого желудочка

<variant>сердца приобретает форму «сидячей утки»

<variant>сердце приобретает форму «башмака»

<question>Границы сердца Не смещаются в сторону поражения при :

<variant>экссудативном плеврите

<variant>пневмосклерозе

<variant>пульмонэктомии

<variant>опухоли легкого

<variant>обтурационном ателектазе

<question>Границы сосудистого пучка в норме определяются...

<variant>во 2 межреберье по краям грудины

<variant>во 2 межреберье по парастернальным линиям

<variant>в 3 межреберье по краям грудины

<variant>в 3 межреберье по парастернальным линиям

<variant>в 4 межреберье по краям грудины

<question>Рентгенологический признак, Не характерный для недостаточности митрального клапана:

<variant>в косо́й проекции пищевод отклоняется по дуге малого радиуса

<variant>в косо́й проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса

<variant>талиа сердца сглажена

<variant>сердце митральной конфигурации

<variant>признаки застоя в малом круге кровообращения

<question>Фиолетовая гиперемия щек (facies mitralis) характерна при:

<variant>митральном стенозе

<variant>трехстворчатом стенозе

<variant>стенозе устья легочной артерии

<variant>стенозе устья аорты

<variant>дефекте межпредсердной перегородки

<question>Митральный стеноз практически всегда бывает следствием...

<variant>ревматизма

<variant>атеросклероза

<variant>системной красной волчанки

<variant>врожденной аномалии развития

<variant>бактериального эндокардита

<question>Ощущение пульсации во всем теле у больного с аортальной недостаточностью объясняется:

<variant>высоким пульсовым давлением

<variant>высоким периферическим сопротивлением сосудов

<variant>нарушением микроциркуляции

<variant>высоким систолическим давлением



<variant>низким диастолическим давлением
<question>При внешних признаках высокого пульсового давления Не выявляется:
<variant>пульсация прекардиальной области
<variant>пульсация зрачка, мягкого неба
<variant>пляска каротид
<variant>симптом Мюссе
<variant>высокий и скорый пульса
<question>Пациентка В., 76 лет жалуется на одышку, возникающая при нагрузке физического характера; сердцебиение; быстрая утомляемость; сердечная боль; слабость. Основная аускультативная картина аортальной недостаточности выслушивается:
<variant>во 2 межреберье справа у края грудины, в точке Боткина – Эрба
<variant>на верхушке сердца
<variant>в 4 точке аускультации
<variant>на основании мечевидного отростка
<variant>на легочной артерии
<question>В больницу поступил больной с жалобами на боли в области пищевода. Наиболее серьезная по прогнозу жалоба больных с заболеваниями пищевода:
<variant>дисфагия
<variant>рвота
<variant>боль
<variant>слюнотечение
<variant>изжога
<question>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:
<variant>сила
<variant>высота
<variant>локализация
<variant>иррадиация
<variant>продолжительность
<question>В больницу поступила женщина 25 лет, с жалобами на отрыжки, боли в области пищевода. Дисфагия чаще устанавливаемая по анамнезу в прошлом:
<variant>рубцовые стенозы пищевода
<variant>новообразование пищевода
<variant>дивертикул пищевода
<variant>хронический атрофический эзофагит
<variant>ценность анамнестических данных равнозначна
<question>К правилам общего осмотра Не относится:

<variant>осмотр проводится на расстояние 2-3 метров, больного полностью раздевают
<variant>освещение должно быть сбоку и спереди
<variant>отсутствие постороннего шума
<variant>осмотр больного проводится по возможности в дневное время
<variant>осмотр проводится в определенной последовательности
<question>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:
<variant>стенозе митрального отверстия
<variant>стенозе устья легочной артерий
<variant>недостаточности митрального клапана
<variant>недостаточности 3-х створчатого клапана
<variant>стенозе устья аорты
<question>У мужчины 67 лет после физической нагрузки возникли загрудинные боли, одышка. Диастолический шум Не возникает при:
<variant>недостаточности митрального клапана
<variant>недостаточности аортальных клапанов
<variant>стенозе 3-х створчатого отверстия
<variant>митральном стенозе
<variant>недостаточности клапана легочной артерий
<question>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:
<variant>в положении лежа
<variant>на высоте вдоха
<variant>при непосредственной аускультации
<variant>в положении сидя
<variant>в положение стоя
<question>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:

<variant>на верхушке сердца

<variant>в т. проекции митрального клапана

<variant>на основании сердца у грудины

<variant>3 межреберье у левого края грудины

<variant>4 межреберье у левого края грудины

<question>Диастолический шум на ограниченном участке верхушки сердца характерен для...

<variant>митрального стеноза

<variant>митральной недостаточности

<variant>дефекта межжелудочковой перегородки

<variant>перикардита

<variant>анемии

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

<variant>Острая левожелудочковая недостаточность

<variant>Приступ бронхиальной астмы

<variant>Тромбоз легочной артерии

<variant>Спонтанный пневмоторакс

<variant>Инфарктная пневмония

<question>Оценку 1 тону дают на основании его звучности:

<variant>в 1 и 4 точках аускультации

<variant>во 2 и 3 точках аускультации

<variant>1 и 2 точках аускультации

<variant>в 1, 2, 3, 4 точках аускультации

<variant>в 5 точке аускультации

<question>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:

<variant>напряженный и полный

<variant>быстрый и высокий

<variant>дикротический

<variant>мягкий и полный

<variant>альтернирующий

<question>Субъективный метод исследования больных:

<variant>расспрос

<variant>осмотр

<variant>пальпация

<variant>перкуссия

<variant>аускультация

<question>Фактор, имеющий наименьшее значение при сборе анамнеза жизни больного:

<variant>погодные условия предрасположенность

<variant>перенесенные заболевания

<variant>семейное положение и наследственная

<variant>вредные привычки

<variant>условия труда и быта

<question>Для функционального шума. Не характерно:

<variant>практически всегда является диастолическим

<variant>не сопровождается изменениями звучности тонов

<variant>часто непостоянен

<variant>практически всегда является систолическим

<variant>чаще выслушивается на верхушке, и легочной артерии

<question>Третий тон образуется:

<variant>в диастолу в фазе быстрого пассивного наполнения желудочков и колебания их стенок

<variant>в систолу предсердия

<variant>в диастолу желудочков во время гемодинамического удара в закрывшиеся полулунные клапаны

<variant>в диастолу желудочков из-за усиления звуковых колебаний открывающегося митрального клапана

<variant>в систолу желудочков