

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		Стр. 1 из 85

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 2

Название ОП: «Общая медицина»

Код дисциплины: OVP 6301-1

Название дисциплины: Амбулаторно - поликлиническая терапия

Объем учебных часов/кредитов: 240 часов, 15 кредитов

Курс и семестр изучения: 6 курс, 12 семестр

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		

044-79/22
Стр. 2 из 85

Составитель: ассистент Баймакова Г.Ш.

Заведующий кафедрой ,к.м.н.,доцент Оспанов К.Е.



Протокол № 1 **Дата** 01.09.2023 г.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 3 из 85

<question>Мужчина 27 лет внезапно почувствовал боль в эпигастрии и в правом подреберье. Через несколько часов боль стала меньше. Объективно: язык сухой, живот втянут, мышцы брюшной стенки напряжены. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 120 уд./мин. Предположительный диагноз:

<variant>Язвенная болезнь, перфорация язвы 12 п.к.

<variant>Хронический гастрит

<variant>Дискинезия желчевыводящих путей

<variant>Разрыв аневризмы брюшной аорты

<variant>Острая кишечная непроходимость

<question>Больной 46 лет на приеме у семейного врача с жалобами на периодическую рвоту кислым содержимым, отрыжку после приема пищи, дискомфорт в эпигастрии, вздутие живота. При пальпации выявлена болезненность в эпигастриальной области. Исследование, которое необходимо провести больному в первую очередь:

<variant>Фиброгастродуоденоскопию

<variant>Анализ кала на скрытую кровь

<variant>Контрастную рентгеноскопию с барием

<variant>Ультразвуковое исследование

<variant>Исследование желудочного сока

<question>Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни

<variant>Малигнизации язвы

<variant>Стенозе выходного отдела желудка

<variant>Пенетрации язвы

<variant>Перфорации язвы

<variant>Микрокровотечения из язвы

<question>Больная жалуется на боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, усиливающиеся после приема жирной и острой пищи, на многократную, не приносящую облегчения рвоту. При пальпации болезненность в левом реберно-позвоночном углу, а также боль при поколачивании этой зоны ребром ладони (симптом хвоста). Ваш предварительный диагноз:

<variant>Хронический панкреатит, обострение

<variant>Хронический некалькулезный холецистит, обострение

<variant>Хронический калькулезный холецистит, обострение

<variant>Хронический активный гепатит, обострение

<variant>Хронический аутоиммунный гепатит, обострение

<question>Больной 32 лет жалуется на интенсивные боли в эпигастрии через 3-4 часа после еды, нередко «голодные» и ночные, успокаивающиеся после приема пищи, упорную изжогу, отрыжку кислым, часто рвоту кислым, приносящую облегчение, запоры. Объективно: перкуторная и пальпаторная болезненность в эпигастрии справа. Анализ кала на скрытую кровь – положительный. Ваш предположительный диагноз:

<variant>язва луковицы двенадцатиперстной кишки

<variant>язва большой кривизны желудка

<variant>язва субкардиального отдела желудка

<variant>гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь

<variant>стеноз привратника

<question>Больной, 29 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на тошноту, рвоту, которые появились внезапно сегодня утром. При осмотре у больного язык сухой, обложен, температура 37,7⁰С, при пальпации определяется болезненность живота и разлитое напряжение мышц передней брюшной стенки. АД 100/70 мм рт.ст. ЧСС 97 в/мин. Врачебная тактика предусматривает ...

<variant>экстренную доставку в хирургическое отделение

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		

044-79/22
Стр. 4 из 85

<variant>назначение противорвотных и жаропонижающих препаратов

<variant>тщательный осмотр и наблюдение за состоянием больного в условиях ПМСП

<variant>наблюдение на дому, обеспечить холод, голод и покой, при сильных болях назначить анагетик

<variant>внутривенное капельное введение реополиглюкина до стабилизации состояния

<question>У мужчины, 40 лет отмечаются длительные боли в эпигастриальной области, опоясывающего характера, с иррадиацией в спину и чувство распирания в правом подреберье. При УЗИ исследовании: изменения поджелудочной железы и признаки хронического холецистита. Наиболее информативный лабораторный показатель при данной патологии:

<variant>Уровень амилазы в крови и моче

<variant>Лейкоцитоз

<variant>Уровень трансаминаз крови

<variant>Гипергликемия

<variant>Уровень щелочной фосфатазы в крови

<question>Женщина 40 лет жалуется на нарастающую слабость, боли в эпигастрии, особенно натощак и по ночам, запоры, головокружения, сухость кожи, ломкость волос и ногтей, боли в области сердца, не связанные с нагрузкой. Раньше ничем не болела, недавно был неприятный конфликт на работе. Для подтверждения диагноза в первую очередь необходимо провести

<variant>Фиброгастродуоденоскопию

<variant>Электрокардиографию

<variant>Ректороманоскопию

<variant>Рентгеноскопию грудной клетки

<variant>Рентгеноскопию брюшной полости

<question>Больная жалуется на боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, усиливающиеся после приема жирной и острой пищи, на многократную, не приносящую облегчения рвоту. При пальпации болезненность в левом реберно-позвоночном углу, а также боль при поколачивании этой зоны ребром ладони (симптом хвоста). Ваш предварительный диагноз:

<variant>Хронический панкреатит, обострение

<variant>Хронический некалькулезный холецистит, обострение

<variant>Хронический калькулезный холецистит, обострение

<variant>Хронический активный гепатит, обострение

<variant>Хронический аутоиммунный гепатит, обострение

<question>У больной с хроническим панкреатитом нарушение функций поджелудочной железы, это привело к ограничению трудоспособности II степени, ограничению способности к самообслуживанию II степени, ограничению к самостоятельному передвижению I степени. Степень ее трудоспособности:

<variant>II группа инвалидности

<variant>I группа инвалидности

<variant>III группа инвалидности

<variant>трудоспособна

<variant>нетрудоспособна в течение 2-3 дней

<question>Больной, 48 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на ноющие боли в эпигастриальной области, с иррадиацией левое подреберье, тошноту и многократную рвоту без облегчения, обильный мазевидный стул. Из анамнеза: вышеописанные симптомы возникали и ранее, были связаны с приемом жирной пищи и алкоголя. Объективно: пониженного питания, положительные симптомы: "френикус-симптом" слева, Мейо-Робсона. Выберите наиболее вероятный диагноз:

<variant>хронический панкреатит, обострение

<variant>язвенная болезнь 12-перстной кишки, обострение

<variant>язвенная болезнь пилорического отдела желудка

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 5 из 85

<variant>аневризма брюшного отдела аорты
<variant>хронический неязвенный колит
<question>Мужчина, 51 года поступил в стационар с жалобами на длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ - 30 мм/ч. Ваш предполагаемый диагноз:
<variant>хронический холецистит, обострение
<variant>язвенная болезнь желудка, обострение
<variant>хронический гепатит, обострение
<variant>хронический панкреатит, обострение
<variant>хронический гастрит, обострение
<question>Пациент, 26 лет предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, уменьшающиеся после приема молока, а также на почти постоянную изжогу. Болен около двух лет, не обследовался и не лечился. Ваш предполагаемый диагноз:
<variant>язвенная болезнь 12-перстной кишки
<variant>хронический гастрит «типа А»
<variant>хронический гастрит «типа В»
<variant>гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
<variant>язвенная болезнь желудка
<question>У больного состоящего на учете с диагнозом хронический гастрит в период обострения появились боли в животе, отрыжка тухлым яйцом, рвота, принятой накануне пищей. У больного болезнь осложнилась ...
<variant>стенозированием
<variant>перфорацией
<variant>малигнизацией
<variant>кровотечением
<variant>пенетрацией
<question>Слабость, тошнота, потеря аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание наблюдаются при осложнении язвенной болезни ...
<variant>малигнизацией
<variant>пенетрацией
<variant>микрочровотечениями из язвы
<variant>перфорацией
<variant>стенозом выходного отдела желудка
<question>У больного 42 лет, с жалобами на боли в эпигастральной области, однократную рвоту, при объективном осмотре выявленные бледность кожных покровов, холодный липкий пот, АД 100/50 мм.рт.ст., симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Ваш предварительный диагноз:
<variant>перфорация
<variant>стеноза привратника
<variant>пенетрации
<variant>кровотечение
<variant>малигнизации
<question>Больному 62 лет, с жалобами на распирающие боли в эпигастрии, отрыжку кислым, метеоризм, запоры, чередующиеся с поносами, с бледностью кожных покровов, сухостью кожи, ломкостью ногтей целесообразно назначить ...
<variant>натуральный желудочный сок + панзинорм + мильгамма
<variant>циметидин + панзинорм + но-шпа
<variant>цизаприд + алмагель + хилак форте
<variant>сорбифер + алмагель + гепабене
<variant>домперидон + креон + бифидум бактерин

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 6 из 85

<question>На приеме женщина 27 лет с жалобами на неприятные ощущения при глотании, после употребления жидкой, холодной или горячей пищи, плотная пища проходит хорошо. При расспросе выяснилось, что указанные жалобы впервые появились около года назад после неприятностей на работе. В течение последних двух месяцев эти неприятные ощущения стали появляться при волнениях и усталости. Аппетит снижен, в весе не теряла. При осмотре патологии не выявлено. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь

<variant>пептическая язва пищевода

<variant>дивертикул нижней части пищевода

<variant>хронический эзофагит

<variant>грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

<question> ... не относится к абсолютному показанию для хирургического лечения язвенной болезни.

<variant>частые рецидивы

<variant>малигнизация

<variant>стенозирование в стадии декомпенсации

<variant>кровотечение

<variant>перфорация

<question>Основным методом диагностики рефлюкс-эзофагита является ...

<variant>рН-метрическое исследование

<variant>рентгенологическое исследование

<variant>эндоскопическое исследование

<variant>ультразвуковое исследование

<variant>желудочное зондирование

<question>Больной Б., 32 лет жалуется на интенсивные боли в эпигастрии через 3-4 часа после еды, нередко «голодные» и ночные, успокаивающиеся после приема пищи, упорную изжогу, отрыжку кислым, часто рвоту кислым, приносящую облегчение, запоры. Объективно: перкуторная и пальпаторная болезненность в эпигастрии справа. Анализ кала на скрытую кровь – положительный. Ваш предположительный диагноз:

<variant>язва луковицы двенадцатиперстной кишки

<variant>язва большой кривизны желудка

<variant>язва субкардиального отдела желудка

<variant>гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь

<variant>стеноз привратника

<question>Мужчину, 45 лет беспокоят боли за грудиной, возникающие во время приема пищи и после физической нагрузки, изжога, отрыжка съеденной пищей, ощущение затруднения при глотании пищи. Обследование: электрокардиограмма: без патологии; эндоскопическая фиброгастроуденоскопия: нижний пищеводный сфинктер не смыкается, гиперемия, отек слизистой пищевода, единичные эрозии. В данном случае больному целесообразно назначение комбинации препаратов ...

<variant>домперидона и рабепразола

<variant>маалокса и ампициллина

<variant>омепразола и смекты

<variant>омепразола и маалокса

<variant>омепразола и но-шпы

<question>Мужчина 44 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на тошноту, многократную, не приносящую облегчения рвоту, дискомфорт в эпигастрии, резкую слабость через 12 ч после последнего приема пищи. В анамнезе употребление алкоголя в течение недели. При осмотре – состояние тяжелое, запах алкоголя изо рта, оглушенность, бледность. АД 60/20 мм рт.ст., ЧСС 60 в мин. Пальпация живота болезненная, мышечной защиты нет, симптомы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 7 из 85

раздражения брюшины отрицательны. Стул однократный, оформленный. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>панкреонекроз
- <variant>экзотоксический шок
- <variant>абдоминальная форма инфаркта миокарда
- <variant>пищевая токсикоинфекция
- <variant>отравление суррогатами алкоголя

<question>У женщины 52 лет, после приема жирной пищи появились боли в животе, многократная рвота. При пальпации умеренная болезненность в эпигастрии. После проведенного амбулаторного лечения состояние улучшилось – боли стали меньше, прекратилась рвота, лабораторные данные в пределах нормы. В данной ситуации ... является исходом заболевания.

- <variant>выздоровление
- <variant>формирование кисты поджелудочной железы
- <variant>смерть
- <variant>малигнизация
- <variant>перитонит

<question>У больного после обследования было выявлено расширение вен пищевода, асцит. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>Цирроз печени
- <variant>Хронический гепатит
- <variant>Хроническая правожелудочковая недостаточность
- <variant>Нефротический синдром
- <variant>Хроническая почечная недостаточность

<question>У больного 53 лет, жалобы на снижение аппетита, боли в правом подреберье, кожный зуд. Объективно: желтушность кожных покровов, сосудистые звездочки, периферические отеки, асцит. Из анамнеза: употребление алкоголя, вирусный гепатит С в течение 15 лет. Лабораторные данные: билирубин 50, альбумин 2,9%, протромбиновое время 50. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>алкогольный цирроз печени, декомпенсация, портальная гипертензия
- <variant>цирроз аутоиммунного генеза
- <variant>вирусный цирроз печени, субкомпенсация, портальная гипертензия.
- <variant>вирусный цирроз печени, компенсация, портальная гипертензия
- <variant>холестатический цирроз печени

<question>Больная 52 лет поступила с жалобами на боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую руку, рвоту с примесью желчи. Объективно: повышенного питания, склеры субиктеричны, болезненность в правом подреберье, симптом Ортнера положительный. В крови: лейкоциты -9 тыс., СОЭ-26 мм/ч. Исследование желчи: во всех трех порциях - слизь, лейкоциты, в порции IV обнаружены лямблии. В данном случае назначение ... является наиболее целесообразным.

- <variant>трихопола
- <variant>гентамицина
- <variant>левомицетина
- <variant>эритромицина
- <variant>амоксциллина

<question>Больной 44 лет жалуется на интенсивные боли в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье, снижение аппетита, отрыжку, тошноту, склонность к запорам. Подобные боли повторяются 1-2 раза в год. Четыре года назад оперирован по поводу желчнокаменной болезни, через 6 месяцев возник подобный приступ с появлением умеренной желтухи и повышением уровня амилазы в моче. При повторном обследовании камней не обнаружено. ОАК: Л.-6,7*10⁹/л, СОЭ-18 мм/ч. В данном случае наиболее информативным методом исследования является ...

- <variant>проведение секретин-панкреозиминового теста

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		

044-79/22
Стр. 8 из 85

<variant>проведение исследования дуоденального сока

<variant>определение активности аминотрансфераз

<variant>определение жира в кале

<variant>определение щелочной фосфатазы

<question>Мужчина 55 лет три года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами. На терапию H2-гистаминблокаторами реагировал положительно. Поступил с кровоточащей язвой. За 4 недели терапии ранитидином язва зарубцевалась. Дальнейшая лечебная тактика предполагает

<variant>Поддерживающую терапию H2-гистаминблокаторами

<variant>Прерывистую курсовую терапию H2-гистаминблокаторами

<variant>Хирургическое лечение

<variant>Терапиюсукральфатом

<variant>Курсовую терапию омепразолом

<question>Женщина 40 лет жалуется на нарастающую слабость, боли в эпигастрии, особенно натощак и по ночам, запоры, головокружения, сухость кожи, ломкость волос и ногтей, боли в области сердца, не связанные с нагрузкой. Раньше ничем не болела, недавно был неприятный конфликт на работе. Для подтверждения диагноза необходимо провести

<variant>Фиброгастродуоденоскопию

<variant>Электрокардиографию

<variant>Сигмоидоскопию

<variant>Консультацию невропатолога

<variant>Клинический анализ крови

<question>Мужчина 26 лет обратился с жалобами на жгучие боли в эпигастрии после еды, изжогу, тошноту, изредка рвоту, слабость и похудание. Из анамнеза принимал лечение в течении двух недель НПВС. Объективно: болезненность в эпигастрии. На ФГДС: язва в области дна желудка. На первом этапе лечения больному необходимо назначить... .

<variant>Фамотидин 20мг внутрь 2 раза в сутки

<variant>Сукральфат 1г х 4 раза в сутки

<variant>Солкосерил, в/м 2мл., 10 дней

<variant>Срочное хирургическое вмешательство

<variant>Алмагель по 1 стол. ложке 3 раза в день

<question>У мужчины 43 лет, водителя автобуса, обратился с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии, снижение аппетита, тошноту, рвоту, отрыжку воздухом. При проведении ФГДС- атрофия слизистой оболочки желудка. Уреазный тест положительный. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>Хронический атрофический гастрит ассоциированный с H.pylori

<variant>Хронический аутоиммунный пангастрит

<variant>Хронический неатрофический гастрит

<variant>Хронический гастрит тип С

<variant>Хронический гипертрофический гастрит

<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. Больному необходимо провести

<variant>Фиброгастродуоденоскопию

<variant>Анализ кала на скрытую кровь

<variant>Контрастную рентгеноскопию с барием

<variant>Ультразвуковое исследование

<variant>Радионуклидное исследование

<question>Гастропарез – это

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 9 из 85		

- <variant>Ослабление моторики антрального отдела
- <variant>Нарушение ритма перистальтики желудка
- <variant>Нарушение антродуоденальной координации
- <variant>Нарушение аккомодации
- <variant>Ослабление моторики кардиального отдела
- <question>Больной Б., 20 лет обратился к врачу с жалобами чувство тяжести подложечной области, чувство раннего насыщения, снижение аппетита, неприятный вкус во рту, отрыжку воздухом. При пальпации болезненность в пилорoduоденальной зоны. Для уточнения диагноза проведено морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка. Данный метод исследования проводится для
- <variant>Для выявления H. pylori в биоптате
- <variant>Для выявления уреазной активности бактерий H. pylori в биоптате
- <variant>Для выявления специфических антител в биоптате
- <variant>Для эрадикации H. pylori
- <variant>Для определения чувствительности H. pylori к антибактериальным препаратам
- <question>На приеме у семейного врача больной Б., 48 лет с жалобами ощущение горечи во рту по утрам, слабость, недомогание, снижение аппетита, тошноту, тянущие боли в правом подреберье. При объективном осмотре выявлены положительный симптом Керра и небольшая резистентность мышц передней брюшной стенки в области правого подреберья. Ваш предполагаемый диагноз:
- <variant>Хронический некалькулезный холецистит в стадии обострения с дискинезией желчевыводящих путей по гипокинетическому типу
- <variant>Скинезия желчевыводящих путей, по гиперкинетическому типу
- <variant>Дискинезия желчевыводящих путей, по гипокинетическому типу
- <variant>Хронический некалькулезный холецистит в стадии обострения с дискинезией желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу
- <variant>Хронический калькулезный холецистит, в стадии обострения
- <question>Манометрия пищевода позволяет измерить давление в области верхнего и нижнего пищеводных сфинктеров. Данная методика весьма информативна при:
- <variant>ахалазии кардии
- <variant>пищеводе Баррета
- <variant>склеродермии
- <variant>диффузном эзофагоспазме
- <variant>дивертикуле пищевода
- <question>Для язвы верхнего отдела желудка характерны боли
- <variant>в эпигастральной области через 30 мин после еды
- <variant>за грудиной
- <variant>в эпигастральной области сразу после еды
- <variant>не связанные с приемом пищи
- <variant>в правой подреберной области
- <question>Больным с синдромом функциональной диспепсии рекомендованы:
- <variant>Метоклопрамид, домперидон, цизаприд
- <variant>Ранитидин, лансопразол, омепразол
- <variant>Цефутоксим, ципрофлоксацин, норфлоксацин
- <variant>Одестон, мебеверин, дротаверин
- <variant>Престариум, моноприл, эналаприл
- <question>У больного после приема алкоголя появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови. Диагноз больного:
- <variant>синдром Меллори-Вейса
- <variant>кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 10 из 85		

<variant>острый панкреатит
 <variant>язвенная болезнь желудка
 <variant>болезнь Крона
 <question>Лабораторный тест исследования внутрисекреторной функции поджелудочной железы:
 <variant>глюкоза крови
 <variant>секретин крови
 <variant>панкреозимин крови
 <variant>адреналин крови
 <variant>амилаза крови
 <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>Рентгенологические признаки характерные для острой кишечной непроходимости:
 <variant>чаши Клойбера
 <variant>наличие газа под куполом диафрагмы
 <variant>задержка пассажа бария
 <variant>раздутые петли кишечника
 <variant>Подковообразно развернутая петля 12 перст-кишки
 <question>Для язвенной болезни 12ти перстной кишки характерны:
 <variant>боли в эпигастральной области, возникающие натощак и через 2-3 часа после приема пищи
 <variant>тупая, давящая боль в эпигастральной области, усиливающаяся при приеме пищи.
 <variant>схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
 <variant>постоянная тупая боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи
 <variant>давящие боли в левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи и иррадиирующие в спину.
 <question>Больной 58 лет, длительно страдает хроническим панкреатитом. Обратился к семейному врачу с жалобами на похудание, диарею 3-4 раза в сутки, отрыжку, изжогу, тошноту, вздутие живота.
 Больному следует назначить:
 <variant>креон, мезим-форте
 <variant>ранитидин, тетрациклин
 <variant>парацетамол
 <variant>гепабене
 <variant>эссенциале
 <question>Самым информативным методом обследование для подтверждения диагноза болезни Крона является:
 <variant>колоноскопия
 <variant>обзорная рентгенография брюшной полости
 <variant>иригоскопия
 <variant>пальцевое исследование прямой кишки
 <variant>лапороскопия.
 <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,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		Стр. 11 из 85

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. Диагноз больного:

- <variant>хронический панкреатит
- <variant>хронический холецистит
- <variant>язвенная болезнь желудка
- <variant>хронический гастрит, тип В
- <variant>ГЭРБ

<question>Больной У., 55 лет, диагноз: ГЭРБ с эзофагитом III степени. Рассчитайте ориентировочные сроки временной нетрудоспособности:

- <variant>3-6 дней
- <variant>6-12 дней
- <variant>12-18 дней
- <variant>6-21 день
- <variant>12-21 день

<question>Мужчина 55 лет, 2 года страдает язвенной болезнью 12-ти перстной кишки с частыми рецидивами. Поступил с кровоточащей язвой. За 4 недели терапии язва зарубцевалась. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности составляют... дней.

- <variant>20-40
- <variant>30-50
- <variant>20-30
- <variant>20-50
- <variant>30-40

<question>Боль в животе следует дифференцировать с :

- <variant>хирургическими заболеваниями
- <variant>эндокринными заболеваниями
- <variant>неврологическими заболеваниями
- <variant>сердечно-сосудистыми заболеваниями
- <variant>гематологическими заболеваниями

<question>Больной А., 56 лет обратился к участковому терапевту по поводу обострения хронического панкреатита с внешнесекреторной недостаточностью. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности составляют ... дней.

- <variant>20-26
- <variant>30-35
- <variant>28-35
- <variant>20-35
- <variant>12-26

<question>Больная С., 45 лет отмечает интенсивные боли по типу желчной колики более 6 часов. Тактика ведения больной:

- <variant>консультация хирурга
- <variant>биохимический анализ крови
- <variant>УЗИ желчного пузыря
- <variant>консультация гастроэнтеролога
- <variant>рентгенография брюшной полости

<question>При обструкции желчевыводящих путей повысится

- <variant>щелочная фосфатаза
- <variant>лактатдегидрогеназа
- <variant>общий белок

- <variant>С-реактивный белок
- <variant>аланинаминотрансфераза

<question>Обсеменение *Helicobacter pylori* характерно для ... гастрита.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 12 из 85		

- <variant>антрального
- <variant>фундального
- <variant>аутоиммунного
- <variant>химического (реактивного)
- <variant>смешанного

<question>При гипомоторной, гипокинетической дискинезии желчевыводящих путей назначают:

- <variant>мотилиум
- <variant>платифиллин
- <variant>метацин
- <variant>нитроглицерин
- <variant>бесалол

<question>Наиболее характерным симптомом язвенноподобного варианта желудочной диспепсии является:

- <variant>Голодные и ночные боли
- <variant>Изжога
- <variant>Тошнота
- <variant>Чувство раннего насыщения
- <variant>Чувство распирания в эпигастрии после еды

<question>Больной 54 лет жалуется на давящие боли и чувство тяжести в эпигастрии через 40-60 минут после приема пищи, отрыжку кислым, воздухом, слабость, раздражительность. Объективно: болезненность в эпигастрии. Анализ крови: Нв-90 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, общий белок – 56 г/л. Рентгенологически: по большой кривизне и в области синуса желудка обнаружены гигантские складки с пролабированием в привратник. Наиболее информативный метод для уточнения диагноза:

- <variant>ЭФГДС с прицельной биопсией
- <variant>Внутрижелудочная манометрия
- <variant>Ирригоскопия
- <variant>Ректороманоскопия
- <variant>Колоноскопия с биопсией

<question>Мужчина 19 лет, студент. Обратился с жалобами на чувство переполнения в эпигастрии после приема обычного количества пищи, чувство быстрого насыщения, возникающие несколько раз в неделю, отрыжку, вздутие живота. Настоящие жалобы наблюдаются более полугода. При обследовании язык влажный, несколько обложен белым налетом у корня. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. При ФГДС патологии не выявлено. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>Функциональная незвонная диспепсия
- <variant>Язвенная болезнь
- <variant>Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- <variant>Хронический гастрит
- <variant>Дискинезия желчевыводящих путей

<question>У больного с подозрением на язвенную болезнь желудка отмечается локальная болезненность в эпигастральной области при пальпации с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки, локальная перкуторная болезненность. Выберите название положительного симптома:

- <variant>Менделя
- <variant>Кера
- <variant>Ортнера
- <variant>Мюсси
- <variant>Алиева

<question>У больного предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка. Выберите

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		Стр. 13 из 85

заболевание для проведения дифференциальной диагностики:

<variant>симптоматическая язва желудка

<variant>неспецифический язвенный колит

<variant>хронический правосторонний пиелонефрит

<variant>дискинезия желчевыводящих путей

<variant>левосторонний экссудативный плеврит

<question>У больного диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки Выберите диетический стол:

<variant>№1 по Певзнеру

<variant>№5 по Певзнеру

<variant>№2 по Певзнеру

<variant>№3 по Певзнеру

<variant>№4 по Певзнеру

<question>У больного с диареей отмечается обильный водянистый стул. Сделайте вывод о типе диареи:

<variant>секреторная

<variant>осмолярная

<variant>гиперкинетическая

<variant>гипокинетическая

<variant>экссудативная

<question>Разработайте план лечения больному с секреторной диареей:

<variant>регидратация, холестирамин, ингибиторы секреции

<variant>стимуляторы всасывания, анаболические стероиды

<variant>сульфасалазин, сальфальк, кортикостероиды

<variant>прокинетики, спазмолитики, психотерапия

<variant>антибиотики, пребиотики, ферментативные препараты

<question>Разработайте план лечения больному с экссудативной диареей:

<variant>сульфасалазин, сальфальк, кортикостероиды

<variant>регидратация, холестирамин, ингибиторы секреции

<variant>стимуляторы всасывания, анаболические стероиды

<variant>прокинетики, спазмолитики, психотерапия

<variant>антибиотики, пребиотики, ферментативные препараты

<question>Разработайте план обязательного диагностического обследования на амбулаторном уровне больному с подозрением на инфекционную диарею:

<variant>бактериологическое исследование испражнений

<variant>концентрация электролитов в сыворотке крови

<variant>ИФА крови со специфическими антигенными диагностикумами

<variant>обзорная рентгенография органов брюшной полости

<variant>колоноскопия

<question>Наименьший неблагоприятный эффект при длительном употреблении при запорах вызывают:

<variant>форлакс, дюфалак

<variant>бисакодил, дулколак

<variant>фиберлак, сорбитол

<variant>оливковое масло, гутталакс

<variant>морская капуста, энимакс

<question>У больного гипомоторная дискинезия сопровождается запорами. Разработайте план лечения:

<variant>прокинетики

<variant>солевые слабительные

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»		
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		Стр. 14 из 85

<variant>М-холиноблокаторы
 <variant>ингибиторы протонной помпы
 <variant>антибиотики
 <question>У больного дискинезия спастического типа сопровождается запорами. Разработайте план лечения:
 <variant>М-холиноблокаторы
 <variant>прокинетики
 <variant>солевые слабительные
 <variant>ингибиторы протонной помпы
 <variant>антибиотики
 <question>Выберите врожденные причины запоров:
 <variant>болезнь Гиршпрунга
 <variant>микседема
 <variant>дивертикулез
 <variant>гиперпаратиреоз
 <variant>сахарный диабет
 <question>Выберите причину развития запоров у пожилых людей:
 <variant>адинамия кишечника
 <variant>непроходимость
 <variant>медикаментозные
 <variant>эндокринные
 <variant>болезненность ануса
 <question>Выберите лекарственные препараты, вызывающие запоры:
 <variant>морфин
 <variant>лидокаин
 <variant>дюфалак
 <variant>клиндамицин
 <variant>холестирамин
 <question>Выберите факторы риска при запорах:
 <variant>люди старше 55 лет, полифармация, ограничение подвижности
 <variant>операции на брюшной полости, курение, прием алкоголя
 <variant>беременность, лактация, гиподинамия
 <variant>неадекватная диета, ожирение, кишечные инфекции
 <variant>терминальная стадия ХПН, путешествия, прием антибиотиков
 <question>Выберите причины запоров у беременных:
 <variant>повышение уровня прогестерона
 <variant>повышение уровня эстрогенов
 <variant>снижение уровня прогестерона
 <variant>снижение уровня эстрогенов
 <variant>повышение уровня андрогенов
 <question>Выберите продукты, способствующие опорожнению кишечника:
 <variant>сырые овощи и фрукты
 <variant>белый хлеб
 <variant>манная крупа
 <variant>вареные яйца
 <variant>слизистые супы
 <question>У больной отмечается истощение, слабость, сонливость, упорный бродильный энтерит метеоризм, тяжесть, распирающие, обильное отделение газов, урчание, переливание, боли в нижней и средней частях живота, обильный, пенистый, светлый стул до 8-10 раз в сутки с обилием непереваренных мышечных волокон, соединительной ткани, жира и жирных кислот, дрожжевых

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 15 из 85

грибков, глоссит, поражение кроветворной системы, недостаточность витамина В1 и фолиевой кислоты, гиперхромная анемия, анизоцитоз, гранулоцитопения, иногда гипотромбоцитоз, редко мегалобластическое превращение костного мозга, иногда хлоропения с азотемией. Пальпация живота болезненна; печень, селезенка не увеличены. Диагноз:

<variant>синдром Спру

<variant>кишечная лимфангиэктазия

<variant>амилоидоз почек

<variant>нефротический синдром

<variant>болезнь Уиппла

<question>Мужчина, 26 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на повышение температуры до 38С, боли в животе, жидкий стул до 8-10 раз в сутки с примесью крови и слизи. Заболел остро после острой респираторной вирусной инфекции. При осмотре живот умеренно вздут, болезненный в левой подвздошной области, там же пальпируется толстый кишечник в виде тяжа. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>неспецифический язвенный колит

<variant>болезнь Крона

<variant>острая дизентерия

<variant>рак прямой кишки

<variant>болезнь Уиппла

<question>Больная Л., 35 лет предъявляет жалобы на головные боли, быструю утомляемость, чувство нехватки воздуха; перебои в области сердца, возникающие при психоэмоциональном напряжении; боли в животе, учащенный жидкий стул 2-3 раза в сутки с небольшим объемом испражнений. В данной ситуации из методов обследования необходимо проведение

<variant>колоноскопии с биопсией слизистой

<variant>ректороманоскопии

<variant>компьютерную томографию органов брюшной полости

<variant>ирригоскопии

<variant>пальцевого исследования прямой кишки

<question>На приеме больной 45 лет с жалобами на боли в околопупочной области, вздутие живота, чередование запоров и поносов, частый жидкий стул до 4-5 раз в сутки, слабость, головокружение, головную боль. За последние 1,5 года похудел на 9 кг. При осмотре кожа сухая, тургор снижен, видимые слизистые оболочки бледные. АД 100/60мм рт ст, ЧСС 60 уд. в 1 мин. При пальпации живот болезненный в околопупочной области. Стул обильный, пенистый. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>хронический энтероколит с преимущественным поражением тонкого кишечника

<variant>неспецифический язвенный колит, хронически рецидивирующая форма

<variant>болезнь Крона с преимущественным поражением тонкого кишечника

<variant>хронический энтероколит с преимущественным поражением толстого кишечника

<variant>рак толстой кишки

<question>... - признак, отличающий болезнь Крона от язвенного колита.

<variant>образование наружных и внутренних свищей

<variant>понос

<variant>боли в животе

<variant>кровь в кале

<variant>лихорадка

<question>Понос при хроническом энтерите отличается

<variant>Кашицеобразным обильным стулом

<variant>Тенезмами

<variant>Скудным количеством кала со слизью

<variant>Резкими позывами на дефекацию сразу после еды

QONTUSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		044-79/22 Стр. 16 из 85

<variant>Меленой

<question>При синдроме диареи применяется бактериологическое исследование посева кала с микроскопией, потому что

<variant>выявляются паразиты и воспалительные клетки

<variant>для проведения замещающей терапии исследуют содержание электролитов в сыворотке крови

<variant>выявляются специфические антитела в сыворотке крови

<variant>это исследование не позволяет точно определить характер изменений в кишечнике

<variant>это малоинформативное исследование

<question>Больная Л., 22 лет обратилась к семейному врачу с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, боли в области пупка, вздутие живота и обильный жидкий стул до 2-4 раз в день. Объективно: Кожные покровы сухие. Язык влажный, розовый. Живот вздут, при пальпации определяется болезненность в области пупка. Больному сделан тест Шилинга, целью которого является

<variant>Определение нарушения всасывания веществ в тонкой кишке

<variant>Определение нарушения всасывания веществ в желудке

<variant>Определение нарушения всасывания веществ в слепой кишке

<variant>Определение нарушения всасывания веществ в толстой кишке

<variant>Определение нарушения всасывания веществ в сигмовидной кишке

<question>У больного 32 лет в копрограмме обнаружены слизь и кровь. Поражение ... наиболее вероятно у данного больного.

<variant>Толстого кишечника

<variant>Тонкого кишечника

<variant>Двенадцатиперстной кишки

<variant>Желудка

<variant>Пищевода

<question>У больного 28 лет с явлениями кишечной диспепсии при проведении ректороманоскопии обнаружена следующая картина: просвет кишечника сужен за счет отека слизистой, слизистая гиперемирована, эрозирована, местами видны кровотечения, определяются язвы диаметром до 0,6 см. Тактика врача предусматривает

<variant>экстренную госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение

<variant>Экстренную госпитализацию в хирургическое отделение

<variant>Экстренную госпитализацию в инфекционное отделение

<variant>Наблюдение на дому с назначением фуразолидона по 0,1 г 4 р/сутки в течение 5-10 дней.

<variant>Лечение в условиях дневного стационара сульфасалазином в дозе 1-3 г/сутки в микроклизмах в сочетании с преднизолоном в дозе 40 мг/сутки

<question>На приеме больная с жалобами на учащение стула до 6-7 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота, метеоризм, похудение, слабость. Ранее страдала запорами. При осмотре кожные покровы бледные, тургор снижен. АД 120/80 мм рт.ст. ЧСС 72 уд. в 1 мин. При пальпации живота определяется болезненность в подвздошных областях, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Кoproграмма: кал светло-желтый, реакция кислая, в незначительном количестве мыла и жирные кислоты, много крахмала, перевариваемой клетчатки и йодофильной микрофлоры. ОАК: Hb 90 г/л, ЦП 0,9, СОЭ 22 мм/час, лейкоциты – $8,0 \times 10^9/\text{л}$; ОАМ – без патологии. Тактика врача предусматривает

<variant>плановую госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение

<variant>плановую госпитализацию в инфекционное отделение

<variant>назначение нитрофуранов в течение 10 дней под наблюдением семейного врача

<variant>назначение сульфасалазина и глюкокортикоидов в течение 1 месяца в условиях дневного стационара

<variant>назначение антибиотиков, оральную регидратацию, препаратов железа в условиях

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		

044-79/22
Стр. 17 из
85

стационара на дому

<question>У мужчины 45 лет появились вздутие и боли в животе, диарея. Спустя некоторое время стал отмечать лихорадку, полиартрит крупных суставов. После проведения обследования был установлен диагноз: болезнь Уиппла. Диагноз установлен на основании:

<variant>морфологического исследования биоптатов 12-перстной кишки

<variant>ирригоскопии, колоноскопии

<variant>реакции Ваалера-Роузе,

<variant>исследования СРБ

<variant>бактериологического исследования крови

<question>Больному с болезнью Крона, средней степени тяжести необходимо назначить:

<variant>системные кортикостероиды перорально

<variant>аминогликозиды

<variant>прием антибиотиков в течение не менее 12 месяцев

<variant>резекция воспаленного участка кишки

<variant>лоперамид, макроголь

<question>Больная В., 32 года обратилась к участковому врачу по поводу диареи, связанной с синдромом раздраженного кишечника. Рассчитайте ориентировочные сроки временной нетрудоспособности:

<variant>18-20 дней

<variant>12-14 дней

<variant>18-25 дней

<variant>14-18 дней

<variant>20-30 дней

<question>Больная К. 34 лет, экономист, обратилась в поликлинику по поводу обострения хронического энтероколита. Рассчитайте ориентировочные сроки временной нетрудоспособности:

<variant>30-35 дней

<variant>20-30 дней

<variant>25-35 дней

<variant>20-35 дней

<variant>15-20 дней

<question>Синдром раздраженного кишечника следует дифференцировать с:

<variant>органическими заболеваниями кишечника

<variant>эндокринными заболеваниями

<variant>гинекологическими заболеваниями

<variant>хирургическими заболеваниями

<variant>заболеваниями желудка

<question>Вероятной причиной острой кровавой диареи можетт являться:

<variant>болезнь Крона

<variant>дивертикулез кишечника

<variant>ферментопатии

<variant>опухоли кишечника

<variant>дисбактериоз

<question>Вероятные изменения стула у больного с патологией тонкой кишки:

<variant>стул объемный, водянистый и жирный

<variant>стул частый, скудный, тенезмы

<variant>стул частый, кровь, гной и слизь

<variant>стул объемный, тенезмы и слизь

<variant>стул объемный, водянистый и гной

<question>У больного с диареей при ректороманоскопии обнаружена кровоточащая, легко ранимая слизистая оболочка с эрозивно-язвенными изменениями. Диагноз больного:

QONTUSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 18 из 85

<variant>язвенный колит

<variant>дизентерия

<variant>псевдомембранозный колит

<variant>опухоли кишечника

<variant>дивертикулез кишечника

<question>Больной С., 36 лет страдает диареей на фоне энтероколита. Тактика лечения больного:

<variant>диета, антибиотики, адсорбенты

<variant>антибиотики, кортикостероиды, адсорбенты

<variant>регуляторы моторики, антибиотики, адсорбенты

<variant>диета, кортикостероиды, адсорбенты

<variant>диета, антибиотики, ферменты

<question>Больная В., 32 года обратилась к участковому врачу по поводу диареи, связанной с синдромом раздраженного кишечника. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности составляют ... дней.

<variant>18-20

<variant>14-18

<variant>12-14

<variant>18-25

<variant>20-30

<question>Больной У., 42 года состоит на диспансерном наблюдении по поводу синдрома раздраженного кишечника. Больному необходимо проводить диспансерный осмотр ... раз в год.

<variant>1

<variant>1-2

<variant>2

<variant>2-3

<variant>3

<question>Для запора характерен опорожнение кишечника реже ... раз в неделю.

<variant>3

<variant>2

<variant>1

<variant>4

<variant>5

<question>Часто встречаемый вид запора:

<variant>дискинетический запор

<variant>алиментарный запор

<variant>механический запор

<variant>гипокинетический запор

<variant>гиперкинетический запор

<question>Вероятная причина нарастания запора в течение нескольких недель:

<variant>опухоль кишечника

<variant>кишечная непроходимость

<variant>побочное действие лекарств

<variant>постельный режим

<variant>черепно-мозговая травма

<question>Больная 42 года, работает на хлебокомбинате, обратилась к семейному врачу с жалобами на боли в животе, частый стул, метеоризм, слабость. В течение 3 лет состоит на учете с хроническим гастритом. Объективно: при пальпации живота болезненность вокруг пупка, по ходу толстого кишечника, урчание. В копрограмме: креаторея, стеаторея, амилорея, цисты лямблий.

Диагноз больного:

<variant>хронический энтероколит

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 19 из 85		

<variant>хронический атрофический гастрит

<variant>хронический гастродуоденит

<variant>хронический панкреатит

<variant>дискинезия кишечника

<question>У больного С., в течение 7-8 дней признаки кишечной токсикоинфекции. При бактериологическом исследовании кала обнаружены признаки стафилококкового дисбактериоза. Больному необходимо назначить:

<variant>макролиды

<variant>тетрациклины

<variant>пенициллины

<variant>аминогликозиды

<variant>сульфаниламиды

<question>Больная К. 34 лет, экономист, обратилась в поликлинику по поводу обострения хронического энтероколита. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности составляют ... дней.

<variant>30-35

<variant>20-35

<variant>20-30

<variant>25-35

<variant>15-20

<question>Больной А., 57 лет, гардеробщик, в течение многих лет страдает неспецифическим язвенным колитом, состоит на диспансерном учете у терапевта, регулярно получает стационарное лечение. Осложнение, которое может развиваться у больной:

<variant>аденокарцинома

<variant>дилатация толстой кишки

<variant>стриктура толстой кишки

<variant>кишечное кровотечение

<variant>дивертикулез

<question>У больного 28 лет с явлениями кишечной диспепсии при проведении ректороманоскопии обнаружена следующая картина: просвет кишечника сужен за счет отека слизистой, слизистая гиперемирована, эрозирована, местами видны кровотечения, определяются язвы диаметром до 0,6 см. Тактика врача предусматривает

<variant>Экстренную госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение

<variant>Экстренную госпитализацию в хирургическое отделение

<variant>Экстренную госпитализацию в инфекционное отделение

<variant>Наблюдение на дому с назначением фуразолидона по 0,1 г 4 р/сутки в течение 5-10 дней

<variant>Экстренную госпитализацию в дневной стационар с назначением микроклизмы

<question>Больной 45 лет длительно страдает гастроэзофагеально-рефлюксной болезнью, по поводу которой постоянно принимает ингибиторы протонной помпы. В последние 2 недели отмечает появление жидкого, пенистого стула до 2-3 раз в сутки, чувство урчания и переливания в животе. Лечебное голодание и прием левомицетина эффекта не дали. Наиболее информативный метод верификации диагноза:

<variant>Бактериальное исследование кала

<variant>Копрограмма

<variant>Колоноскопия

<variant>Ирригоскопия

<variant>Исследование кала на скрытую кровь

<question>Больная 20 лет обратилась с жалобами на стул с примесью крови до 6 раз в сутки, слабость, похудание. При колоноскопии выявлены поверхностные изъязвления слизистой оболочки прокто-сигмоидального отдела толстой кишки, контактная кровоточивость,

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 20 из 85

лейкоцитарная инфильтрация. Оптимальная терапия данной больной:

<variant>Преднизолон + сульфасалазин

<variant>Координакс + сульфасалазин

<variant>Преднизолон + азатиоприн

<variant>Дебридат + эспумизан

<variant>Сульфасалазин + бускопан

<question>У больной, 35 лет, периодически после эмоционального перенапряжения возникают схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом с большим количеством слизи, общая слабость, боли уменьшаются после отхождения кала и газов. При обследовании: пальпируются спазмированные отделы толстой кишки. При колоноскопии патологии не выявлено. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>синдром раздраженного кишечника

<variant>синдром бродильной диспепсии

<variant>дистальный колитический синдром

<variant>хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью

<variant>энтеропатия

<question>Больная А., 20 лет, студентка обратилась к участковому врачу с жалобами на частый жидкий стул с примесью крови, слизи, сильные боли в животе по ходу толстого кишечника. Температура субфебрильная. Из анамнеза: больна 2 недели, связывает с сильным стрессом. Антибактериальная терапия – без эффекта. В лечении данного заболевания наиболее адекватно назначение.

<variant>сульфосалазиновых препаратов

<variant>препаратов железа

<variant>кортикостероидных препаратов

<variant>спазмолитиков

<variant>прокинетиков

<question>У больного 49 лет диарея с выделением большого количества кашицеобразного кала без примеси крови и без тенезмов, обратился с наличием неприятного запаха, вздутие живота, потерю в весе. Объективно: умеренная болезненность в мезогастррии, на левом фланке живота. Кoproграмма: кашицеобразный, слизь ++, нейтральный жир +++++, мыла +++, крахмал +++, неперевар. волокна ++, йодоф. бактерии +. Наиболее рациональным является назначение:

<variant>Полиферментных препаратов

<variant>Пробиотиков, эубиотиков

<variant>Метронидазола и лоперамида

<variant>Антацидов и спазмолитиков

<variant>Холинолитиков и антибактериальных препаратов

<question>Мужчина 45 лет. Жалобы на стул с кровью, слизью, чаще ночью и утром. Умеренные боли в левом гипогастрии. Диагностическое значение для верификации диагноза имеет:

<variant>Ректороманоскопия

<variant>Физикальное исследование

<variant>Исследование кала на скрытую кровь

<variant>Биохимический анализ крови

<variant>Микробиологическое исследование кала

<question>Комплекс нарушений, проявляющийся диарей, потерей массы тела, гипоальбуминемией, отёками и признаками гиповитаминоза, возникает в результате уменьшения всасывания питательных веществ в тонкой кишке. Какой синдром характерен?

<variant>Синдром мальабсорбции

<variant>Синдром Марфана

<variant>Синдром раздражённой кишки

<variant>Демпинг-синдром

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 21 из 85

<variant>Синдром мальдигестии

<question>У больной 62 лет отмечается желтуха, сильное похудание, боли в эпигастрии, тошнота и рвота. В анализе крови выявлена анемия тяжелой степени, ускорение СОЭ до 60 мм/час. Гипербилирубинемия за счет связанной фракции. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>рак головки поджелудочной железы

<variant>рак-цирроз печени

<variant>хронический гепатит с холестазом

<variant>псевдотуморозный панкреатит

<variant>дискинезия желчных протоков

<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>... - признак, позволяющий отличить первичный рак печени от цирроза печени.

<variant>желтуха

<variant>повышение уровня альфа- фетопротейна

<variant>повышение уровня аминотрансфераз

<variant>повышение уровня билирубина

<variant>повышение уровня щелочной фосфатазы

<question> ... - признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите.

<variant>высокое содержание глюкозы в крови и моче

<variant>частые потери сознания

<variant>желтуха

<variant>увеличение печени

<variant>креаторея, стеаторея

<question> ... - признаки, характерные для нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите.

<variant>снижение массы тела, креаторея, стеаторея

<variant>частые потери сознания

<variant>желтуха

<variant>увеличение печени

<variant>высокое содержание глюкозы в крови и моче

<question>На приеме мужчина 19 лет с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, общую слабость, похудание, боли в суставах. Указать точное время ухудшения состояния не может.

Объективно: кожные покровы желтушные, единичные телеангиоэктазии. На внутренней поверхности локтевых суставов следы уколов. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 32,6 мкмоль/л, тимоловая проба – 7,2 ед. ИФА: обнаружен австралийский антиген. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>хронический гепатит

<variant>аутоиммунный гепатит

<variant>билиарный цирроз печени

<variant>болезнь Коновалова

<variant>болезнь Жильбера

<question>У женщины 54 лет со стабильно текущим циррозом печени ухудшилось состояние, появились судороги, вялость и спутанность сознания, усилилась желтуха. Для выяснения причины ухудшения состояния необходимо ...

<variant>определение азотистых показателей

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 22 из 85		

<variant>определение уровня билирубина
 <variant>определение антител к мышечной ткани
 <variant>проведение бромсульфалеиновой пробы
 <variant>определение уровня гамма-глобулина
 <question> ... относится к индикаторам внутрипеченочного холестаза.
 <variant>повышение активности щелочной фосфатазы
 <variant>повышение концентрации протромбина
 <variant>повышение активности аминотрансфераз
 <variant>повышение активности ЛДГ
 <variant>повышение СОЭ
 <question>Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для
 <variant>печеночной желтухи
 <variant>подпеченочной желтухи
 <variant>надпеченочной (гемолитической) желтухи
 <variant>застойной почки
 <variant>инфаркта почки
 <question>Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови
 <variant>гамма-глобулинов
 <variant>холестерина
 <variant>активности щелочной фосфатазы
 <variant>билирубина
 <variant>альбумина
 <question>Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является
 <variant>увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина
 <variant>увеличение активности трансаминаз
 <variant>билирубинурия
 <variant>ретикулоцитоз
 <variant>гипоальбуминемия
 <question>Хроническому активному гепатиту соответствуют
 <variant>желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-
 гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
 <variant>желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и
 нормальная активность щелочной фосфатазы
 <variant>желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы
 и уровень холестерина
 <variant>желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ
 и умеренно повышенная активность трансаминаз
 <variant>желтуха (не всегда) боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
 <question>Острой дистрофии печени соответствуют
 <variant>желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ
 и умеренно повышенная активность трансаминаз
 <variant>желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и
 нормальная активность щелочной фосфатазы
 <variant>желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-
 гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
 <variant>желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы
 и уровень холестерина
 <variant>желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
 <question>Назначают при гипермоторной, гиперкинетической дискинезии желчевыводящих
 путей:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		044-79/22 Стр. 23 из 85

<variant>атропин

<variant>церукал

<variant>нитроглицерин;

<variant>метаклопрамид

<variant>реглан

<question>Из биохимических показателей ... позволяет оценить выраженность цитолитического синдрома.

<variant>повышение активности трансаминазы

<variant>повышение уровня билирубина

<variant>снижение уровня альбумина

<variant>повышение активности амилазы

<variant>повышение уровня холестерина

<question>... - лабораторный показатель недостаточности белково-синтетической функции гепатоцитов.

<variant>уменьшение концентрации альбумина, протромбина, фибриногена

<variant>увеличение концентрации в крови различных фракций глобулинов

<variant>повышение содержания в крови аминотрансфераз

<variant>увеличение активности щелочной фосфатазы

<variant>увеличение концентрации в крови холестерина

<question>Первичному билиарному циррозу соответствуют

<variant>желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина

<variant>желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипергамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

<variant>желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз

<variant>желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

<variant>желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы

<question>Острому холециститу соответствует

<variant>желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

<variant>желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина

<variant>желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы

<variant>желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипергамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

<variant>желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз

<question>Вирусному гепатиту соответствует

<variant>желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы

<variant>желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина

<variant>желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипергамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

<variant>желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз

<variant>желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

<question>Больная жалуется на боли в верхней половине живота, опоясывающего характера,

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 24 из 85		

усиливающиеся после приема жирной и острой пищи, на многократную, не приносящую облегчения рвоту. При пальпации болезненность в левом реберно-позвоночном углу, а также боль при поколачивании этой зоны ребром ладони (симптом хвоста. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>Хронический панкреатит, обострение
- <variant>Хронический некалькулезный холецистит, обострение
- <variant>Хронический калькулезный холецистит, обострение
- <variant>Хронический активный гепатит, обострение
- <variant>Хронический аутоиммунный гепатит, обострение

<question>Больной 35 лет, жалуется на изжогу, боли возникающие через 1,5-3 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. Пациент нуждается ли в стационарном лечении, потому что

- <variant>у больного впервые выявленная язва 12-ти перстной кишки
- <variant>у больного впервые выявленная язва желудка
- <variant>у больного выраженный астеновегетативный синдром
- <variant>у больного нет осложнения язвенной болезни
- <variant>больному в стационаре проводится эндоскопическое исследование

<question>Мужчина 25 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, умеренную желтуху, общую слабость, похудание, боли в суставах. В анамнезе: употребление наркотиков. Объективно: кожные покровы желтушные с единичными телеангиоэктазиями. Печень увеличена – выступает из-под края правой реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. При биохимических исследованиях: общий билирубин – 34,8 мкмоль/л. Тимоловая проба – 8,6 ед. Обнаружен австралийский антиген. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>Хронический гепатит
- <variant>Аутоиммунный гепатит
- <variant>Билиарный цирроз печени
- <variant>Болезнь Коновалова
- <variant>Болезнь Жильбера

<question>Больной С. 35 лет. Жалобы на выраженную общую слабость, желтуху, кожный зуд, бессонницу, апатичность, постоянные головные боли, тошноту. Из анамнеза: год назад была перелита кровь. При осмотре: печень увеличена, при пальпации болезненна. Пальпируется край селезенки. При исследовании: общий билирубин –145,1 мкмоль/л, прямой 80,6 мкмоль/л. Тимоловая проба –2,6 ед. АЛТ 0,85 мккат/л, АСТ 0,95 мккат/л. HBsAg положительный. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>Хронический гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести
- <variant>Острый вирусный гепатит В, безжелтушная форма средней степени тяжести
- <variant>Острый вирусный гепатит В, желтушная форма средней степени тяжести
- <variant>Острый вирусный гепатит А, желтушная форма средней степени тяжести
- <variant>Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма легкой степени тяжести

<question>Больной 20 лет обратился с жалобами на повышение температуры до 38 С, слабость, головные боли, катаральные явления, ухудшение аппетита. Из анамнеза: 4 дня назад моча стала цвета «пива». Объективно: состояние средней степени тяжести, кожа и склеры умеренной желтушной окраски, чистые. Пульс 72 мин. АД 100/60 мм рт.ст., язык обложен сероватым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, пальпируется печень и селезенка. Стул обесцвечен, моча цвета «пива». Лабораторные данные: общий билирубин 64,0, прямой 52,0 мкмоль/л, непрямой 22,0 мкмоль/л, тимоловая проба 8,3. АЛТ 0,83 мккат/л, АСТ 0,87 мккат/л. HBs-антиген отрицательный. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести
- <variant>Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма, легкое течение
- <variant>Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 25 из 85		

<variant>Хронический вирусный гепатит В, желтушная форма, среднетяжелое течение
 <variant>Хронический вирусный гепатит С, желтушная форма, средней степени тяжести
 <question>Больной, 65 лет, жалуется на кожный зуд, желтушность кожных покровов и склер, обесцвеченный кал, темную мочу, боли в правом подреберье. Болен около 3-х месяцев. На коже расчесы, желтуха. Резко понижено питание. Предварительный диагноз:
 <variant>рак головки поджелудочной железы
 <variant>хронический гепатит
 <variant>цирроз печени
 <variant>желчно-каменная болезнь
 <variant>болезнь Минковского-Шоффара
 <question>У больного 36 лет периодически появляется желтушность кожи лица, кистей рук и стоп, сопровождаемая диспептическими явлениями, запорами. Болен с детства. Об-но: бледно-желтая окраска кожи, ксантелазмы век. В крови повышение неконъюгированного билирубина. Печеночные пробы не нарушены. Биопсия – нормальная печеночная ткань. Ваш предполагаемый диагноз:
 <variant>синдром Жильбера
 <variant>талассемия
 <variant>хронический гепатит
 <variant>гемолитическая желтуха
 <variant>инфекционный мононуклеоз, осложненный желтухой.
 <question>У больного 45 лет безболезненно развилась желтуха, затем появилась темная моча, обесцвеченный кал, кожный зуд. УЗИ выявило расширение желчных протоков, увеличение печени и желчного пузыря. В крови эозинофилия. Р-графия: киста печени. Кожная проба Кацони, реакция латекс – агглютинации положительные. Предполагаемый диагноз:
 <variant>эхинококковая киста
 <variant>воспалительный отек головки поджелудочной железы
 <variant>рак головки поджелудочной железы
 <variant>стенозирующий холангит
 <variant>опухоль фатерова сосочка
 <question>Больной 42 лет, сталевар. Работа с тяжелым физическим напряжением. Диагноз: хронический вирусный гепатит В тяжелое течение с преобладанием синдрома цитолиза, умеренно выраженный синдром холестаза.
 Определите трудоспособность:
 <variant>инвалид II группы
 <variant>трудоспособен
 <variant>временно нетрудоспособен
 <variant>инвалид III группы
 <variant>инвалид I группы.
 <question>Больной, страдающий хроническим вирусным гепатитом в стадии ремиссии, получил травму в состоянии опьянения.
 Решите вопрос о нетрудоспособности:
 <variant>выдавать справку № 54
 <variant>не выдавать справку № 54
 <variant>рекомендовать взять отпуск без сохранения содержания для лечения травмы
 <variant>рекомендовать взять очередной трудовой отпуск
 <variant>выдать больничный лист.
 <question>Инженер, химик, 32 лет, начальник смены на производстве имеет контакт с бензолом, ежедневно по 2-3 часа. Стаж работы 7 лет. Перенес гепатит. В легкой степени. Дайте верную рекомендацию:
 <variant>перейти на другую работу по заключению ВКК

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 26 из 85		

<variant>рекомендуете взять отпуск без сохранения содержания по состоянию здоровья

<variant>пациенту взять очередной отпуск

<variant>оформить путевку на санаторно-курортное лечение

<variant>продолжить работать на данном предприятии

<question>Больной А., 39 лет, банкир, перенес вирусный гепатит 5 лет назад, на данный момент отмечаются признаки энцефалопатии, выраженная желтушность кожных покровов. Состоит на учете у терапевта по поводу хронического гепатита. Причиной желтухи является:

<variant>повышение уровня прямого билирубина

<variant>повышение уровня непрямого билирубина

<variant>повышение уровня АЛТ

<variant>повышение уровня желчных пигментов

<variant>повышение уровня холестерина

<question>У больного с желтухой в анализах крови отмечается гипербилирубинемия за счет обеих фракций, увеличение АЛТ, АСТ, в моче билирубин и уробилин. Сделайте вывод о характере желтухи

<variant>печеночная желтуха

<variant>надпеченочная желтуха

<variant>подпеченочная желтуха

<variant>холестатическая желтуха

<variant>механическая желтуха

<question>У больной с желтухой при проведении эндоскопической ретроградной холангиографии выявлено обеднение рисунка и сужение желчных протоков, нарушение прохождения контрастного вещества. Ваш диагноз

<variant>первичный билиарный цирроз печени

<variant>первичный склерозирующий холангит

<variant>желчнокаменная болезнь

<variant>рак головки поджелудочной железы

<variant>хронический гепатит

<question>У больного предварительный диагноз: Обструкция желчевыводящих путей. Выберите наиболее информативное исследование для подтверждения диагноза:

<variant>ретроградная холангиопанкреатография

<variant>ЭФГДС

<variant>УЗИ печени

<variant>ангиография печени

<variant>компьютерная томография печени

<question>23 – летний больной обратился к врачу с жалобами на периодическое носовое, десневое кровотечение, выраженную слабость, одышку, лихорадку. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, по всему телу отмечаются синяки, периферические лимфоузлы не увеличены. По остальным органам без особенностей. В анализе крови: Hb-60 г/л; эритроциты - $2,0 \times 10^{12}/л$; ЦП-0.9; лейкоциты - $1,5 \times 10^9/л$; тромбоциты - $20 \times 10^9/л$. В миелограмме: соотношение жирового костного мозга к действенному 90% : 10% в пользу жирового. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>апластическая анемия

<variant>острый эритромиелоз

<variant>острый миелолейкоз

<variant>хронический миелолейкоз

<variant>тромбоцитопеническая пурпура

<question>39 – летний мужчина обратился к врачу общей практики с жалобами на головокружение, одышку, быструю утомляемость, парестезии в конечностях и склонность к диарее. При осмотре кожные покровы желтоватой окраски, сглаживание сосочков языка, признаки

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 27 из 85		

глоссита. Больному 2 года назад произведена гастрэктомия. Отмечается гиперхромная анемия.

Пункция костного мозга: мегалобластный тип кроветворения. Выявлено повышение уровня ферритина в крови. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>B12- дефицитная анемия
- <variant>Железодефицитная анемия
- <variant>Аутоиммунная гемолитическая анемия
- <variant>Врожденная гемоглобинопатия
- <variant>Апластическая анемия

<question>Больной 26 лет жалуется на нарастающую слабость, повышение температуры тела до 38 гр. Болен в течение 2 месяцев. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные, на коже груди, живота, бедер петехии и экхимозы. Лимфатические узлы, печень, селезенка не увеличены. В крови: эритроциты-1,8 млн., Нв- 56 г/л, ЦП - 0,93, лейкоциты-2,6 тыс., тромбоциты-30 тыс., СОЭ - 50 мм/час. В стерильном пунктате -преобладание жирового костного мозга над действенным. Ваш предположительный диагноз:

- <variant>Апластическая анемия
- <variant>Болезнь Маркиафавы-Микели
- <variant>Острый лейкоз
- <variant>Тромбоцитопеническая пурпура
- <variant>Гемолитическая анемия

<question>Жжение языка, диспепсические нарушения (снижение аппетита, тошнота), нарушение самочувствия, онемение рук и ног, парестезии встречается при

- <variant>Витамин В-12 дефицитной анемии
- <variant>Гемолитическая анемия
- <variant>Анемия вследствие кровотечения
- <variant>Апластической анемии
- <variant>Железодефицитной анемии

<question>Больной 25 лет обратился с жалобами по поводу болей в эпигастральной области с выраженным циркуляторно-гипоксическим синдромом. В анамнезе – язвенная болезнь желудка. Кожные покровы бледные. Анализ крови: Нв – 85 г/л, эритроциты – 3,2х 10¹²/л, ЦП – 0,75, тромбоциты – 165,0х10⁹/л, ретикулоциты – 0,5 %, билирубин – 15 мкмоль/л, сывороточное железо – 4,5 ммоль/л. Реакция Грегерсена положительна. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>железодефицитная анемия
- <variant>апластическая анемия
- <variant>гемолитическая анемия
- <variant>острая постгеморрагическая анемия
- <variant>B12-дефицитная анемия

<question>Больная с железодефицитной анемией, последний гемоглобин 60 г/л. Разработайте тактику дальнейшего ведения больной

- <variant>экстренная госпитализация
- <variant>плановая госпитализация
- <variant>амбулаторное лечение
- <variant>стационар на дому
- <variant>дневной стационар

<question>У больной 60 лет, при обследовании выяснилось Нв 78г/л., ЦП - 1,3, эритроциты 2,3х10¹² /л, макроцитоз. В анамнезе: много лет страдает хроническим заболеванием желудка и кишечника. Лечение, которое необходимо назначить больному с данным заболеванием:

- <variant>Инъекции цианокобаламина
- <variant>Переливание эритроцитарной массы
- <variant>Инъекции феркаила
- <variant>Прием сульфата железа

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		Стр. 28 из 85

<variant>Прием аскорбиновой кислоты

<question>Изменения костного мозга при В12-дефицитной анемии:

<variant>мегалобластный тип кроветворения

<variant>нормобластический тип кроветворения

<variant>уменьшение количества мегакариоцитов

<variant>преобладание лимфоцитов

<variant>преобладание лейкоцитов

<question>Критерием эффективности лечения В-12 дефицитной анемии витамином В12 является:

<variant>ретикулоцитоз

<variant>нормализация числа лейкоцитов

<variant>снижение цветового показателя

<variant>прирост гемоглобина и числа эритроцитов

<variant>нормализация числа лейкоцитов и тромбоцитов

<question>У больной 18 лет последние 4 месяца десневые и носовые кровотечения, кожные геморрагии в области бедер. При осмотре: бледность кожи и видимых слизистых с легким желтушным оттенком, л/узлы не увеличены, печень, селезенка не пальпируются. В анализе крови: Нв-72 г/л, Эр-2,1х10¹²/л, L-2,0х10⁹/л, п-1%, с-40%, л-53%, м-6%, Тр-40х10⁹/л, СОЭ-48 мм/ч.

Предполагаемый диагноз:

<variant>апластическая анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>железодефицитная анемия

<variant>В12- дефицитная анемия

<variant>тромбоцитопеническая пурпура

<question>Анемия при хронической почечной недостаточности вызвана:

<variant>снижением синтеза эритропоэтинов

<variant>дефицитом железа

<variant>дефицитом витамина В₁₂

<variant>аутоиммунным гемолизом

<variant>дефицитом фолиевой кислоты

<question>Мужчина., 65 лет, поступил с жалобами на слабость, зябкость ног, парестезии. В анамнезе-8 лет назад была резекция желудка. В крови: Нв- 68 г/л, эритроциты 2,1·10¹²/л, ЦП- 1,3, лейкоциты - 3,1·10⁹/л, тромбоциты- 137·10⁹/л. Наиболее главная причина данной анемии:

<variant>Дефицит гастромукопротеина

<variant>Дефицит железа

<variant>Дефицит фолиевой кислоты

<variant>Дефицит эритропоэтина

<variant>Дефицит соляной кислоты

<question>74-летняя больная обратилась к врачу ВОП с жалобами на общую

слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Объективно выявлены: бледность кожных покровов, иктеричность склер, умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности на нижних конечностях по типу «чулок». В ОАК: Нв -83 г/л; ЦП - 1,2; эритроциты - 2,5х10¹²/л; лейкоциты – 3,2х10⁹/л; тромбоциты - 150х10⁹/л; ретикулоциты – 0,2%; билирубин-42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л). Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>витамин В₁₂-дефицитная анемия

<variant>хронический гепатит

<variant>гемолитическая анемия

<variant>хронический атрофический гастрит

<variant>железодефицитная анемия

<question>Наиболее характерный показатель для гипопластической (апластической) анемии:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 29 из 85		

<variant>уменьшение количества миелокариоцитов.

<variant>снижение цветового показателя

<variant>нейтрофилез в периферической крови

<variant>микросфероцитоз

<variant>увеличение количества миелокариоцитов.

<question>Первым объективным критерием эффективности терапии препаратами железа является:

<variant>ретикулоцитарный криз на 7-й день терапии

<variant>уменьшение общей слабости

<variant>увеличение уровня эритроцитов

<variant>уменьшение выраженности сидеропенического синдрома

<variant>прирост гемоглобина

<question>Характерная картина костного мозга при железодефицитной анемии:

<variant>уменьшение количества сидеробластов

<variant>преобладание лимфоцитов

<variant>уменьшение количества мегакариоцитов

<variant>мегалобластоз

<variant>миелоидная метаплазия

<question>Мужчина 22 лет поступил с жалобами на общую слабость, кровоточивость десен, боли в горле, увеличение шейных лимфатических узлов. В крови: гемоглобин - 54 г/л, эритроциты - $2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $76 \times 10^9/л$, тромбоциты - $50 \times 10^9/л$, СОЭ - 64 мм/час, бластные клетки - 47%, сегментоядерные - 29%, лимфоциты - 18%, моноциты - 6%. Выставлен диагноз острого лейкоза.

Подтверждает диагноз выявление в крови :

<variant>Бластемии

<variant>Анемии

<variant>Тромбоцитопении

<variant>Лейкоцитоза

<variant>Лейкоцитопении

<question>Женщина 47 лет, поступила в приемный покой с жалобами на общую слабость, головокружение, сердцебиение. В течение 1 года менструации по 10 дней, обильные.

Объективно: бледность кожи и слизистых, исчерченность и ломкость ногтей, выпадение волос, тахикардия до 100 в минуту, АД 110/60 мм.рт.ст. В крови: гемоглобин - 62 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,7, СОЭ - 36 мм/час, лейкоциты - $5,8 \times 10^9/л$, тромбоциты - $420 \times 10^9/л$. Дальнейшая тактика ведения пациентки:

<variant>Парентерально препараты железа

<variant>Парентерально витамин В12

<variant>Фолиевая кислота per os

<variant>Парентерально аскорбиновая кислота

<variant>Переливание эритроцитарной массы

<question>Больная 60 лет жалуется на слабость, боли в эпигастрии. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные с субиктеричным оттенком, лицо одутловато, язык "лакированный".

Умеренная гепатоспленомегалия. В крови: панцитопения, макроцитоз, полисегментированность нейтрофилов. Билирубин- 38,5 мкмоль/л. Миелограмма: мегалобластический тип кроветворения.

Наиболее вероятный диагноз:

<variant>В₁₂-дефицитная анемия

<variant>Железодефицитная анемия

<variant>Аутоиммунная гемолитическая анемия

<variant>Апластическая анемия

<variant>Талассемия

<question>Больная 23 лет жалуется на слабость, одышку, сердцебиение. Объективно: кожа и слизистые бледные. Систолический шум на верхушке, тахикардия. В крови: эритроциты - $3,0 \text{ млн.}$,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 30 из 85

гемоглобин-92 г/л, лейкоциты-4,2 тыс., тромбоциты.-192 тыс., СОЭ-22 мм/ч. Наиболее верное интерпретация анализа крови:

- <variant>нормохромная анемия легкой степени тяжести
- <variant>гипохромная анемия легкой степени тяжести
- <variant>гипохромная анемия средней степени тяжести
- <variant>нормохромная анемия средней степени тяжести
- <variant>иперхромная анемия легкой степени тяжести

<question> Больной 34 лет жалуется на слабость, головокружение, сердцебиение, одышку. Страдает геморроем в течение 2 лет. Объективно: бледность кожи и слизистых, койлонихии. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, тахикардия. В крови: эр-3,7 млн., Нв-92 г/л, ЦП-0,75, лейкоц-4,8 тыс., тромб.-200 тыс. СОЭ-17 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Сывороточное железо-6,4 мкмоль/л. Наиболее целесообразная тактика:

- <variant>Сорбифер перорально
- <variant>Преднизолон перорально
- <variant>Феррум-лек внутривенно
- <variant>Десферал внутримышечно
- <variant>Эритроцитарная масса внутривенно

<question> Больная, 71 года жалуется на отсутствие аппетита, тяжесть в подложечной области после еды, боль и жжение на языке, общую слабость, одышку, ощущение «ползания мурашек» по ногам, онемение ног. Из анамнеза: в течение многих лет страдает гастритом. Объективно: кожа бледная, желтушная, язык гладкий «лакированный», глоссит. Общий анализ крови гемоглобин-80 г/л., эритроциты-2,2x10¹²/л, тромбоциты-160x10⁹/л, лейкоциты-7,1x10⁹/л. В гемограмме макроциты, мегалоциты, в эритроцитах имеются тельца Джолли, кольца Кебота. В миелограмме - мегалобластный тип кроветворения. Эзофагогастродуоденоскопия – диффузный атрофический гастрит. Какой из нижеперечисленных препаратов наиболее целесообразен для лечения?

- <variant>Витамин В₁₂
- <variant>Фолиевая кислота
- <variant>Сорбифер-дурулес
- <variant>Флудара
- <variant>Мезим-форте

<question> Больная, 38 лет, жалуется на боли в животе, понос, чередующийся с запором, вздутие живота, периодически рвоту. При обследовании диагностированы дивертикул тонкой кишки, гиперхромная макроцитарная анемия, неврологические симптомы. Предполагаемый диагноз:

- <variant>В₁₂-дефицитная анемия вследствие повышенной потребности в витамине В₁₂
- <variant>фолиевое дефицитная анемия
- <variant>железодефицитная анемия

- <variant>В₁₂-дефицитная анемия вследствие дефицита внутреннего фактора
- <variant>В₁₂-дефицитная анемия вследствие нарушения всасывания

<question> Наиболее важный лабораторный признак железодефицитной анемии:

- <variant>снижение цветового показателя
- <variant>диспротеинемия
- <variant>лейкопения
- <variant>снижение гематокрита
- <variant>снижение гемоглобина

<question> Для какого заболевания характерна картина: кровотечения из носа и десен, геморрагии на коже и слизистых оболочках. В крови: эр.-1,8 млн. Нв- 54 г/л ЦП - 0,9 лейкоц-2,4 тыс. пал-6 сегм-58 эоз-2, лимф-34 тромб-44 тыс. СОЭ-52 мм/ч длительность кровотечения-20 мин. В трепанате - большое количество жира.

- <variant>апластической анемии
- <variant>острого лейкоза

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 31 из 85

<variant>аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры

<variant>болезни Маркиафавы-Микели

<variant>В12-дефицитной анемии

<question>Для миелограммы больного с В₁₂-дефицитной анемией наиболее характерна картина:

<variant>Мегалобластического типа кроветворения

<variant>Опущенного костного мозга

<variant>Неизмененного костного мозга

<variant>Гиперплазии всех ростков кроветворения

<variant>Нормобластического типа кроветворения с раздражением эритроидного ростка

<question>Больная 30 лет жалуется на слабость, одышку, сердцебиение, меноррагии в последние полгода. Объективно: кожа и слизистые бледные, поперечная исчерченность ногтей, койлонихии. Систолический шум на верхушке, тахикардия. В крови: эр.-3,0 млн., Нв-92 г/л, ЦП-0,77, лейкоц.-4,2 тыс., тромб.-192 тыс., СОЭ-22 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз. В миелограмме: 12% сидеробластов. Наиболее целесообразная тактика:

<variant>Сорбифер 200 мг в сутки в течение 3 месяцев

<variant>Феррум-лек 2,0 в/м в течение 1 недели

<variant>Феррум-лек 5,0 в/в в течение 1 недели

<variant>Трансфузия цельной крови

<variant>Трансфузия эритроцитарной массы

<question>Женщина, 62 лет, поступила с жалобами на слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке, зябкость и парестезии в ногах. Длительно страдает хроническим гастритом. В крови: Нв - 70 г/л, эритроциты $2,0 \times 10^{12}/л$, ЦП- 1,2, лейкоциты - $3,0 \times 10^9/л$, тромбоциты - $140 \times 10^9/л$. На ЭФГДС распространенный атрофический гастрит. Укажите причину развития данной анемии:

<variant>Дефицит гастромукопротеина

<variant>Дефицит железа

<variant>Дефицит фолиевой кислоты

<variant>Дефицит эритропоэтина

<variant>Дефицит соляной кислоты

<question>Больная, 32 лет жалуется на общую слабость, утомляемость, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, одышку, ломкость ногтей. Из анамнеза: 7 беременностей, из них 4 выкидыша, менструации 5-7 дней, обильные. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки бледные, сухие, чистые. Ногти мягкие, легко ломаются. В уголках рта имеются «заеды». Общий анализ крови: гемоглобин-62 г/л., эритроциты- $2,6 \times 10^{12}/л$, тромбоциты- $180 \times 10^9/л$, лейкоциты- $4,9 \times 10^9/л$, скорость оседания эритроцитов-30мм/ч. Сывороточное железо – 7,2 мкмоль/л, сывороточный ферритин – 10,82 нг/мл. Выберите препарат для лечения:

<variant>Сорбифер-дурулес

<variant>Витамин В₁₂

<variant>Фолиевая кислота

<variant>Аскорбиновая кислота

<variant>Эритропоэтин

<question>Мужчина 68 лет, поступил в приемный покой с выраженной общей слабостью, одышкой, сердцебиением, ощущением «ватных» ног. 6 лет назад проведена резекция желудка по поводу язвенной болезни. Объективно: бледность кожи и слизистых с желтушным оттенком. В крови: гемоглобин - 46 г/л, эритроциты – $1,3 \times 10^9/л$, лейкоциты - $2,3 \times 10^9/л$, цветовой показатель – 1,1, СОЭ - 41 мм/час, базофилы – 1%, эозинофилы – 4%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 16%, моноциты – 8%, тромбоциты – $110 \times 10^9/л$. В миелограмме: мегалобластический тип кроветворения. Дальнейшая тактика ведения пациента:

<variant>Препараты витамина В12

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 32 из 85		

<variant>Препараты железа

<variant>Преднизолон

<variant>Десферал

<variant>Аскорбиновая кислота

<question>Мужчина 72 лет, поступил в приемный покой с выраженной общей слабостью, одышкой, сердцебиением, ощущением «ватных» ног. Объективно: бледность кожи и слизистых с желтушным оттенком. В крови: гемоглобин - 46 г/л, эритроциты – $1,3 \times 10^9$ /л, лейкоциты - $2,3 \times 10^9$ /л, цветовой показатель – 1,1, СОЭ - 41 мм/час, базофилы – 1%, эозинофилы – 4%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 16%, моноциты – 8%, тромбоциты – 110×10^9 /л. В миелограмме: мегалобластический тип кроветворения. Наиболее информативное исследование:

<variant>Эндоскопия желудка

<variant>Рентгенография органов грудной клетки

<variant>УЗИ брюшной полости

<variant>Трепанобиопсия повздошной кости

<variant>ЭКГ

<question>Женщина 47 лет, поступила в приемный покой с жалобами на общую слабость, головокружение, сердцебиение. В течение 1 года менструации по 10 дней, обильные.

Объективно: бледность кожи и слизистых, исчерченность и ломкость ногтей, выпадение волос. В крови гемоглобин - 42 г/л, эритроциты – $1,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,7, СОЭ - 36 мм/час, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, базофилы – 1%, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 69%, лимфоциты – 18%, моноциты – 6%, тромбоциты – 420×10^9 /л.

Следующим шагом в диагностике будет

<variant>Исследование сывороточного железа

<variant>Коагулограмма

<variant>Тест Шиллинга

<variant>Стернальная пункция

<variant>Трепанобиопсия подвздошной кости

<question>Женщина 20 лет, жалуется на общую слабость, головокружение, сердцебиение, выпадение волос. Объективно: бледность кожи и слизистых, исчерченность и ломкость ногтей. В анализе крови: гемоглобин - 60 г/л, эритроциты – $2,1 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,66, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 320×10^9 /л, СОЭ - 12 мм/час. Эффективны при данном заболевании:

<variant>Препараты железа

<variant>Антибиотики

<variant>Глюкокортикоиды

<variant>Гепатопротекторы

<variant>Цитостатики

<question>Женщина 40 лет, жалобы на общую слабость, головокружение, сердцебиение, обильные менструации. Объективно: бледность кожи и слизистых, деформация ногтей в виде "ложкообразных", выпадение волос, АД 110/60 мм.рт.ст. В крови: гемоглобин - 60 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,75, СОЭ - 25 мм/час, лейкоциты - $4,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 300×10^9 /л. Наиболее целесообразная тактика:

<variant>Парентерально препараты железа

<variant>Фолиевая кислота per os

<variant>Парентерально витамин B12

<variant>Парентерально аскорбиновая кислота

<variant>Переливание эритроцитарной массы

<question>Больная 19 лет с детства периодически замечала желтушность кожи. 3 месяца назад желтушность усилилась. При объективном исследовании пальпируется печень и селезенка. Анализ

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 33 из 85		

крови: Нв-81/л, Эр.2,9х10¹²/л, Л-8х10⁹/л, лейкоцитарная формула в норме. Ретикулоциты 24%, тромбоциты 182х10⁹/л. Осмотическая резистентность эритроцитов: начало 0,6% NaCl, конец - 0,4% NaCl. Билирубин крови 134 ммоль/л, прямой -12ммоль/л, железо -24 мкмоль/л. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>Гемолитическая анемия

<variant>Фолиеводефицитная анемия

<variant>Гипопластическая анемия

<variant>Железодефицитная анемия

<variant>В-12-дефицитная анемия

<question>Больная 20 лет с детства периодически употребляла глину, мел. 3 месяца назад усилился головокружения, шум в ушах, ломкость ногтей. При объективном исследовании кожа и видимые слизистые бледные, печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нв-58 г/л, Эр.2,9х10¹²/л, Л-8х10⁹/л, лейкоцитарная формула в норме. Ретикулоциты 1,2%, тромбоциты 200х10⁹/л. Билирубин крови 14 ммоль/л, железо - 6,24 мкмоль/л. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>Железодефицитная анемия

<variant>Гемолитическая анемия

<variant>В-12-дефицитная анемия

<variant>Гипопластическая анемия

<variant>Фолиеводефицитная анемия

<question>Мегалобластный тип кроветворения; повышение уровня ферритина в крови, неврологическая симптоматика характерны для:

<variant>В₁₂- дефицитной анемии

<variant>железодефицитной анемии

<variant>аутоиммунной гемолитической анемии

<variant>анемии Минковского- Шоффара

<variant>апластической анемии

<question>Больному с гиперхромной макроцитарной анемией (пернициозной) необходимо назначить:

<variant>инъекции цианокобаламина

<variant>инъекции сахара железа

<variant>прием сульфата железа

<variant>переливание эр-массы

<variant>прием аскорбиновой кислоты.

<question>У больного с циррозом печени отмечается небольшой асцит, умеренная энцефалопатия, уровень билирубина 2,5 мг/дл, альбумин 2,9 г/дл, протромбиновое время 6 сек. Рассчитайте степень тяжести цирроза печени по Чайлду-Пью:

<variant>декомпенсированный

<variant>субкомпенсированный

<variant>легкий

<variant>средней тяжести

<variant>компенсированный

<question>У больного с циррозом печени отмечается умеренный асцит, энцефалопатии нет, уровень билирубина 1,8 мг/дл, альбумин 3,6 г/дл, протромбиновое время 1 сек. Рассчитайте степень тяжести цирроза печени по Чайлду-Пью:

<variant>компенсированный

<variant>субкомпенсированный

<variant>легкий

<variant>средней тяжести

<variant>декомпенсированный

<question>У больного с циррозом печени развился асцит I степени. Разработайте план лечения:

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		044-79/22 Стр. 34 из 85

<variant>не нуждается в лечении

<variant>приготовление пищи без добавления соли, спиронолактон 50 мг в сутки

<variant>спиронолактон 400 мг + фуросемид 40 мг

<variant>тотальный парацентез, альбумин 8 г на каждый литр асцитической жидкости

<variant>бессолевая диета, высокие дозы диуретиков, трансплантация печени

<question>У больного с циррозом печени развился асцит II степени. Разработайте план лечения:

<variant>приготовление пищи без добавления соли, спиронолактон 50 мг в сутки

<variant>не нуждается в лечении

<variant>спиронолактон 400 мг + фуросемид 40 мг

<variant>тотальный парацентез, альбумин 8 г на каждый литр асцитической жидкости

<variant>бессолевая диета, высокие дозы диуретиков, трансплантация печени

<question>У больного с циррозом печени развился асцит I I I степени. Разработайте план лечения:

<variant>тотальный парацентез, альбумин 8 г на каждый литр асцитической жидкости

<variant>приготовление пищи без добавления соли, спиронолактон 50 мг в сутки

<variant>спиронолактон 400 мг + фуросемид 40 мг

<variant>не нуждается в лечении

<variant>бессолевая диета, высокие дозы диуретиков, трансплантация печени

<question>У больного с циррозом печени развился спонтанный бактериальный перитонит и бактериальный асцит. Выберите наиболее эффективный антибактериальный препарат:

<variant>цефотаксим

<variant>спирамицин

<variant>амоксациллин

<variant>левофлоксацин

<variant>азитромицин

<question>Больная 52 лет, обратилась с жалобами на асцит, кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, похудание, темные пятна в межлопаточной области и в области плеча. Из анамнеза: 5 лет назад появилась пигментация в межлопаточной области и в области плеча. В течение 2-3 лет беспокоит кожный зуд. В этом году появился асцит. В анализах: гипербилирунемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП. На УЗИ: изменение структуры печени. Предположительный диагноз:

<variant>первичный билиарный цирроз печени

<variant>хронический гепатит вирусной этиологии

<variant>болезнь Вильсона-Коновалова

<variant>желчекаменная болезнь

<variant>альфа 1 антитрипсиновая недостаточность

<question>У 55-летней больной в течение нескольких месяцев находят увеличение печени (выступает на 4 см.) Общее состояние остается удовлетворительным, но периодически возникают артралгии. Показатели периферической крови, активность трансаминаз нормальные. Биопсия печени: лимфоидная инфильтрация долек, нарушение дольковой архитектуры, участки некроза. Предположительный диагноз :

<variant>хронический аутоиммунный активный гепатит

<variant>цирроз печени

<variant>гемохроматоз

<variant>неалкогольный жировой стеатогепатоз

<variant>хронический холестатический гепатит

<question>У больного 53 лет, жалобы на снижение аппетита, боли в правом подреберье, кожный зуд. Объективно: желтушность кожных покровов, сосудистые звездочки, периферические отеки, асцит. Из анамнеза: употребление алкоголя, вирусный гепатит С в течение 15 лет. Лабораторные данные: билирубин 50, альбумин 2,9%, протромбиновое время 50. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>алкогольный цирроз печени, декомпенсация, портальная гипертензия

QONTUSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 35 из 85

<variant>цирроз аутоиммунного генеза

<variant>вирусный цирроз печени, субкомпенсация, портальная гипертензия

<variant>вирусный цирроз печени, компенсация, портальная гипертензия

<variant>холестатический цирроз печени

<question>На приеме мужчина 19 лет с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, общую слабость, похудание, боли в суставах. Указать точное время ухудшения состояния не может. Объективно: кожные покровы желтушные, единичные телеангиоэктазии. На внутренней поверхности локтевых суставов следы уколов. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 32,6 мкмоль/л, тимоловая проба – 7,2 ед. ИФА: обнаружен австралийский антиген. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>хронический вирусный гепатит

<variant>аутоиммунный гепатит

<variant>билиарный цирроз печени

<variant>болезнь Коновалова

<variant>болезнь Жильбера

<question>При каком виде цирроза печени преимущественно показана урсодезоксихолевая кислота:

<variant>Первичный билиарный цирроз;

<variant>Цирроз на фоне хронического вирусного гепатита В;

<variant>Цирроз, развившийся в исходе аутоиммунного гепатита;

<variant>Цирроз при гемохроматозе;

<variant>Алкогольный цирроз печени.

<question>Каков основной критерий диагностики функциональной диспепсии?

<variant>Наличие жалоб и отсутствие клинических, биохимических, эндоскопических, ультразвуковых и морфологических признаков органических заболеваний.

<variant>Отсутствие клинических признаков органического заболевания

<variant>Отсутствие биохимических отклонений

<variant>Отсутствие морфологических изменений слизистой оболочки желудка

<variant>Наличие характерных жалоб

<question>H.pylori первоначально поражает следующие отделы желудка:

<variant>Антральный

<variant>Кардиальный

<variant>Фундальный

<variant>Субкардиальный

<variant>Тело желудка.

<question>Какой препарат наиболее эффективен при лечении язвенной болезни, обусловленной инфицированием Helicobacter pylori:

<variant>Метацин;

<variant>Фамотидин;

<variant>Де-нол;

<variant>Ранитидин;

<variant>гастрофарм.

<question>Симптом Менделя – это:

<variant>Болезненность при поколачивании в области эпигастрия;

<variant>Отсутствие кишечной перистальтики при аускультации живота;

<variant>Выявление шума «плеска» при перкуссии в эпигастрии;

<variant>Болезненность при пальпации дна желудка;

<variant>Болезненность при надавливании на мечевидный отросток.

<question>Женщина, 35 лет, предъявляет жалобы на увеличенный в объеме, водянистый пенистый стул до 3 раз в сутки, боли в верхней половине живота, потеря массы тела. Несколько дней назад

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 36 из 85		

прибыла из Туниса, где употребляла экзотические блюда из морепродуктов. Бак.посев кала выявил наличие энтеротоксигенной Escherichia coli. Какова наиболее вероятная причина патологических изменений?

- <variant>«Диарея путешественников»
- <variant>Неспецифический язвенный колит
- <variant>Обострение хронического панкреатита
- <variant>Приём слабительных препаратов
- <variant>Псевдомембранозный колит

<question>Больная Б., 40 лет, 3 года назад перенесла холецистэктомию. Жалобы на вздутие живота, неустойчивый стул. Назначение какого из перечисленных препаратов:

- <variant>Креона
- <variant>Фестала
- <variant>Пантап
- <variant>Маалокса
- <variant>Амикап

<question>Гипербилирубинемия наиболее характерна для:

- <variant>Псевдотуморозной формы хронического панкреатита
- <variant>Латентной формы хронического панкреатита
- <variant>Склерозирующей формы хронического панкреатита
- <variant>Рецидивирующей формы хронического панкреатита
- <variant>Болевой формы хронического панкреатита

<question> Больной 38 лет, страдающий хроническим дуоденитом и описторхозом, жалуется на периодические боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, неустойчивость стула, слабость, похудание. Появление болей связывает с погрешностями в диете. Общий анализ крови и биохимические анализы без изменений. Какие изменения копрограммы вероятны у больного:

- <variant>стеаторея
- <variant>креаторея
- <variant>амилорея
- <variant>лиентерея
- <variant>йодофильная флора

<question>Мужчина 50 лет, злоупотребляющий алкоголем, предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота, усиливающиеся после еды, тошноту, вздутие живота, жидкий стул, похудание. Какой диагностический метод позволит оценить состояние внешнесекреторной функции пораженного органа:

- <variant>Эластазный тест
- <variant>рН-метрия
- <variant>Уреазный тест
- <variant>Дуоденальное зондирование
- <variant>Глюкозотолерантный тест

<question>Наиболее частый клинический вариант Коронавирусной инфекции(COVID-19):

- <variant>пневмония
- <variant>асцит
- <variant>нарушения ритма
- <variant>кардиомиопатия
- <variant>гепатит

<question>Наиболее частое осложнение Коронавирусной инфекции(COVID-19):

- <variant>Острая дыхательная недостаточность
- <variant>Острая почечная недостаточность
- <variant>Энцефалопатия
- <variant>Гастропатия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 37 из 85		

<variant>Кардиомиопатия

<question>Инкубационный период при Коронавирусной инфекции(COVID-19):

<variant>2-14 дней

<variant>1- 7 дней

<variant>14-28 дней

<variant>28-30 дней

<variant>30-35 дней

<question>К симптомам при Коронавирусной инфекции(COVID-19) относится:

<variant>нарушения вкуса и обоняния

<variant>тошнота

<variant>перебои в сердце

<variant>учащенное мочеиспускание

<variant>рвота

<question>Критерии кашля при Коронавирусной инфекции(COVID-19):

<variant>сухой, мучительный, приступообразный

<variant>влажный, с большим количеством мокроты

<variant>с примесью крови

<variant>с большим количеством слизи

<variant>с примесью гноя

<question>Факторы риска развития тяжелого течения Коронавирусной инфекции(COVID-19):

<variant>возраст старше 65 лет

<variant>молодой возраст

<variant>миопия

<variant>энцефалопатия

<variant>гастропатия

<question>Потвержденный случай Коронавирусной инфекции(COVID-19) - это:

<variant>Лабораторное подтверждение инфекции COVID-19 методом ПЦР-ОТ, независимо от клинических признаков и симптомов

<variant>Типичные КТ – признаки COVID пневмонии

<variant>Летальный исход от пневмонии неуточненной этиологии

<variant>Пациент с любым ОРЗ неустановленной этиологии

<variant>Пациент с любым заболеванием, посещавший медицинскую организацию в течение последних 14 дней, где был зарегистрирован COVID-19

<question>Критерии легкой степени Коронавирусной инфекции(COVID-19):

<variant>Нет затруднения дыхания

<variant>одышка при физической нагрузке

<variant>одышка при незначительной физической нагрузке

<variant>одышка в покое

<variant>субфебрильная температура

<question>Критерии тяжелой степени Коронавирусной инфекции(COVID-19):

<variant>одышка при незначительной физической нагрузке

<variant>Нет затруднения дыхания

<variant>нормальная температура

<variant>легкие катаральные явления

<variant>отсутствие изменений на КТ

<question> Обязательное исследование, проводимое больному с Коронавирусной инфекцией(COVID-19):

<variant>пульсоксиметрия

<variant>исследование глазного дна

<variant>УЗИ брюшной полости

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 38 из 85		

<variant>УЗИ малого таза

<variant>Энцефалограмма

<question>Дифференцируют Коронавирусную инфекцию(COVID-19) прежде всего с :

<variant>гриппом, корью

<variant>ларингитами

<variant>трахеитами

<variant>бронхитами

<variant>фарингитами

<question> Первичная вирусная пневмония возникает в течении:

<variant>первых 12-36 часов болезни

<variant>к началу второй недели болезни

<variant>концу первой и началу второй недели болезни

<variant>к концу третьей недели болезни

<variant>к концу четвертой недели болезни

<question>Кашель при вирусной пневмонии:

<variant>сухой, непродуктивный

<variant>влажный, с большим количеством мокроты

<variant>с примесью крови

<variant>с большим количеством слизи

<variant>с примесью гноя

<question>Патогенетическая терапия при при легкой и среднетяжелой формах заболевания:

<variant>обильное питье, инфузионная терапия

<variant>ингаляционные ГКС

<variant>антибиотики

<variant>статины

<variant>имунномодуляторы

<question>У больного после обследования было выявлено расширение вен пищевода, асцит.

Предполагаемый диагноз больного:

<variant>Цирроз печени

<variant>Хронический гепатит

<variant>Хроническая правожелудочковая недостаточность

<variant>Нефротический синдром

<variant>Хроническая почечная недостаточность

<question>Больной К., 26 лет жалуется на усиление жажды, появление отеков на лице. 9 лет страдает сахарным диабетом, получает 24 ЕД инсулина в сутки. Пониженного питания. АД 150/100 мм рт.ст. ЧСС-80/мин. С-м "поколачивания" по почечному ложу отрицательный с обеих сторон. Сахар крови- 6,8 ммоль/л, остаточный азот 30 мкмоль/л, об. белок-63 г/л. Анализ мочи: уд. вес-1010, белок-0,66 г/л. В пробе Реберга-креатинин крови-1,1 ммоль/л, клубочковая фильтрация-60 мл/мин. Ваш диагноз

<variant>диабетическая нефропатия

<variant>хронический пиелонефрит

<variant>синдром Киммельстилл-Уилсона

<variant>хронический гломерулонефрит

<variant>амилоидоз почек

<question>Мужчина 50 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на отеки по всему телу. В течение 5 лет был свищ в области правой голени. АД не повышено. В анализе крови гемоглобин 45 г/л, в анализе мочи – удельный вес 1015, белок 10 г/л, в осадке много гиалиновых и зернистых цилиндров. Мочевина, креатинин в пределах нормы. Проба по Зимницкому не изменена. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>вторичный амилоидоз почек

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 39 из 85

<variant>хронический пиелонефрит

<variant>острый пиелонефрит

<variant>первичный амилоидоз почек

<variant>хронический гломерулонефрит

<question>Больной М., 40 лет жалуется на резкую слабость, головную боль, снижение аппетита, похудание, отеки на ногах. Заболеванием почек страдает в течение 8 лет. Объективно: пониженного питания, кожа бледная. Ан. крови: Нв-80 г/л, эр-3,2 млн., лейко-6,8 тыс., СОЭ-25 мм/ч. Ан. мочи: уд вес-1015, белок-1,8 г/л, лейко-6-7 в п/зр, эрит-3-4 в п/зр. В данном случае необходимо провести ...

<variant>пункционную биопсию почек

<variant>обзорную рентгенографию почек

<variant>анализ на определение белка Бенс-Джонса

<variant>бактериологическое исследование мочи

<variant>хромоцистоскопию

<question>Общим принципом в тактике лечения отеков сердечного и почечного происхождения является ...

<variant>улучшение перфузии почек

<variant>снижение сердечного выброса

<variant>применение осмотических диуретиков

<variant>устранение первичного гиперальдостеронизма

<variant>повышение онкотического давления плазмы крови

<question>Для дифференциальной диагностики гломерулонефрита ... является достоверным методом исследования.

<variant>пункционная биопсия почек

<variant>радиоизотопное исследование

<variant>клинико-лабораторные исследования

<variant>экскреторная урография

<variant>компьютерная томография почек

<question>Больной В. 19 лет, обратился с жалобами на головную боль, боли в области поясницы, отеки на лице, ногах и руках. Отмечает редкое мочеиспускание. Из анамнеза: 3 недели назад перенес ангину. В анализах крови: лейкоцитоз, ускорение СОЭ. В анализах мочи: олигурия 500мл/сут., гематурия, эр. 40 в п/з., лейкоцитурия, суточный белок мочи 3 г. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>острый диффузный гломерулонефрит

<variant>хронический гломерулонефрит

<variant>мочекаменная болезнь

<variant>амилоидоз почек

<variant>хронический пиелонефрит

<question>У больной А., 35 лет жалобы на рези при мочеиспускании, боли в поясничной области больше справа, лихорадку. В общем анализе мочи удельный вес - 1024, белок – следы, лейкоциты до 100 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения, бактерии +++, слизь +++. Все эти признаки заболевания характерны для ...

<variant>острого пиелонефрита

<variant>острого гломерулонефрита

<variant>хронического пиелонефрита

<variant>интерстициального нефрита

<variant>хронического гломерулонефрита

<question>У больного М., 57 лет отмечаются следующие изменения со стороны внутренних органов: увеличение размеров почек, умеренная гепатомегалия и спленомегалия, нарушение

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 40 из 85		

всасывания в тонком кишечнике. В анализе мочи массивная протеинурия до 20 г/л. Данные изменения характерны для

<variant>амилоидоза почек

<variant>хронического гломерулонефрита

<variant>острого гломерулонефрита

<variant>диабетической нефропатии

<variant>хронического пиелонефрита

<question>Больная И. 48 лет обратилась к врачу СВА с жалобами на головные боли, отеки на ногах, одышку при ходьбе, слабость, плохой аппетит. Заболевание почек в течение 10 лет. Об-но: отечность стоп, голеней. В общем анализе крови: Нв–96 г/л; Эр.– $2,8 \times 10^{12}$ /л; Лейк.- $8,8 \times 10^9$ /л; СОЭ–35 мм/ч. Мочевина – 16 ммоль/л, креатинин – 0,250 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. вес – 1005; белок–4,5 г/л; лейкоц.– 6-10 в п/зр; эр.– 20- 25 в п/зр; цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр. Данные признаки характерны для:

<variant>хронической почечной недостаточности

<variant>мочекаменной болезни

<variant>хронического пиелонефрита

<variant>поликистоза почек

<variant>хронического гломерулонефрита

<question>Больная К. 29 лет, поступила с жалобами на боли в пояснице справа, головные боли, лихорадку до 38С, частое мочеиспускание. Больна более 4-х лет, лечилась неоднократно. Обострение заболевания возникло после переохлаждения ног. Об-но: лицо одутловатое, бледное, пастозность век. Положительный симптом Пастернацкого. Анализ крови: Нв – 114 г/л, лейкоц.- $9,8 \times 10^9$ /л; СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи: уд. вес – 1025, белок –0,99 г/л, Лейк.– сплошь в п/зр.; гиалиновые цилиндры –2-4 в п/зр. Для уточнения диагноза из методов исследования необходимо провести

<variant>бактериологическое исследование мочи

<variant>посев мочи на микобактерии туберкулеза

<variant>пробу Реберга-Тареева

<variant>иммунологическое исследование крови

<variant>функциональную пробу Зимницкого

<question>У больной Д., 27 лет, в течение ряда лет страдающей заболеванием почек, суставным синдромом, в протеинограмме плазмы обнаружено снижение альбумино-глобулинового коэффициента до 0,8, гипопроteinемия, диспротеинемия, увеличение альфа-2 и гамма-глобулиновой фракции до 30 %. Эти изменения характерны для

<variant>хронического гломерулонефрита

<variant>острого пиелонефрита

<variant>острого гломерулонефрита

<variant>мочекаменной болезни

<variant>хронического пиелонефрита

<question>Больная Г., 24 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, головные боли, боли в поясничной области. При осмотре: беременность 17 недель, АД 110/70 мм рт.ст. Общий анализ мочи: уд. вес -1008, лейкоц 14-25 в п/зр. Проба Нечипоренко: эр – 500, лейкоц – 4500, цилиндры – 100. Из антибиотиков этой больной показан

<variant>ровамицин-макролид, практически не обладающий побочными эффектами

<variant>тетрацилин, так как он легко проникает через плацентарный барьер

<variant>гентамицин-аминогликозид, обладающий нефро- и ототоксичными эффектами.

<variant>цефазолин-цефалоспорины 1 поколения, проникающий через плацентарный барьер.

<variant>норфлоксацин, так как он обладает токсическим действием на формирующуюся костно-суставную ткань

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 41 из 85

<question>49-летний больной лет страдает заболеванием почек многие годы. При осмотре отмечается незначительная пастозность лица и век. АД повышено. Почки при пальпации болезненны. В анализах мочи: гипостенурия 1007-1010, лейкоцитурия, микрогематурия. На УЗИ: размеры почек увеличены, контуры неровные, определяются полости диаметром до 2х3 см в обеих почках. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>поликистоз почек
- <variant>хронический пиелонефрит
- <variant>хронический гломерулонефрит
- <variant>туберкулез почек
- <variant>мочекаменная болезнь

<question>27 летней больной обратилась с жалобами на отеки лица и ног, боли в поясничной области, повышение температуры до 38С, боли в суставах кистей. После отдыха летом на курорте, впервые появилось покраснение лица на щеках и переносице, лихорадка, выпадение волос. В анализах крови: Нв-81г/л, Эр.-2,8х10¹²/л; Лейк.- 3,6х10⁹/л; Э-8%; СОЭ- 40 мм/ч; СРБ (+++), гамма-глобулины-25%. В анализах мочи: белок - 3,1 г/л, лейкоц.-10 в п/зр., эр.-25 в п/зр., гиалиновые цилиндры- до 10 в п/зр. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>волчаночный нефрит
- <variant>острый гломерулонефрит
- <variant>подагрическая нефропатия
- <variant>острый пиелонефрит
- <variant>хронический гломерулонефрит

<question>48 летняя больная обратилась к врачу ВОП с жалобами на головные боли, отеки на ногах, одышку при ходьбе, слабость, плохой аппетит. Заболевание почек в течение 10 лет. Об-но: отечность стоп, голеней. В общем анализе крови: Нв-96 г/л; Эр.-2,8х10¹²/л; Лейк.- 8,8х10⁹/л; СОЭ-35 мм/ч. Мочевина - 16 ммоль/л, креатинин - 0,250 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. вес - 1005; белок-4,5 г/л; лейкоц.- 6-10 в п/зр; эр.- 20- 25 в п/зр; цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр. Для уточнения клинического диагноза из методов обследования необходимо ...

- <variant>определение клубочковой фильтрации
- <variant>проведение бактериологического исследования мочи
- <variant>проведение посева мочи на микобактерии туберкулеза
- <variant>определение белка Бенс-Джонса
- <variant>проведение пробы Нечипоренко

<question>35 летний больной обратился с жалобами на отеки на лице, стопах, голенях, бедрах, поясничной области. С молодости страдает бронхоэктатической болезнью, в течение последнего года в анализах мочи неоднократно отмечается протеинурия. В анализе крови: СОЭ - 50 мм/ч; общий белок - 47 г/л; в анализе мочи - уд. вес 1030; белок - 12 г/л, цилиндры гиалиновые - 5-7 в п/зр. Наиболее информативным методом обследования для уточнения диагноза является ...

- <variant>биопсия слизистой прямой кишки
- <variant>функциональная проба Зимницкого
- <variant>определение уровня креатинина в крови
- <variant>определение клубочковой фильтрации
- <variant>определение белковых фракций крови

<question>Повышение в сыворотке крови уровня ... наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности.

- <variant>креатинина
- <variant>мочевины
- <variant>остаточного азота
- <variant>калия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 42 из 85		

<variant>мочевой кислоты

<question>Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является :

<variant>протеинурия более 3,5 г/сутки

<variant>артериальная гипертензия

<variant>гематурия

<variant>пиурия

<variant>гипоизостенурия

<question>Показанием для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите является:

<variant>нефротический синдром

<variant>артериальная гипертензия

<variant>почечная недостаточность

<variant>мочевой синдром

<variant>профилактический курс терапии

<question>Женщина 28 лет встала на учет в женской консультации по поводу беременности на сроке 17-18 недель. При объективном исследовании выявлена отечность нижних конечностей. АД 160/90 мм рт.ст. Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, содержание белка 1,066 г/л, лейкоциты 4-5, эритроциты 7-8 в поле зрения; лейкограмма – 40% лимфоцитов. Проба Зимницкого: колебания удельного веса – 0,007. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. Концентрация креатинина в крови 100 мкмоль/л. В данном случае вариантом поражения почек при беременности является

<variant>хронический гломерулонефрит

<variant>хронический пиелонефрит

<variant>острый пиелонефрит

<variant>гестоз беременных

<variant>острый гломерулонефрит

<question>Больной Н, 35 лет обратился к семейному врачу с жалобами на тянущие боли в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 38-38,5С в течение последних 5 дней. К врачам не обращался. Кожные покровы бледные. АД – 180/ мм рт. ст. (+) симптом Пастернацкого справа. В ОАМ: полиурия, снижения удельного веса, незначительная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, гипохромная анемия. В данном случае при УЗИ почек ожидается увидеть

<variant>асимметрию размеров почек, деформацию ЧЛС, диффузная акустическую неоднородность паренхимы почек

<variant>симметричное увеличение размеров, акустическую однородность паренхимы почек

<variant>уплотнение паренхимы, отек почек, контуры почек не дифференцируются

<variant>уменьшение размеров почек с обеих сторон, акустическая однородность паренхимы

<variant>отек паранефральной клетчатки, ограничение подвижности почек

<question>Семейный врач госпитализировал больного К., 28 лет на стационарное лечение с жалобами на слабость, головную боль, боли в пояснице, отеки на лице, верхних и нижних конечностях, отеки в области мошонки. Из анамнеза: 3 недели назад перенес ОРВИ, температура тела 38-39 С. в течение 4-х дней. Объективно: Отечность век, голеней, мошонки. В легких без особенностей. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 58 уд. в минуту. АД – 160/90 мм рт. ст. В ОАК лейкоцитоз, эозинофилия, анемия, ускорение СОЭ. В БАК мочевины -12 ммоль/л, креатинин – 0,35 ммоль/л. В ОАМ: цвет грязно-розовый, гематурия, эритроциты - 60 в п. зр. лейкоциты 10-15, белок - 3 г, клетки почечного эпителия, гиалиновые, зернистые, и эритроцитарные цилиндры. Суточный диурез 400 мл. Ваш предполагаемый диагноз.

<variant>Острый гломерулонефрит

<variant>Хронический гломерулонефрит в фазе обострения

<variant>Нефрит интерстициальный в фазе обострения

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 43 из 85		

<variant>Хронический пиелонефрит в фазе обострения

<variant>Амилоидоз почек

<question>Лабораторные обследование 55 – летнего мужчины с отеками выявило нормальные показатели клубочковой фильтрации (80-120мл/мин), содержание креатинина в крови. В анализе мочи белок 2г/л, 20-50 эритроцитов в поле зрения и единичные гиалиновые цилиндры. Исследование почечных биоптатов вероятнее покажет

<variant>Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит

<variant>Нефрит с минимальными изменениями

<variant>Мембранозный гломерулонефрит

<variant>Пролиферативный интракапиллярный

<variant>Пролиферативный экстракапиллярный

<question>У больной после перенесенной ОРВИ появилась макрогематурия, олигоурия, массивные отеки лица, туловища, нижних конечностей. Врачом диагностирован острый диффузный гломерулонефрит. Проводимое лечение преднизолоном в дозе 40мг в сутки эффекта не дало, у больной на 3-и сутки развилась заторможенность, тошнота, рвота, присоединились боли в животе, АД - 80/50 мм.рт.ст. В данной ситуации необходимо

<variant>Ввести в/в преднизолон 500мг-1000мг с переходом на поддерживающие дозы в таблетках

<variant>Назначить кордиамин, в/в изотонический раствор или 5% р-р глюкозы

<variant>В первую очередь снять ЭКГ и ввести анальгетики

<variant>Применить большие дозы диуретиков и сердечных гликозидов

<variant>Ввести больному адреномиметики и спазмолитики

<question>Сроки временной нетрудоспособности при легком обострении хронического пиелонефрита:

<variant>7 - 15 дней

<variant>6 дней

<variant>30 дней

<variant>20-25 дней

<variant>2 месяца

<question>К врачу поликлиники обратился больной Л, 25 лет, с жалобами на слабость, головную боль, боли в области поясницы, отеки на лице, ногах, руках, редкое мочеиспускание. Часто болеет простудными заболеваниями. При осмотре выявлены отеки на лице, туловище, конечностях, гипертония, тахикардия, пастозность голеней. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС-72 ударов в одну минуту. АД -170/100мм.рт.ст. Суточный диурез 400мл/сут. В ОАМ эритроциты 60 в поле зрения, лейкоциты 20-25 в поле зрения, зернистые и гиалиновые цилиндры 2-4 в поле зрения. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>Острый гломерулонефрит, развернутое течение, ХПН 0

<variant>Острый гломерулонефрит, моносимптомное течение, ХПН 0

<variant>Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ХПН 0

<variant>Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, ХПН 0

<variant>Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, ХПН 0

<question>Больная 44 лет. Обратилась к врачу с жалобами на головную боль, одышку при физической нагрузке, общую слабость, тупые ноющие боли в области поясницы, уменьшение количества выделяемой мочи и изменение ее окраски. В анамнезе часто болеет простудными заболеваниями. При осмотре лицо больного бледное и одутловатое, набухшие шейные вены, АД-180/110мм.рт.ст. В анализах мочи: протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>Острый гломерулонефрит, развернутая стадия, ХПН 0

<variant>Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, ХПН 0

<variant>Острый гломерулонефрит, циклическая форма, ХПН 0

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 44 из 85

<variant>Острый гломерулонефрит, нефротическая форма, ХПН 0

<variant>Острый гломерулонефрит, латентная форма, ХПН 0

<question>Больной А, 62 года, обратился к врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость, боли в области поясницы отеки ног, рук, отечность лица, больше в утреннее время, головную боль. При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. АД-170/100мм.рт.ст. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. В анализах мочи: протеинурия, эритроцитурия. На ЭКГ- признаки гипертрофии левого желудочка. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, ХПН

<variant>Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ХПН 0

<variant>Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, ХПН 0

<variant>Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, ХПН 0

<variant>Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, ХПН 0

<question>У больного 30 лет, ранее получавшего лечение по поводу туберкулеза легких, отмечено появление отеков и протеинурии до 2,5 г/сут. Вероятно у больного ...

<variant>вторичный амилоидоз

<variant>хронический гломерулонефрит

<variant>хронический пиелонефрит

<variant>туберкулез почек

<variant>интерстициальный нефрит

<question>Общее в тактике лечения рефрактерных отеков сердечного и почечного происхождения:

<variant>Улучшение перфузии почек

<variant>Снижение сердечного выброса

<variant>Повышение онкотического давления плазмы крови

<variant>Устранение первичного гиперальдостеронизма

<variant>Применение осмотических диуретиков

<question>Семейным врачом осмотрена больная М., 15 лет, с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, головную боль, ухудшение зрения. Накануне появились отеки на лице и ногах, сильная головная боль, повысилась температура тела до 38 С. При осмотре возбуждена, определяются отеки век и подкожной клетчатки. В легких хрипов нет. АД 180/110 мм.рт.ст., тоны громкие, ЧСС 60 уд./мин. Мочи выделяется мало. Больная в экстренном порядке госпитализирована в нефрологическое отделение. Диагноз больного:

<variant>Острый гломерулонефрит, смешанная форма, ОПН, олигурическая стадия

<variant>Острый гломерулонефрит, нефротическая форма, ОПН, олигурическая стадия

<variant>Хронический гломерулонефрит, латентная форма

<variant>Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма

<variant>Идиопатический быстро прогрессирующий гломерулонефрит с выраженным гипертоническим синдромом

<question>Больному 74 года. После перенесенной ангины появился отечный синдром, интенсивная головная боль, красная моча (цвета мясных помоев). При обследовании: 7протеинурия – 13,5 г/сут, эритроциты – сплошь покрывают поле зрения. Объективно: отечный синдром до степени анасарки, АД 200/ 110 мм.рт.ст. В крови: Нб – 124 г/л, СОЭ-40 мм/ч, общий белок – 60 г/л, альбумины – 60 г/л. При УЗИ размеры почек не изменены, чашечно-лоханочная система – без особенностей. На протяжении длительного времени страдал желудочковой экстрасистолцией на фоне ИБС, артериальной гипертензии (АД 170/100 мм.рт.ст).

Предположительный генез отечного синдрома:

<variant>Острый гломерулонефрит

<variant>Недостаточность кровообращения у больного ИБС на фоне инфекции

<variant>Обострение хронического пиелонефрита

<variant>Симптомокомплекс “вторично сморщенной почки”

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 45 из 85		

<variant>Острый пиелонефрит, возможно апостематозный

<question>У больного Г., 19 лет в общем анализе мочи удельный вес – 1028, белок 3,0 г/л, лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроциты 20-30 в поле зрения, цилиндры (гиалиновые) 7-10 в поле зрения. Изменения в моче характерны для ...

<variant>острого гломерулонефрита

<variant>хронического пиелонефрита

<variant>острого пиелонефрита

<variant>хронической почечной недостаточности

<variant>хронического гломерулонефрита

<question>У больного, 48 лет, при обследовании по поводу выявленной АГ в анализе мочи белок 1,2 г/л, эритроциты 10-15 в п/зрения, удельный вес 1012. При УЗИ почек патологии не выявлено, мочевины и креатинина крови – нормальные. В анамнезе – без особенностей. Предположительный диагноз:

<variant>хронический гломерулонефрит

<variant>гипертоническая болезнь

<variant>хронический пиелонефрит

<variant>подагрическая нефропатия

<variant>вторичный амилоидоз почек

<question>Укажите характерный признак лимфатического отека:

<variant>кожа над поверхностью отеков плотная, «корка апельсина»

<variant>отеки безболезненны, в анамнезе у больных частые дерматиты

<variant>чаще встречается у мужчин

<variant>отеки рыхлые, безболезненные

<variant>характерны застойная пигментация, болезненность по ходу вен

<question>В практике семейного врача ... не имеют самостоятельного значения.

<variant>ортостатические периферические отеки

<variant>отеки при заболевании печени

<variant>отеки нефрогенного характера

<variant>отеки сердечного генеза

<variant>лимфогенные отеки

<question>Женщина 28 лет встала на учет в женской консультации по поводу беременности на сроке 17-18 недель. При объективном исследовании выявлена отечность нижних конечностей. АД 160/90 мм.рт.ст. Общий анализ мочи: УВ – 1,012, белок – 1,066г/л, лейкоциты 4-5 в поле зрения, лейкограмма – 40% лимфоцитов. Проба Зимницкого: колебания удельного веса -0,007. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. Концентрация креатинина в крови 100 мкмол/л. Вариант поражения почек в данном случае

<variant>хронический гломерулонефрит

<variant>острый гломерулонефрит

<variant>острый тубулоинтерстициальный нефрит

<variant>хронический пиелонефрит

<variant>гестоз беременных

<question>Информативный показатель для выявления нефротического синдрома:

<variant>Величина суточной протеинурии

<variant>Величина клубочковой фильтрации

<variant>Уровень креатинина сыворотки крови

<variant>Уровень холестерина сыворотки крови

<variant>Величина канальцевой реабсорбции

<question>18 летний больной обратился в поликлинику с жалобами на снижение веса, появление жажды и учащенного мочеиспускания. В анамнезе: 3 недели назад перенес острую респираторно-вирусную инфекцию. Объективно: кожа и язык суховаты. Печень выступает из-под реберной дуги

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 46 из 85		

на 2 см. Гликемия натощак 17 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес мочи—1030, кетоновые тела ++, глюкоза-5%. В данном случае наиболее целесообразно назначить

<variant>инсулин из расчета 0,1 ед/кг массы в час под контролем гликемии

<variant>диабетон длительного действия по 2 таблетки утром постоянно

<variant>простой инсулин 6 ед однократно

<variant>инсулин из расчета 1,0 ед/кг массы в час под контролем гликемии

<variant>сиофор по 1 таблетке в день, вечером постоянно

<question>Минимальный уровень гликемии натощак, по которому диагностируется сахарный диабет, равен

<variant>≥ 6,1 ммоль/л

<variant>≤ 5,8 ммоль/л

<variant>≥ 6,7 ммоль/л

<variant>≥ 5,5 ммоль/л

<variant>≤ 7,8 ммоль/л

<question>У больных с метаболическим синдромом гипертриглицеридемия развивается из-за ...

<variant>гиперинсулинемии

<variant>гипертиреозидизма

<variant>гипонатриемии

<variant>гипогонадизма

<variant>гиперпролактинемии

<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. Больному рекомендовано снижение АД больному, потому что

<variant>это позволит улучшить прогноз жизни больному

<variant>не купирует симптомы болезни

<variant>это обеспечит нормализацию показателей сахарного диабета

<variant>это обеспечит нормализацию показателей обмена веществ

<variant>это обеспечит нормализацию показателей КЩР

<question>У мужчины 60 лет, имеющего избыточную массу тела, дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 8,9 и 10,9 ммоль/л. Эндокринологом поликлиники диагностирован впервые выявленный сахарный диабет 2 типа. Целью патогенетической терапии является:

<variant>Повышение утилизации глюкозы периферическими тканями

<variant>Потенцирование действия экзогенного инсулина

<variant>Увеличение количества инсулиновых рецепторов

<variant>Снижение чувствительности инсулиновых рецепторов

<variant>Стимулирование функции бета-клеток островков Лангерганса

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

<variant>Сахарный диабет 2 типа

<variant>Ожирение

<variant>Сахарный диабет 1 типа

<variant>Нарушение гликемии натощак

<variant>Нарушение толерантности к глюкозе

<question>Больной И., 60 лет получал лечение по поводу трофической язвы без эффекта. В течение года получает мазинил. Кожа сухая, отеков нет. АД - 135/80 мм рт.ст. ЧСС - 82 в мин. Status lokalis: правая стопа гиперемирована, умеренно отечна, на тыльной поверхности имеется неправильной формы язва, размерами 4,5 х 6,1 см. Пульсация периферических сосудов на правой стопе ослаблена. Сахар крови – 15 ммоль/л, суточная глюкозурия - 29 г/л. Тактика ведения

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		044-79/22 Стр. 47 из 85

больного:

<variant>Переход на инсулин

<variant>Переход на бигуаниды

<variant>Увеличение дозы препаратов сульфонилмочевины

<variant>Строгая диета и рациональная физическая нагрузка

<variant>Комплексное использование секретогогов с бигуанидами

<question>Больной 17 лет страдает 6 лет ИЗСД, ежедневно получает однократно инсулин: 18 ед. актрапида, 38 ед. инсулина ленте, 40 ед. инсулина-ультраленте. Жалобы на постоянную головную боль, головокружение, внезапные преходящие изменения зрения, агрессивность, сонливость, снижение работоспособности. Периодически состояния, которые больной расценивал как «гипогликемию», однако гликемия была в пределах 15,3 ммоль/л. Протеинурия стойкая, мочевины в норме. АД 170/90 мм. Диагноз больного:

<variant>ИЗСД тяжелое течение, фаза декомпенсации, синдром Сомоджи, диабетическая нефропатия 2 ст

<variant>ИЗСД, тяжелое течение, фаза декомпенсации, синдром Сомоджи, диабетическая нефропатия 3 ст.

<variant>ИЗСД тяжелое течение, фаза декомпенсации, диабетическая нефропатия 2 ст.

<variant>ИЗСД тяжелое течение, фаза декомпенсации, диабетическая нефропатия 2 ст. синдром Киммелстила-Уилсона.

<variant>ИЗСД тяжелое течение, фаза декомпенсации, диабетическая нефропатия 2 ст., маниакально - депрессивный синдром.

<question>Больная 59 лет, страдает ИНСД П типа, обратилась с жалобами на учащенное сердцебиение, головную боль, головокружение, боли в правой нижней конечности, При осмотре: тахикардия, АД 85/50 мм, явления тромбоза. Гликемия 55 ммоль/л. Кетоацидоз отсутствует. Лейкоцитоз. Гиперазотемия. Причиной отсутствия кетоновых тел у больной в состоянии прекомы является:

<variant>сохранение эндогенной секреции инсулина

<variant>более высокий уровень контринсулярных гормонов

<variant>тяжелая дегидратация

<variant>выраженный ацидоз

<variant>быстротой развития коматозного состояния.

<question>У полной женщины 45 лет случайно при диспансерном обследовании выявлены лейкоцитоз 10 ммоль/л, глюкозурия 3 %, ацетон мочи отрицательный. Родной брат больной, страдает сахарным диабетом. У больной ...

<variant>сахарный диабет инсулинонезависимый II тип

<variant>сахарный диабет инсулинозависимый I тип

<variant>сахарный диабет инсулинонезависимый II тип, инсулинопотребный

<variant>сахарный диабет II типа у молодых (MODY)

<variant>вторичный сахарный диабет

<question>У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость. Уровень сахара в крови 16 ммоль/л, мочи 5%, ацетон в моче положительный. Тип диабета у больного:

<variant>сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)

<variant>сахарный диабет инсулинонезависимый (2-й тип)

<variant>сахарный диабет инсулинонезависимый (2-й тип), инсулинопотребный

<variant>сахарный диабет 2 – типа у молодых (MODY)

<variant>вторичный сахарный диабет

<question>У полной женщины 45 лет, случайно при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной:

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 48 из 85

<variant>сахарный диабет инсулинонезависимый (2-й тип)

<variant>сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)

<variant>сахарный диабет инсулинозависимый (2-й тип)

<variant>сахарный диабет 2 – типа у молодых (MODY)

<variant>вторичный сахарный диабет

<question>Больной К. 24 лет обратился к участковому врачу с жалобами на значительное похудание (в течение месяца на 9 кг), сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, тошноту, плохой аппетит. Объективно: кожные покровы сухие, ладони и подошвы с желтоватым оттенком, имеется фурункулез. В анализе мочи обнаружено наличие сахара-2,9% и ацетонурия. Согласно клиническим протоколам больному необходимо назначить

<variant>простой инсулин

<variant>сульфаниламиды

<variant>бигуаниды

<variant>инсулин пролонгированного действия

<variant>гипокалорийную диету

<question>В женскую консультацию обратилась беременная с жалобами на периодические боли внизу живота схваткообразного характера, усиливающиеся при физической нагрузке.

Беременность 28-29 недель, в течение 6 лет страдает сахарным диабетом. Получает 14 ЕД инсулина. Объективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ЧСС-80 в мин. АД-110/60 мм рт. ст. Сахар крови-10 ммоль/л, сахар в моче 0,5%. Согласно клиническим протоколам во время родов больную необходимо перевести на

<variant>простой инсулин

<variant>препараты сульфаниламидов

<variant>бигуаниды

<variant>диету № 9

<variant>инсулин пролонгированного действия

<question>При недостаточности инсулина наблюдается

<variant>Гипергликемия

<variant>Гиперлипидемия

<variant>Усиление синтеза гликогена

<variant>Уменьшение образования кетоновых тел

<variant>Гипогликемия

<question>Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом

<variant>Жирового гепатоза

<variant>Гепатита

<variant>Цирроза печени

<variant>Хронического холецистита

<variant>Печеночной недостаточности

<question>Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет

<variant>7,8 ммоль/л

<variant>8,5 ммоль/л

<variant>7,0 ммоль/л

<variant>9,6 ммоль/л

<variant>10,2 ммоль/л

<question>Больной П., 36 лет отмечает слабость, тошноту. 16 лет получает инсулин. Пониженного питания. Лицо пастозно. АД 150/100 мм рт.ст. ЧСС-80 в/мин. Гликемия-6,8 ммоль/л., остаточный-азот 50 мкмоль/л., креатинин крови 670 мкмоль/л. Ан. мочи: уд. вес-1010, белок-3,0 г/л, сахар-положителен. Клубочковая фильтрация-50 мл/мин. Ваш диагноз

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 49 из 85

<variant>сахарный диабет I типа. Диабетическая нефропатия, нефросклеротическая стадия

<variant>сахарный диабет I типа. Диабетическая нефропатия, пренефротическая стадия

<variant>синдром Самоджи

<variant>сахарный диабет I типа. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит

<variant>синдром Киммельстила-Уилсона

<question>Больная М., 35 лет после перенесенного стресса отмечает повышенную потливость, лихорадку Т– 37-38 С раздражительность, потерю в весе. Объективно: рост – 170 см, вес – 55 кг. Выражен гипергидроз кожи, тремор пальцев вытянутых рук. Границы сердца смещены влево, тоны усилены, на верхушке выслушивается систолический шум, ЧСС - 150 в мин, АД - 140/70 мм рт. ст. Обнаружено увеличение щитовидной железы 2 степени. Основной обмен повышен на 20%. Гликемия натощак - 6,3 ммоль/л. Холестерин крови - 7,0 ммоль/л. Информативный метод исследования для постановки диагноза

<variant>Исследование Т3, Т4, тиреотропного гормона

<variant>ЭХОКардиография

<variant>Суточный мониторинг Артериального Давления

<variant>Пункция щитовидной железы

<variant>Исследование гликозилированного гемоглобина

<question>У больной А., 32 лет отмечается незначительная слабость, утомляемость. При осмотре: ассиметричное увеличение щитовидной железы. При пальпации обнаружен узел, с четкими границами, гладкой поверхностью, свободно смещаемый при пальпации. Целесообразная тактика

<variant>Оперативное лечение

<variant>Тиреостатики

<variant>Препараты йода

<variant>Тиреоидные гормоны

<variant>Противовоспалительные средства

<question>Причиной третичного гипотиреоза является

<variant>Терапия препаратами серотонина

<variant>Резекция щитовидной железы

<variant>Аутоиммунный тиреоидит

<variant>Подострый тиреоидит (гипотиреоидная фаза)

<variant>Тиреостатическая терапия

<question>После перенесенной нейроинфекции, у молодого человека повысился аппетит увеличился вес, начало повышаться АД. При осмотре – Рост - 172 см., индексе массы тела – 30 кг/м2. Избыточное распределение подкожно-жировой клетчатки по «кушингоидному типу». На коже живота, плеч имеются багровые стрии, гиперпигментация на открытых участках тела. Ваш диагноз

<variant>Гипоталамическое ожирение 2 ст

<variant>Алиментарно-конституциональное ожирение 2 ст.

<variant>Нейрогенное ожирение 1 ст

<variant>Общее ожирение

<variant>Адипозогенитальная дистрофия

<question>У больной 47 лет впервые выявлен сахарный диабет 2 типа. Отмечает увеличение веса за последние 2 года, повышение АД до 150/85 мм.рт.ст., периодические боли в области сердца. Общий холестерин – 5,8 ммоль/л, ЛПВП – 0,5 ммоль/л, триглицериды -3.4 ммоль/л.

Артериальная гипертензия предположительно связана

<variant>С дислипидемией

<variant>С гиперинсулинемией

<variant>С гипергликемией

<variant>С гиперхолестеринемией

<variant>С диабетической нефропатией

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		

044-79/22
Стр. 50 из
85

<question>У мужчины 37 лет после перенесенного стресса появилась раздражительность, чувство жара, повышенную потливость. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. Объективно: рост – 176 см, вес – 61 кг. Выражен тремор пальцев вытянутых рук, гипергидроз кожи. Обнаружено увеличение щитовидной железы 2 степени. ЧСС - 134 в 1мин, АД - 150/75 мм рт. ст. Основной обмен повышен на 20%. Гликемия натощак - 6,2 ммоль/л. Информативно исследование для постановки диагноза

<variant>Исследование Т3, Т4, тиреотропного гормона

<variant>КТ щитовидной железы

<variant>Суточный мониторинг АД

<variant>Пункция щитовидной железы

<variant>Исследование гликолизированного гемоглобина

<question>У больной 42 лет через 6 месяцев после струмэктомии появилась слабость, ухудшение памяти, прибавка в весе, отечность лица, сухость кожи, запоры, аменорея. Щитовидная железа не пальпируется. АД -95/60 мм.рт.ст., пульс – 56 уд в мин. Т3,Т4 снижены, ТТГ –повышен. Ваш предварительный диагноз

<variant>Первичный гипотиреоз

<variant>Центральное ожирение

<variant>Гипоталамический синдром

<variant>Вторичный гипотиреоз

<variant>Синдром поликистозных яичников

<question>У мужчины 60 лет, имеющего избыточную массу тела, дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 8,9 и 10,9 ммоль/л. Эндокринологом поликлиники диагностирован впервые выявленный сахарный диабет 2 типа. Целью патогенетической терапии данного вида диабета является

<variant>Повышение чувствительности периферических тканей к инсулину

<variant>Уменьшение всасывания глюкозы в кишечнике

<variant>Потенцирование действия экзогенного инсулина

<variant>Снижение чувствительности инсулиновых рецепторов

<variant>Стимулирование функции бета-клеток островков Лангерганса

<question>Женщина, 43-х лет жалуется на раздражительность, общую слабость, головные боли, потливость, внезапное чувство жара до 15 раз в сутки. Объективно: гипергидроз, артериальное давление 150/90 мм рт ст, частота сердечных сокращений-96 в минуту. Ваш диагноз

<variant>Патологический климакс

<variant>Тиреотоксикоз

<variant>Артериальная гипертензия

<variant>Феохромоцитома

<variant>Гипотиреоз

<question>Больной, 46 лет обратился к врачу с жалобами на жажду, сухость во рту, онемение кончиков пальцев рук и ног, снижение памяти. Артериальное давление 150/90 мм рт ст. Масса тела 80 кг. Индекс массы тела – 32. Глюкоза крови – 9,1 ммоль/л. Ваш диагноз

<variant>Метаболический синдром

<variant>Сахарный диабет тип 2

<variant>Сахарный диабет тип 1

<variant>Ожирение

<variant>Артериальная гипертензия

<question>Больной, 45 лет длительно страдает сахарным диабетом 1 типа. При неоднократном обследовании выявлена стабильная микроальбуминурия. В плане коррекции лечения больному рекомендованы

<variant>Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

<variant>Диуретики

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 51 из 85		

<variant>Антикоагулянты

<variant>Белковые кровезаменители

<variant>Антиагреганты

<question>Больной, 40 лет жалуется на раздражительность, учащенное сердцебиение, быструю утомляемость. После обследования был выставлен диагноз эндемический зоб, узловатая форма. Согласно клиническим протоколам целесообразно назначение

<variant>Йодомарина

<variant>Тирозола

<variant>Преднизолона

<variant>Мерказолила

<variant>L-тироксина

<question>Уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) соответствующий компенсации сахарного диабета

<variant>7,5%

<variant>7,6%

<variant>7,8%

<variant>7,9%

<variant>8%

<question>У пациентки 51 года при обследовании у ангиохирурга по поводу болей в ногах обнаружили гликемию натощак 5,9 и 5,7 ммоль/л (капиллярная кровь), которые врачом расценены как нормальные значения. Однако пациентка обратилась к эндокринологу, предварительно резко ограничив потребление углеводов. В анамнезе хронический панкреатит. Гликемия натощак 5,3 ммоль/л с нормальными значениями глюкозотолерантного теста. Ваш диагноз

<variant>Нарушенная гликемия натощак

<variant>Нарушений углеводного обмена нет

<variant>Сахарный диабет тип 2

<variant>Панкреатогенный диабет

<variant>Пациентка относится к группе риска по диабету

<question>У больной на 3 день после субтотальной стромэктомии появились судороги в мышцах конечностей, лица и диафрагмы. Выраженные парестезии и онемение конечностей. После однократного обморока ежедневно стали развиваться эпилептиформные припадки, при которых часто фиксируется низкое артериальное давление. Первым шагом диагностики является

<variant>Определение уровня кальция в крови

<variant>Электроэнцефалография

<variant>Определение уровня ТТГ и Т4 свободного

<variant>Суточное мониторирование АД

<variant>Определение уровня кортизола

<question>У пациентки 35 лет жалобы на нарастание общей слабости, утомляемости, снижение аппетита, частое подташнивание. Нерегулярность менструального цикла с аменореей в течение 2 месяцев на фоне снижения веса. В течение последнего месяца неоднократные обморочные состояния. В анамнезе нефрэктомия по поводу ее туберкулезного повреждения. Объективно: дефицит массы тела, гиперпигментация кожи и слизистых рта. АД – 70/40 мм.рт.ст. В крови: гемоглобин – 114 г/л, натощаковая гипогликемия до 2,9 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз

<variant>Надпочечниковая недостаточность

<variant>Беременность

<variant>Опухоль гепатодуоденальной зоны

<variant>Туберкулез яичников

<variant>Нейрогенная анорексия

<question>К врачу обратилась пациентка 48 лет с жалобами на интенсивные боли в области сердца продолжительные, не связанные с физической нагрузкой, купируемые валидолом, корвалолом,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 52 из 85		

валерианой. В течение последнего года отмечает периодически чувство жара, гиперемиию лица, потливость преимущественно в зоне декольте, сердцебиение, чувство тревоги, страха. Нарушения менструального цикла в течение года, аменорея 4 месяца. Объективно: лицо гиперемировано, выраженный диффузный гипергидроз. АД- 150/90мм.рт.ст., ЧСС 98 в минуту. На ЭКГ слабо негативный Т V4-V6. Консультация гинеколога – атрофический мазок. Ваш диагноз:

<variant>Патологический климакс

<variant>ИБС. Стенокардия напряжения ФКП

<variant>Артериальная гипертония

<variant>Дебют тиреотоксикоза

<variant>Нейроциркуляторная дистония

<question>Снижение содержания кортикостероидов в крови, уменьшение экскреции 17-ОКС и 17-КС с мочой соответствует

<variant>Болезни Аддисона

<variant>Синдрому Шиена

<variant>Синдрому Нельсона

<variant>Синдрому Симмондса

<variant>Болезни Иценко-Кушинга

<question>Женщина 38 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на увеличение веса, уменьшение потоотделения, пастозность лица. Длительно страдает хроническим тонзиллитом.

Объективно: рост-158 см, вес-89 кг. Стрий нет, выраженный гиперкератоз. Лицо пастозное, с заплывшими глазными щелями. ЧСС-56 в мин. АД-100/60 мм рт. ст. В крови: глюкоза крови - 3,3 ммоль/л, йод, связанный с белками сыворотки - 300 ммоль/л. В тактике ведения больной наиболее целесообразно ...

<variant>терапия тиреоидными препаратами

<variant>назначение мочегонных средств

<variant>противовоспалительная терапия

<variant>назначение субкалорийной диеты

<variant>витаминотерапия

<question>Больную 43 лет беспокоят прибавка в весе, слабость, отечность лица, сухость кожи, запоры, аменорея, ухудшение памяти. Кожа сухая, холодная. Щитовидная железа не пальпируется. АД – 90/60 мм.рт.ст., пульс – 52 в мин. Т3, Т4 снижены, ТТГ – повышен. Больному показано назначение ...

<variant>тиреоидных препаратов

<variant>диуретиков

<variant>препаратов йода

<variant>нестероидных противовоспалительных препаратов

<variant>тиреостатических препаратов

<question>При диффузном токсическом зобе у беременных используется ...

<variant>пропилтиоурацил

<variant>тирозол

<variant>мерказолил

<variant>левотироксин

<variant>йодид калия

<question>Больному с тиреотоксикозом тиреостатики назначены для ...

<variant>понижения уровня тиреоидных гормонов в крови

<variant>повышения уровня тиреоидных гормонов в крови

<variant>понижения в крови антител к тиреопероксидазе

<variant>понижения в крови антител к тиреоглобулину

<variant>повышения в крови уровня связанного с белком йода

<question>У мужчины 58 лет обнаружен плотный узел 2,5х3см в правой доле щитовидной железы.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 53 из 85

Лимфоузлы не пальпируются. Спустя 2 месяца узел увеличился до 3,5х4см. На сканограмме щитовидной железы определяется узел, не поглощающий йод -131. Остальная ткань железы поглощает йод- 131 нормально. В тактике ведения пациента наиболее целесообразно

<variant>провести эхолокацию щитовидной железы

<variant>назначение терапии тироксином

<variant>провести пункционную биопсию

<variant>наблюдение без лечения

<variant>назначение лечения радиоактивным йодом

<question>Мужчина 35 лет страдает диффузным токсическим зобом в течении года и инфильтративной офтальмопатией. На анти тиреоидной терапии мерказолилом 0,005х3 раза в день – стойкий эутиреоз, но нарастает боль в глазах, чувство «песка», двоение предметов, слезотечение, отек век, экзофтальм. Положительный симптом Грефе, склеры инъецированы, нарушения движения глазных яблок. В данном случае наиболее рационально

<variant>назначение преднизолона до 60 мг с постепенным снижением дозы и диуретиков

<variant>увеличение дозы мерказолила

<variant>назначение лечения радиоактивным йодом

<variant>назначение хирургического лечения

<variant>назначение преднизолона до 20мг с постепенным снижением дозы и диуретиков

<question>33 летняя больная 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. В данном случае из методов исследования наиболее информативно

<variant>определение уровня Т₃ и Т₄

<variant>снятие ЭКГ

<variant>бакпосев крови

<variant>КТ органов средостения

<variant>суточное мониторирование АД

<question>Женщина 34 лет. Беременность 19-20 недель Масса избыточна, щитовидная железа I ст., плотная. Лицо одутловатое. Кожа сухая. Язык отечен. Пульс – 64 в 1 минуту. Запоры. ТТГ в крови повышено, общий Т4 и антитела к ТГ – понижены. УЗИ щитовидной железы: гипоплазия. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>первичный гипотиреоз

<variant>диффузный токсический зоб I ст.

<variant>аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма

<variant>эндемический зоб I ст.

<variant>аутоиммунный тиреоидит,

<question>Мужчина 38 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на постоянную жажду, кожный зуд. При осмотре: черты лица укрупнены за счет увеличения носа, ушей, нижней челюсти, увеличены кисти и стопы. Сахар в крови 8,2 ммоль/л. На R - граммах черепа утолщение костей свода, затылочных бугров, увеличение турецкого седла. Гиперпродукция соматотропного гормона. Ваш предварительный диагноз:

<variant>акромегалия

<variant>болезнь Иценко-Кушинга

<variant>сахарный диабет

<variant>глюкагонома

<variant>кортикостерома

<question>Больная 17 лет отмечает повышение массы тела, нарушение менструального цикла в течение года. На коже бедер, живота, молочных желез широкие багровые стрии. АД - 140/90 мм рт. ст. Тест толерантности к глюкозе: натощак – 4,5 ммоль/л; через 2 часа после нагрузки

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 54 из 85

глюкозой – 8,6 ммоль/л. КТ: гиперплазия обеих надпочечников. Уровень кортизола в крови в 8 часов -1060 нг/л (норма – 260-720 нг/л), в 14 часов -1250 нг/л. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>болезнь Иценко-Кушинга
- <variant>гипоталамический синдром
- <variant>синдром Штейна-Левенталья
- <variant>экзогенно-конституциональное ожирение
- <variant>церебральное ожирение

<question>В развитии диффузного токсического зоба наибольшую роль играет повышение

- <variant>тиростимулирующих иммуноглобулинов
- <variant>секреции катехоламинов
- <variant>секреции тиреотропного гормона
- <variant>секреции тиротропин-рилизинг-гормона
- <variant>гиперчувствительности тканей к гормонам щитовидной железы

<question>Больная А., 60 лет, стала отмечать слабость, сонливость, запоры, сухость кожных покровов, прибавка в весе за последний месяц на 5 кг. При осмотре: лицо пастозное, с суженными глазными щелями. Речь замедленна. Кожные покровы бледные, холодные, сухие на ощупь. В легких ослабленное везикулярное дыхание. ЧДД - 14 в мин. ЧСС 50 ударов в минуту. АД - 110/60 мм рт. ст. Диагноз больного:

- <variant>Гипотиреоз
- <variant>Болезнь Иценко-Кушинга
- <variant>Ожирение
- <variant>Нефротический синдром
- <variant>Железодефицитная анемия

<question>У юноши 17 лет обнаружен эндемический зоб 1 степени. Состояние эутиреоидное. Предпочтительная тактика ведения больного:

- <variant>Прием препаратов йода по 200 мкг/день в течение 6 месяцев
- <variant>Прием левотироксина
- <variant>Комбинированный прием мерказолила и бета-блокаторов
- <variant>Пожизненный прием препаратов йода в дозе 100 мкг/день
- <variant>Комбинированный прием левотироксина и препаратов йода

<question>К врачу общей практики обратилась женщина 32 лет с жалобами на сердцебиение, слабость, раздражительность, потливость, похудание. Больна более года. Объективно. Суетлива. Глаза блестят. Тремор пальцев рук, в позе Ромберга не устойчива. Гипергидроз. В легких везикулярное дыхание. Сердце: тахикардия, пульс 110 в 1 мин, АД 150/30, 160/40 мм рт ст. Стул – склонность к поносам.

Предварительный диагноз больного:

- <variant>гипертиреоз
- <variant>нейроциркуляторная дистония
- <variant>гипотиреоз
- <variant>феохромоцитома
- <variant>первичный альдостеронизм

<question>Больной М. 38 лет, лечился по поводу артериальной гипертензии. Затем больной направлен на консультацию к эндокринологу, где установили признаки синдрома Конна.

Признаки необходимые для выставления диагноза:

- <variant>высокое диастолическое АД, приступы общей слабости, полидипсия, парестезии, гипокалиемия, гиперальдостенурия
- <variant>повышение систолического АД, умеренное снижение диастолического АД
- <variant>повышение АД, гипергликемия, глюкозурия
- <variant>пароксизмальная гипертензия с головными болями, головокружением, тремором рук
- <variant>высокое АД, приступы озноба, потливость, тахикардия, гипергликемия, лейкоцитоз.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 55 из 85

<question>Для выявления феохромоцитомы исследуют

<variant>суточную экскрецию катехоламинов

<variant>суточную экскрецию креатинина

<variant>уровень калия в плазме

<variant>УЗИ сердца

<variant>суточную экскрецию 11-оксикортикостероидов

<question>Женщина обратилась к врачу с жалобами на головокружение, чувство страха, тревоги. Объективно: лицо бледное, холодное. ЧСС - 100 в минуту. АД резко повысилось - 230/140 мм рт.ст. Терапевт установила гипертонический криз при феохромоцитоме. Препарат для купирования криза:

<variant>фентоламин

<variant>капотен

<variant>коринфар

<variant>пентамин

<variant>дибазол

<question>У больной К. 35 лет отмечаются повышение артериального давления, ожирение, луноподобное лицо с плеторой, стрии растяжения шириной более 1 см обычно белого цвета, подушечки жира над ключицами, нарушение толерантности к глюкозе, гипокалиемия, аспе, особенно не на лице, гирсутизм. Правильный диагноз:

<variant>синдром или болезнь Кушинга

<variant>реноваскулярная артериальная гипертензия

<variant>первичный гиперальдостеронизм

<variant>феохромоцитома или хромофинные опухоли

<question>У женщины 46 лет около 3-х лет периодически возникают острые боли колющего характера и сердцебиение, «чувство приливов» после эмоционального напряжения и в ненастную погоду. Боль локализована под левой ключицей и иррадирует в левую руку. При физикальном и рентгенологическом исследований легких и сердца без особенностей.

Для уточнения диагноза следует назначить:

<variant>консультацию гинеколога

<variant>спирографию

<variant>ФГДС

<variant>ЭХО-КГ

<variant>консультацию невропатолога

<question>Больная с диагнозом диффузного токсического зоба III степени, тиреотоксическим сердцем, мерцательной аритмией, Н II Б будучи кондуктором на троллейбусе находится на лечении в течение 4 месяцев. Ваша тактика:

<variant>заполнить посылный лист на МСЭК (ф 088) для определения II группы инвалидности

<variant>заполнить посылный лист на МСЭК (ф 088) для разрешения продления больничного листа на долечивание

<variant>больничный лист закрыть, выписать на работу

<variant>через ВКК выдать справку о рациональном трудоустройстве больной

<variant>заполнить посылный лист на МСЭК для определения I группы инвалидности

<question>Больная прооперирована по поводу диффузного токсического зоба, после чего у нее развился гипотиреоз легкой степени тяжести.

Ваша тактика при определении трудоспособности больной:

<variant>выдать справку через ВКК для рационального трудоустройства

<variant>оформить посылный лист на МСЭК для определения I группы инвалидности.

<variant>оформить посылный лист на МСЭК (ф 088) для определения II группы инвалидности

<variant>может работать по прежней специальности

<variant>оформить посылный лист на МСЭК для продления больничного листа на долечивание

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 56 из 85		

<question>Девушка 16 лет страдает значительным ожирением ,(Пст.,ИМТ39,вес 116 кг, рост 172 см). Нерегулярные менструации, головные боли, на коже бедер узкие розовые полосы, избыточный вес с 5 лет. Диеты не придерживалась. АД – 160/100 мм.рт.ст. Предположительный диагноз:

<variant>пубертатно-юношеский диспитуитаризм

<variant>микропролактинома

<variant>метаболическое ожирение

<variant>болезнь Иценко-Кушинга

<variant>синдром Иценко – Кушинга

<question>Женщина 60 лет предъявила жалобы на жажду, полиурию, похудание, боли в животе, потливость по ночам. АД 185/105 мм.рт.ст. После в/в введения 10 мг тропафена – 70/40 мм.рт.ст. Суточная экскреция ванилилминдальной кислоты с мочой 50 мкмоль/л (норма 2,5-3,8). Предположительный диагноз

<variant>феохромоцитома

<variant>климактерический невроз

<variant>болезнь Иценко-Кушинга

<variant>синдром Иценко – Кушинга

<variant>вегето- сосудистая дистония

<question>При синдроме Иценко-Кушинга увеличивается выработка

<variant>глюкокортикостероидов

<variant>минералокортикоидов

<variant>соматотропина

<variant>кортикотропина

<variant>катехоламинов

<question>При феохромоцитоме увеличивается выработка

<variant>катехоламинов

<variant>глюкокортикоидов

<variant>минералокортикоидов

<variant>соматотропина

<variant>кортикотропина

<question>Для синдрома Конна характерно

<variant>высокое содержание альдостерона в крови

<variant>гипоренинемия

<variant>гиперкалиемия

<variant> уменьшение натрий –калиевого коэффициента

<variant>уменьшения содержания натрия в крови

<question>У больного 26 лет в течение 2 лет наблюдаются периодические повышения АД до 260/180 мм.рт.ст., которые наступают внезапно, длятся от нескольких минут до нескольких часов, также внезапно прекращаются; в конце криза наблюдается гиперсаливация, профузное потоотделение, выделяется 3-5 литров светлой мочи, больной ощущает слабость, разбитость. За время болезни больной похудел на 5 кг. Наблюдается ортостатическая гипотензия.

Предполагаемый диагноз

<variant>феохромоцитома

<variant>эссенциальная артериальная гипертензия

<variant>синдром Конна

<variant>болезнь Иценко-Кушинга

<variant>синдром Пейджа

<question>Пациент по поводу артериальной гипертензии систоло-диастолического типа обследовался в стационаре. Обнаружены гиперкальцемия, кальциурия, конкременты в обеих почечных лоханках. Исследование гормонов не проводилось. Причина гипертензии

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		044-79/22 Стр. 57 из 85

- <variant>гиперпаратиреоз
- <variant>гипертоническая болезнь
- <variant>коарктация аорты
- <variant>альдостерома надпочечника
- <variant>гипертиреоз
- <question>Гипоталамо-гипофизарная недостаточность, развивающаяся у женщин в послеродовом периоде в связи с массивной кровопотерей и септическим состоянием называется:
- <variant>болезнь Шиена
- <variant>болезнь Симмондса
- <variant>болезнь Иценко-Кушинга
- <variant>болезнь Аддисона
- <variant>болезнь Конна
- <question>Идеальное значение индекса массы тела (ИМТ=вес(кг)/рост(метр)²)
- <variant>до 25
- <variant>25-26
- <variant>27-28
- <variant>28-29
- <variant>больше 29
- <question>Для диффузного токсического зоба характерно
- <variant>Похудание
- <variant>Брадикардия
- <variant>Гипотония
- <variant>Сухость кожи
- <variant>Ожирение
- <question>Больная 42 года обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, выраженная сухость кожных покровов, выпадение волос, снижение памяти, изменения голоса, сонливость. При осмотре больная адинамичная, кожа сухая, местами шелушиться. Лицо одутловатое, руки и ноги отекающие, тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 80/50 мм рт. ст. Пульс – 50 уд. в минуту. Ваш предварительный диагноз.
- <variant>Гипотиреоз
- <variant>Цирроз печени
- <variant>Выраженная сердечная недостаточность
- <variant>Ожирение
- <variant>Гипертиреоз
- <question>В приемный покой доставлена больная с повышением АД до 300/130 мм рт.ст. Криз сопровождался тахикардией, полидипсией, мышечной дрожью, чувством страха. В анализах крови отмечено увеличение уровня глюкозы до 20 ммоль/л. Ваш диагноз
- <variant>Феохромоцитома
- <variant>Синдром Кона
- <variant>Синдром Иценко-Кушинга
- <variant>Эссенциальная артериальная гипертензия
- <variant>Вторичный гиперальдостеронизм
- <question>Женщина 25 лет обратилась с жалобами на избыток веса, периодическую жажду. Рост-160 см, вес -70 кг, ИМТ 29%. Гликемия натощак - 5,1 ммоль/л. Тест на толерантность к глюкозе: гликемия натощак – 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 7,0 ммоль/л. Ваш диагноз:
- <variant>Ожирение 1 степени
- <variant>Ожирение 2 степени
- <variant>Избыточная масса тела
- <variant>Сахарный диабет 2 типа
- <variant>Нарушение толерантности к глюкозе

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 58 из 85		

<question>Лунообразность и гиперемия лица с выраженным гипертрихозом характерны для

<variant>Болезни Иценко-Кушинга

<variant>Акромегалии

<variant>Феохромоцитомы

<variant>Несахарного диабета

<variant>Адипозогенитальной дистрофии

<question>Больная 40 лет в течение года отмечает стойкое повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, периодически резкую слабость нижних конечностей, судороги, полиурию, приступы болей в области сердца. Ингибиторы АПФ и гипотиазид эффекта не оказывают. На компьютерной томографии – увеличение правого надпочечника. Ваш диагноз

<variant>Синдром Конна

<variant>Аденома надпочечника

<variant>Адростерома

<variant>Синдром Иценко-Кушинга

<variant>Артериальная гипертензия

<question>Для лечения гипогликемической комы наиболее эффективно

<variant>в\в введение 40% раствора глюкозы струйно

<variant>в\в введение 5% раствора глюкозы

<variant>в\в введение норадреналина

<variant>в\м введение глюкокортикоидов

<variant>дать больному несладкий чай

<question>Больной, 14 лет, поступает в стационар в коматозном состоянии машиной «СП». Болеет диабетом 4 года. Получает инсулинотерапию в дозе 40 единиц. Ухудшение состояния наступило в течение 3-х дней. При обследовании глюкоза крови – 28,2 ммоль/л., ацетон в моче - +++++. У данного больного развилась

<variant>кетоацидотическая кома

<variant>гипогликемическая кома

<variant>гиперосмолярная кома

<variant>гиперлактоцидемическая кома

<variant>голодный кетоз

<question>У больного сахарным диабетом 1-го типа в стадии декомпенсации появление дыхания Куссмауля свидетельствует о

<variant>кетоацидемической коме

<variant>снижении уровня глюкозы

<variant>повышения уровня глюкозы

<variant>появлении ацетона в моче

<variant>алкалозе

<question>Больная К., 16 лет в течение 4 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулинотерапию. Во время урока физкультуры потеряла сознание, были кратковременные судороги. Кожа влажная. В данном случае наиболее вероятно развилась

<variant>Гипогликемическая кома

<variant>Гиперосмолярная кома

<variant>Лактацидотическая кома

<variant>Кетоацидотическая кома

<variant>Острая легочно-сердечная недостаточность

<question>Больной Ф., 40 лет доставлен в бессознательном состоянии. В кармане паспорт диабетика. При осмотре: пониженного питания, кожные покровы сухие, холодные. Язык малинового цвета, сухой. Выдыхаемый воздух с запахом ацетона. Дыхание шумное (типа Куссмауля). АД 70/30 мм рт.ст. Пульс - 105 в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, плотновата. Гликемия- 25 ммоль/л, гипокалиемия, снижение рН крови, глюкозурия,

Кафедра «Врач общей практики-3»

Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс

044-79/22
Стр. 59 из
85

выраженная кетонурия. В данном случае наиболее целесообразно введение ...

<variant>0,1 ед/кг короткодействующего инсулина ежечасно в/в капельно

<variant>0,1 ед/кг короткодействующего инсулина ежечасно в/м

<variant>20 ед короткодействующего инсулина подкожно однократно

<variant>0,1 ед/кг короткодействующего инсулина ежечасно подкожно

<variant>Одной инъекции пролонгированного инсулина в момент диагностики

<question>В приемный покой в бессознательном состоянии доставлена больная Л. 60 лет, страдающая сахарным диабетом. Последние 2 дня была рвота, многократный жидкий стул, судороги. При осмотре больная не реагирует на внешние раздражители. Зрачки расширены. Кожа сухая, тургор снижен. Глазные яблоки мягкие. ЧДД-22 в мин., АД - 60/40 мм рт. ст. ЧСС-110 в мин. В крови: эритроцитов-6,5 млн., лейкоцитов-12,8 тыс., СОЭ-8 мм/ч. Сахар крови-65 ммоль/л. В развитии данной комы **наибольшее** значение имеет фактор:

<variant>Обезвоживания организма

<variant>Гипоксии

<variant>Интоксикации

<variant>Недостаточной функции почек

<variant>Недостаточного приема углеводов

<question>У мужчины 52 лет, после состояния кетоацидоза развилась слабость и перебои в сердце. Лабораторные данные: Сахар крови 19 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л, мочевины 5,6 ммоль/л. В стационаре лечился инсулином, бикарбонатом, инфузиями 0,9% р-ра хлорида натрия. Вероятной причиной данного состояния является:

<variant>гипокалиемия

<variant>реакция на инсулин

<variant>гипогликемия

<variant>возможно присоединение другой патологии

<variant>нормальное течение болезни.

<question>Больной 23 лет поступил в клинику без сознания. Кожа сухая, румянец на щеках. В выдыхаемом воздухе резкий запах ацетона. Дыхание Куссмауля. АД 130 / 90 мм рт. ст. Пульс 102 уд. в минуту. В крови сахар 28,4 ммоль/л, в моче 6 %, реакция на ацетон резко положительная. Предполагаемый диагноз

<variant>кетоацидотическая кома

<variant>печеночная кома

<variant>уремическая кома

<variant>гиперосмолярная кома

<variant>гиперлактацидемическая кома

<question>У больного сахарным диабетом жажда, полиурия, состояние быстро ухудшилось, сахар крови 19,6 ммоль, ацетон в моче, изо рта запах ацетона. Предполагаемый диагноз.

<variant>кетоацидотическая кома

<variant>гиперосмолярная кома

<variant>гипогликемическая кома

<variant>гиперлактацидемическая

<variant>уремическая кома

<question>При гипогликемической коме в первую очередь проводится

<variant>инфузия 40 мл 40% глюкозы в/в струйно

<variant>одномоментное введение 20ЕД инсулина в/м

<variant>регидратация

<variant>метиленовая синь 20мл 1%раствора в/в капельно

<variant>введение адреналина

<question>Согласно клиническим протоколам при гиперосмолярной коме ОЦК (объем циркулирующей крови) начинают восполнять

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		044-79/22 Стр. 60 из 85

- <variant>гипотоническим раствором
- <variant>гипертоническим раствором
- <variant>нормотоническим раствором
- <variant>реополиглюкином

<variant>нет необходимости в восполнении ОЦК

<question>Больной М. 27 лет доставлен в приемный покой в бессознательном состоянии. В кармане паспорт диабетика. При осмотре: пониженного питания, кожные покровы влажные. Тонус мышц повышен. Зрачки широкие, на свет не реагируют. Язык влажный, розовый. Выдыхаемый воздух без особого запаха. Дыхание 24 в минуту. Пульс 105 в мин. Печень увеличена на 4 см. В крови: лейкоц.-8,6 тыс., СОЭ-22 мм/ч. В анализе мочи: уд. вес-1029; лейкоц.-10-12 в п/зр, белка нет. Кома развившаяся у больного

- <variant>гипогликемическая
- <variant>лактацидемическая
- <variant>гиперосмолярная
- <variant>печеночная
- <variant>кетоацидотическая

<question>Больная В. 65 лет, длительное время наблюдалась с сахарным диабетом. Получала 2 таблетки адебита 3 раза в день. Неделю назад, после гриппа появился кашель. До поступления была рвота, доставлена в приемный покой в бессознательном состоянии. Кожные покровы сухие, бледные. Запаха ацетона нет. Дыхание Куссмауля. АД 50/30 мм рт. ст. ЧСС-120 уд в мин. Сахар крови-12 ммоль/л, сахар мочи-6%, уровень молочной кислоты-2 ммоль/л. Ваш диагноз

- <variant>сахарный диабет 2 типа, лактатацидотическая кома
- <variant>сахарный диабет 2 типа, кетоацидотическая кома
- <variant>сахарный диабет 2 типа, гиперосмолярная кома
- <variant>уремическая кома
- <variant>печеночная кома

<question>Больная 38 лет поступила в приемный покой в бессознательном состоянии. Ухудшение состояния за последние 2 дня. При осмотре кожа сухая, шумное дыхание Куссмауля с выраженным запахом ацетона в выдыхаемом воздухе, резкая сухость кожи, языка, губ, зрачки сужены, пульс нитевидный, АД 80/50 мм рт. ст. сахар крови выше 30 ммоль/л. Состояние развившееся у больной

- <variant>Гиперкетонемическая прекома
- <variant>Гипогликемическая кома
- <variant>Острое нарушение мозгового кровообращения
- <variant>Гиперлактацидемическая кома
- <variant>Гиперосмолярная кома

<question>К больному К., 23 лет, госпитализированному по поводу впервые выявленного сахарного диабета, был вызван дежурный врач. При осмотре больной без сознания, пониженного питания, кожные покровы влажные. Выдыхаемый воздух без особого запаха. Дыхание ровное 24/мин. ЧСС-100/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Кома развившаяся у больного.

- <variant>Гипогликемическая
- <variant>Лактацидемическая
- <variant>Апоплексическая
- <variant>Гиперосмолярная
- <variant>Кетоацидозная

<question>К больному К., 23 лет, госпитализированному по поводу впервые выявленного сахарного диабета, был вызван дежурный врач. При осмотре больной без сознания, пониженного питания, кожные покровы влажные. Выдыхаемый воздух без особого запаха. Дыхание ровное 24/мин. ЧСС-100/мин. АД 90/60 мм рт.ст. В крови: лейкоц.-8,2 тыс. СОЭ-20

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 61 из 85

мм/час. ОАМ: уд. вес-1027; белка нет, лейкоциты 8-10 в п/зр. Согласно клиническим протоколам средством патогенетической терапии при данной коме является

<variant>40% глюкоза

<variant>метиленовая синь

<variant>5% глюкоза

<variant>дезинтоксикационная терапия

<variant>инсулин

<question>Больной 28 лет в состоянии диабетической кетоацидотической комы поступил в реанимационное отделение. Согласно клиническим протоколам целесообразно назначение

<variant>0,9% раствора хлорида натрия

<variant>Реополиглюкина

<variant>5% раствора глюкозы

<variant>40% раствора глюкозы

<variant>7,5% раствора хлорида калия

<question>Больной страдает сахарным диабетом 1 типа 7 лет. После физической нагрузки впал в гипогликемическую кому. Несмотря на введение в/в 20 мл 40% р-ра глюкозы, что привело к подъему гликемии до 11,8 ммоль/л., сознание у больной не восстановилось. Дальнейшая тактика врача:

<variant>Назначить мероприятия по борьбе с отеком головного мозга

<variant>Назначить капельное введение 5% р-ра глюкозы

<variant>Ввести повторно 40% глюкозу

<variant>Назначить инфузию короткодействующего инсулина из расчета 0,1 ед/кг/час

<variant>Произвести спинномозговую пункцию

<question>Больная 22 лет, страдающая сахарным диабетом 1 типа, обнаружена в коматозном состоянии через 2 часа после введения инсулина. Согласно клиническим протоколам необходимо в первую очередь осуществить

<variant>Внутривенное вливание 40% раствора глюкозы

<variant>Внутривенное введение 5% раствора глюкозы

<variant>Прием внутрь 2-3 кусочков сахара

<variant>Подкожное введение 40% раствора глюкозы

<variant>Инсулин подкожно

<question>Больной 25 лет доставлен в приемный покой в бессознательном состоянии. Выяснить, чем болел раньше больной, не удалось. В кармане у больного обнаружен сахар и карточка больного сахарным диабетом. Объективно: больной бледен, кожные покровы влажные, холодные, тонус глазных яблок повышен, зрачки расширены, наблюдается гипертонус мышц. Пульс 108 ударов в минуту. Сердечные тоны чистые. Дыхание поверхностное, хрипов нет. Органы брюшной полости не изменены. Основная причина внезапной потери сознания у больного

<variant>Отек головного мозга

<variant>Острое нарушение мозгового кровообращения

<variant>Кетоацидоз

<variant>Печеночная энцефалопатия

<variant>Уремия

<question>Девушка 16 лет в течение 4 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулинотерапию. Во время урока физкультуры потеряла сознание, были кратковременные судороги. Кожа влажная. Возникшее осложнение

<variant>Гипогликемическая кома

<variant>Гиперосмолярная кома

<variant>Лактацидотическая кома

<variant>Кетоацидотическая кома

<variant>Острая легочно-сердечная недостаточность

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 62 из 85

<question>Мужчина 28 лет в состоянии диабетической кетоацидотической комы поступил в реанимационное отделение. Согласно клиническим протоколам целесообразно назначение в первую очередь

<variant>0,9% раствора хлорида натрия

<variant>Реополиглюкина

<variant>5% раствора глюкозы

<variant>40% раствора глюкозы

<variant>7,5% раствора хлорида калия

<question>Женщина 62 лет доставлена бригадой скорой помощи в бессознательном состоянии. Со слов родственников страдает сахарным диабетом. В последние 5 дней наблюдались рвота, многократный жидкий стул, судороги. Женщина не реагирует на внешние раздражители. Зрачки расширены. Глазные яблоки мягкие. Кожа сухая, тургор снижен. ЧД-24 в мин., АД - 50/30 мм рт. ст. ЧСС-120 в мин. Сахар крови-58 ммоль/л. Осмолярность сыворотки >350 ммоль/л. Кетоновые тела в моче отрицательны. Вероятный вид комы

<variant>Гиперосмолярная

<variant>Печеночная

<variant>Кетоацидотическая

<variant>Гипогликемическая

<variant>Лактатаcidотическая

<question>У мужчины, 55 лет с сахарным диабетом 1 типа после физической нагрузки развилась кома с коротким периодом возбуждения. Кома развившаяся у больного

<variant>Гипогликемическая

<variant>Гиперосмолярная

<variant>Кетоацидотическая

<variant>Печеночная

<variant>Гипергликемическая

<question>Пациент 30 лет 5 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. После переохлаждения несколько дней назад появился субфебрилитет, катаральные явления, снизился аппетит и пациент уменьшил дозы инсулинов. Накануне присоединились тошнота, двукратная рвота, возросли слабость, сухость во рту и появилась выраженная апатия. Гликемия – 15ммоль/л. Доставлен скорой помощью в стационар. Первым шагом диагностики является

<variant>Определение ацетона в моче

<variant>Исследование гликемического профиля

<variant>Исследование общего анализа крови

<variant>Определение уровня креатинина в крови

<variant>Определение уровня калия и натрия в крови

<question>Мужчина 30 лет внезапно потерял сознание на рабочем месте. Со слов окружающих получает инсулин. Объективно: кожа влажная. Тонус мышц повышен. Зрачки широкие, на свет не реагируют. Язык влажный, розовый. АД - 125/80 мм рт. ст. Пульс - 96 уд/мин. Развившаяся кома у больного

<variant>Гипогликемическая

<variant>Печеночная

<variant>Гиперосмолярная

<variant>Кетоацидотическая

<variant>Лактацидемическая

<question>Мужчина 47 лет после двигательного и психического возбуждения внезапно потерял сознание. При осмотре: кожные покровы влажные, на коже следы инъекций. Отмечается подергивание мышц лица, зрачки расширены. ЧДД - 32 в минуту. Целесообразно назначение

<variant>Глюкагона 1 мл

<variant>Натрия хлорида 0,9% раствора

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 63 из 85

- <variant>Натрия хлорида 0,45% раствора
- <variant>Натрия бикарбоната 2% раствора
- <variant>Инсулина короткого действия 30 ЕД
- <question>У беременной женщины 27 лет при двукратном исследовании уровня гликемии натощак выявлены показатели: 7,9 и 10,9 ммоль/л. В анамнезе повышения уровня гликемии не наблюдалось. Ваш диагноз
- <variant>Гестационный диабет
- <variant>Сахарный диабет типа 2
- <variant>Вторичный сахарный диабет
- <variant>Нарушение гликемии натощак
- <variant>Нарушенная толерантность к глюкозе
- <question>Для третьей степени ожирения (по классификации В.Г. Баранова) характерно превышение веса над идеальной массой на
- <variant>50-99%
- <variant>1-9%
- <variant>10-29%
- <variant>30-49%
- <variant>100% и более
- <question>У женщины после осложненных родов появились тошнота, рвота, резчайшая мышечная слабость, диарея и психические нарушения. Объективно: акроцианоз, холодные конечности, гипертермия. АД–50/30 мм рт.ст. Проба с адренокортикотропным гормоном – отрицательная. У больной развился синдром
- <variant>Уотерхауса - Фридериксена
- <variant>Конна
- <variant>Сомоджи
- <variant>Иценко-Кушинга
- <variant>Золлингера - Эллисона
- <question>Девушка 18 лет после перенесенной нейроинфекции отмечает жажду, повышенный аппетит, резкую прибавку массы тела. При осмотре: рост–160 см, вес-80 кг. На коже туловища отмечаются узкие розоватые стрии, АД–140/90 мм рт. ст. При проведении теста на толерантность к глюкозе, гликемия через 2 часа составила 9,0 ммоль/л. Ваш диагноз
- <variant>Гипоталамическое ожирение
- <variant>Гипотиреоидное ожирение
- <variant>Надпочечниковое ожирение
- <variant>Вторичный сахарный диабет
- <variant>Алиментарно-конституциональное ожирение
- <question>У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Ваш предварительный диагноз
- <variant>Несахарный диабет
- <variant>Психогенная полидипсия
- <variant>Сахарный диабет
- <variant>Хронический пиелонефрит
- <variant>Зоб Хашимото
- <question>При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо
- <variant>Определить уровень глюкозы в крови натощак
- <variant>Провести глюкозотолерантный тест
- <variant>Назначить препараты сульфонилмочевины
- <variant>Ограничить употребление углеводов
- <variant>Определить уровень базального инсулина

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		Стр. 64 из 85

<question>Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения

<variant>изотонического раствора хлорида натрия и инсулина

<variant>строфантина

<variant>солей кальция

<variant>норадреналина

<variant>солей калия

<question>Самым активным стимулятором секреции инсулина является

<variant>глюкоза

<variant>аминокислоты

<variant>свободные жирные кислоты

<variant>фруктоза

<variant>электролиты

<question>Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего в

<variant>центральной нервной системе

<variant>миокарде

<variant>периферической нервной системе

<variant>гепатоцитах

<variant>поперечно-полосатой мускулатуре

<question>При кетоацидотической коме обязательно наличие:

<variant>кетонových тел в крови

<variant>избытка молочной кислоты

<variant>увеличения гиперосмолярности плазмы

<variant>снижения уровня глюкозы крови

<variant>гипербилирубинемии

<question>Наличие неврологической симптоматики (с-м Бабинского, мышечный гипертонус, двухсторонний нистагм), резко выраженная гипергликемия при нормальном уровне кетонových тел и pH крови, характерно для комы

<variant>гиперосмолярной

<variant>гиперлактацидемической

<variant>хлорпенической

<variant>кетоацидотической

<variant>гипогликемической

<question>23 – летний больной обратился к врачу с жалобами на периодическое носовое, десневое кровотечение, выраженную слабость, одышку, лихорадку. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, по всему телу отмечаются синяки, периферические лимфоузлы не увеличены. По остальным органам без особенностей. В анализе крови: Hb-60 г/л; эритроциты - $2,0 \times 10^{12}/л$; ЦП-0.9; лейкоциты - $1,5 \times 10^9/л$; тромбоциты - $20 \times 10^9/л$. В миелограмме: соотношение жирового костного мозга к действенному 90% : 10% в пользу жирового. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>апластическая анемия

<variant>острый эритромиелоз

<variant>острый миелолейкоз

<variant>хронический миелолейкоз

<variant>тромбоцитопеническая пурпура

<question>Больной 62 лет болен в течение года: жалуется на слабость, увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов. Лимфатические узлы мягкие, безболезненные при пальпации. Анализ крови: Лейкоциты - $40 \times 10^9/л$ (э-1%, п-3%, с-15%, л-75%, м-6%). Для верификации диагноза необходимо провести ...

<variant>стерильную пункцию

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 65 из 85

<variant>пункцию лимфатического узла

<variant>радиоизотопное исследование лимфосистемы

<variant>биопсию лимфатического узла

<variant>определение лейкоцитарной формулы крови

<question>Больной 3., 58 лет поступил в клинику с переломом плечевой кости. СОЭ – 55 мм/час, гиперпротеинемия, в миелограмме – плазматическая инфильтрация - 28%. Ваш предположительный диагноз:

<variant>миеломная болезнь

<variant>острый лейкоз

<variant>хронический гепатит

<variant>миелофиброз

<variant>хронический миелолейкоз

<question>На приеме больная 26 лет, медсестра, с жалобами на повышение температуры тела до 38-39С в течение 5-ти дней. Заболела остро. Начало с высокой температуры с проливными потами. Самостоятельно получала цефазолин по 1,0 х 3 р/д в/м, но без эффекта. При осмотре выявлено увеличение шейных лимфоузлов слева, гиперемия и увеличение миндалин. ОАК: Нб 90 г/л, Эр. $3,3 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9; Лейк. $13,0 \times 10^9$ (эозинофилы-6%, базофилы -2%, п/ядерн – 14%; сегм./яд – 67%, лимфоциты – 1%, моноциты – 10%, СОЭ 60 мм/час. При проведении стеральной пункции в костном мозге обнаружены клетки Березовского-Рид-Штернберга. Ваш предположительный диагноз:

<variant>лимфогранулематоз

<variant>острый лейкоз

<variant>инфекционное заболевание неясного генеза

<variant>реактивный лимфаденит

<variant>инфекционный эндокардит

<question>Больная 33 лет обратилась с жалобами на появление болезненного образования в правой подмышечной области. При осмотре в правой подмышечной области пальпируется лимфоузел тестоватой консистенции, резко болезненный, подвижный, размером 1,5х2,0 см. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На 2 пальце правой кисти обнаружена нагноившаяся рана. В ОАК лейкоциты $9,0 \times 10^9$ (эозинофилы-3, сегм./яд-74, лимфоциты-19, моноциты-4), СОЭ-16 мм/час. Биопсия лимфоузла данной больной показана:

<variant>До и после проведения контрольной антибактериальной терапии

<variant>При неэффективности контрольной антибактериальной терапии

<variant>Перед проведением стеральной пункции

<variant>При неэффективности контрольной химиотерапии

<variant>Перед проведением оперативного лечения

<question>У 30-летнего больного в течение месяца отмечаются лихорадка до 38 С, устойчивая к антибиотикам, гипергидроз. Выявлены: увеличение шейных лимфоузлов, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 50 мм/час. Для верификации диагноза следует избрать:

<variant>биопсию лимфоузла

<variant>пробное назначение неспецифической терапии

<variant>стеральную пункцию

<variant>пробное назначение кортикостероидов

<variant>пробное назначение антибиотиков

<question>На амбулаторный прием пришел больной 32 лет, с жалобами на боль в левой подмышечной области, головную боль, слабость, повышение t- до 38 С, 3-дня назад больной получил травму в области фурункула предплечья. При осмотре резкая болезненность при пальпации спаянных между собой и окружающими тканями лимфатических узлов, они неподвижны. Кожа над ними гиперемирована, очагов размягчения нет. Лейкоциты $10 \times 10^9/л$,

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		Стр. 66 из 85

палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 70%, лимфоциты - 22%, моноциты - 1%, СОЭ 22 мм/ч.

Диагноз больного:

- <variant>острый лимфаденит
- <variant>острый лимфолейкоз
- <variant>хронический лимфолейкоз
- <variant>специфический лимфаденит
- <variant>возможны все варианты

<question>Подросток, 15 лет, жалуется на высокую температуру, боль и уплотненные лимфоузлы в наружной области шеи справа, ночные поты, подкашливает. Appetit снижен около 5 месяцев. При осмотре в области шеи определяется свищевой ход, пальпируются спаянные между собой, болезненные лимфатические узлы, определяются явления периаденита. При рентгенологическом исследовании области шеи выявлены плотные тени в мягких тканях, здесь же кальцинаты.

Диагноз больного:

- <variant>туберкулезный лимфаденит
- <variant>острый неспецифический лимфаденит
- <variant>лимфогранулематоз
- <variant>хронический лимфолейкоз
- <variant>острый миелолейкоз

<question>Больной, 52 лет, скотник, жалуется на боли в поясничной области, боли в крупных суставах, появление увеличенных лимфатических узлов, температура 40⁰С. В анамнезе частые радикулиты. Самочувствие удовлетворительное. Шейные, подмышечные лимфоузлы увеличены до размера фасоли, безболезненные, не спаянные между собой и окружающей тканью.

Отмечается умеренная гепатоспленомегалия.

Вероятный диагноз:

- <variant>бруцеллез
- <variant>остеоартроз крупных суставов
- <variant>лимфолейкоз
- <variant>миелолейкоз
- <variant>лимфогранулематоз

<question>У больной К, 25 лет после инсоляции месяц назад появилась эритема на скулах, генерализованное увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации они безболезненные, свободно подвижные, мягкие. Выявлена спленомегалия, анемия и умеренная лихорадка неправильного типа. Диагноз:

- <variant>системная красная волчанка
- <variant>болезнь Брилла-Симмерса
- <variant>лимфома Беркитта
- <variant>лимфогранулематоз
- <variant>туберкулезный лимфаденит

<question>Гиперплазия лимфоидной ткани, сопровождающаяся увеличением лимфатических узлов:

- <variant>лимфоаденопатия
- <variant>СПИД
- <variant>саркоидоз
- <variant>тонзиллит
- <variant>лимфогранулематоз

<question>У пациента определяются увеличенные, болезненные шейные лимфатические узлы.

Объясните характер процесса:

- <variant>воспалительный процесс
- <variant>злокачественное новообразование
- <variant>доброкачественное новообразование

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 67 из 85

<variant>аутоиммунное воспаление

<variant>некротический процесс

<question>У пациента определяются плотные, твердые, безболезненные шейные лимфатические узлы. Объясните характер процесса:

<variant>злокачественное новообразование

<variant>воспалительный процесс

<variant>доброкачественное новообразование

<variant>аутоиммунное воспаление

<variant>некротический процесс

<question>Выберите вторичную злокачественную причину увеличения лимфатических узлов:

<variant>метастазирование из местной опухоли

<variant>хронический лимфолейкоз

<variant>острая лимфобластная лейкемия

<variant>неходжкинская лимфома

<variant>миелопролиферативные нарушения

<question>Больной жалуется на быструю утомляемость, повышение температуры, ночные поты.

Определяется опухолевидное образование в области шеи, подмышек, спонтанное появление гематом. Сделайте вывод о характере поражения :

<variant>первичное злокачественное новообразование

<variant>системная красная волчанка

<variant>туберкулез

<variant>болезнь «кошачьих царапин»

<variant>вторичный инфекционный процесс

<question>Злокачественная опухоль, первично возникающая в лимфатических узлах и распространяющаяся преимущественно по лимфатической системе путем лимфогенного метастазирования:

<variant>лимфома Ходжкина

<variant>хронический лимфолейкоз

<variant>острая лимфобластная лейкемия

<variant>метастазирование из местной опухоли

<variant>миелопролиферативные нарушения

<question>Диагноз лимфома Ходжкина выставляется на основании:

<variant>гистологического исследования биоптата лимфатического узла

<variant>компьютерной томографии органов грудной клетки

<variant>магнитно-резонансной томографии

<variant>трепанобиопсии крыла подвздошной кости

<variant>сцинтиграфии лимфатических узлов с галлием цитратом

<question>У больного с увеличенными лимфатическими узлами в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, ускорение СОЭ. Гистологическое исследование – клетки Пирогова-Лангханса. Ваш диагноз:

<variant>туберкулезный лимфаденит

<variant>хронический лимфолейкоз

<variant>саркома Капоши

<variant>лимфогранулематоз

<variant>саркоидоз Бенъе-Бека

<question>У больного с диагнозом: Лимфома Ходжкина на фоне лечения развились инфекционные осложнения. Разработайте тактику лечения больного:

<variant>антибиотики широкого спектра действия, противогрибковые препараты

<variant>цитостатики, антибиотики широкого спектра действия

<variant>колониестимулирующие факторы, эритроцитарная масса

<variant>аутомиелотрансплантация, антибиотики широкого спектра действия

QONTUSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 68 из 85

<variant>антибиотики узкого и широкого спектра действия

<question>Больной с диагнозом: Лимфома Ходжкина. Разработайте план профилактических мероприятий:

<variant>санация хронических очагов инфекции

<variant>противорецидивное лечение

<variant>отказ от вредных привычек

<variant>коррекция факторов риска

<variant>здоровый образ жизни

<question>У больного при объективном исследовании определяется небольшое увеличение лимфоузлов, выраженная спленомегалия. В ОАК – лейкоциты $90,5 \times 10^9/\text{л}$, пролимфоциты 80%. В костномозговом пунктате преобладают пролимфоциты (более 55%). Ваш диагноз:

<variant>пролимфоцитарный лейкоз

<variant>хронический лимфобластный лейкоз

<variant>недифференцируемый лейкоз

<variant>монобластный лейкоз

<variant>острый миелобластный лейкоз

<question>Выберите амбулаторный этап лечения острого лимфобластного лейкоза:

<variant>поддерживающее лечение

<variant>профазное лечение

<variant>индукционная терапия

<variant>консолидационное лечение

<variant>интенсивная терапия

<question>Путь метастазирования чаще дающий регионарные метастазы:

<variant>лимфогенный

<variant>гематогенный

<variant>смешанный

<variant>половой

<variant>аэрогенный

<question>Путь метастазирования, дающий отдаленные и множественные метастазы:

<variant>гематогенный

<variant>лимфогенный

<variant>смешанный

<variant>половой

<variant>аэрогенный

<question>Увеличение нескольких лимфатических узлов в одной или двух смежных областях:

<variant>регионарная лимфоаденопатия

<variant>локальная лимфоаденопатия

<variant>генерализованная лимфоаденопатия

<variant>острая лимфоаденопатия

<variant>хроническая лимфоаденопатия

<question>Лимфоаденопатия с коротким продромальным периодом, лихорадкой, локальной болезненностью при пальпации:

<variant>острая лимфоаденопатия

<variant>локальная лимфоаденопатия

<variant>генерализованная лимфоаденопатия

<variant>местная лимфоаденопатия

<variant>хроническая лимфоаденопатия

<question>У больного лимфоаденопатия в течение нескольких лет. Шейные лимфатические узлы безболезненны, размером с фасоль, не спаяны с окружающими тканями. Сделайте вывод о характере лимфоаденопатии:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 69 из 85		

<variant>хроническая лимфоаденопатия

<variant>локальная лимфоаденопатия

<variant>генерализованная лимфоаденопатия

<variant>местная лимфоаденопатия

<variant>острая лимфоаденопатия

<question>Больной 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, потливость, стоматит. Из анамнеза: болен в течение 3 недель, лечение без эффекта. Объективно: температура тела 38,8оС, кожные покровы бледные, влажные. Гиперплазия десен, язвенно-некротический стоматит. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны. В крови: Нв – 94 г/л, эр. – 2,9 х 10¹² /л, ЦП-0,95, лейкоц. – 13,5 х 10⁹ /л, бласты – 32 % пал. – 1 %, сегм. – 39 %, лимф. – 20 %, мон. – 8 %, тромб. – 90,0 х 10⁹ /л. СОЭ – 24 мм/ч. Проведена стерильная пункция, при проведении цитохимического исследования: реакция на пероксидазу положительна. Ваш диагноз:

<variant>Острый миелобластный лейкоз

<variant>Острый лимфобластный лейкоз

<variant>Острый недифференцируемый лейкоз

<variant>Острый монобластный лейкоз

<variant>Острый промиелоцитарный лейкоз

<question>У больного кожа по всему телу покрасневшая, зудит, шелушится, и при прикосновении возникают болезненные ощущения. На коже также имеются пятна и бляшки. Алопеция, гиперпигментация, лимфоаденопатия. В крови обнаружены злокачественные Т-лимфоциты. Ваш диагноз:

<variant>Синдром Сезари

<variant>Болезнь Брилла-Симмерса

<variant>Системная красная волчанка

<variant>Саркоидоз

<variant>СПИД

<question>Больной обратился с жалобами на лихорадку и появление на этом фоне быстро увеличивающегося в объеме подчелюстного лимфатического узла. Отмечается быстрый рост опухоли с распространением на слюнные железы, щитовидную железу и мягкие ткани. Гистологически выявлены незрелые лимфоидные клетки (лимфобласты) с типичным распределением хроматина в ядре в виде мелких зерен. Ваш диагноз:

<variant>Лимфома Беркитта

<variant>Болезнь Брилла-Симмерса

<variant>СПИД

<variant>Саркоидоз

<variant>Синдром Сезари

<question>Больной, 62 лет, болен в течение года: жалуется на слабость, увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов. Лимфатические узлы мягкие, безболезненные при пальпации. Анализ крови: Лейкоциты - 40*10⁹/л (э-1%, п-3%, с-15%, л-75%, м-6%). Для верификации диагноза необходимо провести:

<variant>стерильную пункцию

<variant>пункцию лимфатического узла

<variant>радиоизотопное исследование лимфосистемы

<variant>биопсию лимфатического узла

<variant>определение лейкоцитарной формулы крови

<question>Увеличение лимфатических узлов более чем в трех областях:

<variant>генерализованная лимфоаденопатия

<variant>локальная лимфоаденопатия

<variant>регионарная лимфоаденопатия

<variant>острая лимфоаденопатия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 70 из 85

<variant>хроническая лимфаденопатия

<question>Злокачественная опухоль, морфологическим субстратом которой являются клеточные элементы лимфоидного ряда, клинически характеризующаяся поражением лимфатических узлов и различных органов, лимфогенным и гематогенным метастазированием с лейкемизацией у 20% больных:

<variant>Лимфосаркома

<variant>Болезнь Брилла-Симмерса

<variant>Лимфома Беркитта

<variant>Лимфогранулематоз

<variant>Синдром Сезари

<question>Наиболее информативный метод диагностики лимфосаркомы в поликлинических условиях:

<variant>рентгенография грудной клетки

<variant>флюорографическое исследование

<variant>развернутый анализ крови

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<variant>компьютерная томография

<question>У больной 28 лет отмечается увеличение шейных лимфатических узлов, затем подмышечных и паховых до 1-2 см в диаметре, умеренной плотности. Цитологическая картина - лимфобластная гиперплазия с одиночными группами эпителиоидных клеток. Обнаружен *Toxoplasma gondii*. Диагноз:

<variant>Токсоплазмозный лимфаденит

<variant>Болезнь Брилла-Симмерса

<variant>Лимфома Беркитта

<variant>Лимфогранулематоз

<variant>Синдром Сезари

<question>У больного отмечается увеличение шейных лимфатических узлов. В начале лимфатические узлы были плотной консистенции, подвижны, пальпация безболезненна. Позже узлы объединились в пакеты. Лимфоузлы срослись с кожей, на спайках развилась флюктуация. На месте вскрывшегося гнояника появился свищ с гнойным содержимым, имеющим крошковатую консистенцию. При микроскопическом исследовании гнойного отделяемого выявлены палочки Коха. Ваш диагноз:

<variant>Туберкулезный лимфаденит

<variant>Болезнь Брилла-Симмерса

<variant>Лимфома Беркитта

<variant>Лимфогранулематоз

<variant>Синдром Сезари

<question>У больного В. на рентгенограмме легких выявлено увеличение внутригрудных лимфатических узлов, изменений в легочной ткани нет. Реакция Манту отрицательная. Диагноз:

<variant>Саркоидоз

<variant>Болезнь Брилла-Симмерса

<variant>Лимфома Беркитта

<variant>Лимфогранулематоз

<variant>Туберкулезный лимфаденит

<question>Больной 27 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, потливость, похудание, ощущение инородного тела в левой половине живота. Объективно: кожа и слизистые бледные, лимфоузлы не увеличены. Печень и селезенка увеличены, болезненные. В ОАК: Нв – 110 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, лейкоциты – $2,3 \times 10^9/л$, тромбоциты – $380 \times 10^9/л$, эозинофилы – 9%, промиелоциты – 2%, миелоциты – 22%, метамиелоциты – 20,5%, п/я – 15%, с/я – 12%, лимфоциты – 8,5%, СОЭ – 20 мм/час. Ваш предварительный диагноз:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 71 из 85

<variant>острый лейкоз

<variant>гипопластическая анемия

<variant>агранулоцитоз

<variant>инфекционный мононуклеоз

<variant>хронический миелолейкоз

<question>Мужчина 32 лет обратился с жалобами на длительное повышение температуры до 38,4 С и постепенное снижение до субфебрильных в вечернее время, сопровождающееся ознобами и проливными потами, боли в коленных суставах, сухой кашель, головные боли, слабость, недомогание. Из анамнеза: в течение 2-х лет работал чабаном. Анализ крови: лейкоциты $3,2 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты 56%, реакция Райта-Хеддльсона 1:200. ... тип лихорадки характерен для данного больного.

<variant>Волнообразный

<variant>Постоянный

<variant>Послабляющий

<variant>Интермиттирующий

<variant>Гектический

<question>На приеме мужчина с жалобами на лихорадку, выраженную потливость, боли в грудной клетке справа при глубоком вдохе, резкую слабость, одышку, кашель с «ржавой» мокротой. Аускультативно: в нижних отделах легких справа резко ослаблено везикулярное дыхание, крепитация. ЧДД 28 в 1 мин. На рентгенограмме: интенсивное затемнение в нижней доле правого легкого. Тип лихорадки характерен для данного больного.

<variant>Истошающий (гектический)

<variant>Послабляющий (ремитирующий)

<variant>Интермиттирующий

<variant>Обратный

<variant>Неправильный

<question>Больной Ю, 56-лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость, повышение температуры тела до 38 С, тянущие боли в поясничной области. В анамнезе хронический пиелонефрит. При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. АД -150/100мм.рт.ст. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. При исследовании мочи выявлены увеличение диуреза, снижение удельного веса, протеинурия, лейкоцитурия. При УЗИ почек выявлено выраженное уплотнение паренхимы, уменьшение размеров почки. Тактика врача предусматривает ...

<variant>Умеренное ограничение режима, трудоустройство

<variant>Активный режим с исключением переохлаждением

<variant>Значительное ограничение режима, трудоустройство

<variant>Ограничение занятий спортом, длительной ходьбой

<variant>Стационарное лечение

<question> Больной В, на приеме у семейного врача жалуется на тошноту, рвоту, которые появились внезапно сегодня утром. При осмотре у больного язык сухой, обложен, температура 37,7 С, при пальпации определяется болезненность живота и разлитое напряжение мышц передней брюшной стенки. АД 100/70 мм.рт.ст. ЧСС 97 в/мин. Врачебная тактика предусматривает ...

<variant>Экстренную доставку в хирургическое отделение

<variant>Назначение противорвотных и жаропонижающих препаратов

<variant>Тщательный осмотр и наблюдение за состоянием больного в условиях ПМСП

<variant>Наблюдение на дому, обеспечить холод, голод и покой, при сильных болях назначить анальгетик

<variant>Внутривенное капельное введение реополиглюкина до стабилизации состояния

<question>Больная 22 лет. вызвала на дом врача общей практики с жалобами на повышение температуры тела выше 38С градусов, озноб ,слабость, общее недомогание, ухудшение аппетита,

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 72 из 85

головную боль. Считает себя больной в течение недели, к врачу не обращалась, дома принимала жаропонижающие средства. Отмечает частое мочеиспускание, присоединились боли в правой поясничной области. Болезнь связывает с переохлаждением. Диагноз больного:

<variant>Острый пиелонефрит

<variant>Пневмония

<variant>Острый эндометрит

<variant>Острый цистит

<variant>ОРВИ

<question>На приеме подросток 17 лет, температура тела 37,6 С, с жалобами на мигрирующие боли в крупных суставах. Он считает, что заболевание началось около 3 недель назад, но из-за непостоянного характера боли он не спешил обращаться к врачу. Зимой и весной перенес три ангины и несколько раз болел ОРЗ. В настоящее время беспокоят боли в правом коленном и левом голеностопном суставах, кожа над ними слегка гиперемирована, отека, температура ее повышена, при движении определяется болезненность в суставах. На коже грудной клетки неяркие розовые пятна с просветлением в центре.

Диагноз больного:

<variant>болезнь Лайма

<variant>ревматический артрит

<variant>инфекционно-аллергический полиартрит

<variant>РА

<variant>склеродермия

<question>Больной 22 лет, спортсмен, поступил с жалобами на повышение температуры до 39 С с ознобами, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Болен около месяца. При осмотре: кожные покровы желтушные, бледные, петехиальные высыпания на ногах. В легких - небольшое количество влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина. Пульс - 106 уд/мин. АД - 120/40 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, болезненная при пальпации. Незначительные отеки голеней.

Предположительный диагноз:

<variant>инфекционный эндокардит

<variant>пневмония

<variant>цирроз печени

<variant>ревмокардит

<variant>миокардит

<question>У 35-летнего больного с длительной лихорадкой, устойчивой к пенициллину, с узловой эритемой, анемией (Hb 100 г/л, ц.п.0,8, ретикулоциты 12%), увеличением числа моноцитов до 20% следует в первую очередь можно предположить:

<variant>инфекционный мононуклеоз

<variant>туберкулез

<variant>лимфогранулематоз

<variant>аденовирусная инфекция

<variant>бруцеллез

<question>У больного, переболевшего две недели назад ангиной, появились следующие симптомы: дизурия, боли в пояснице, субфебрилитет, лейкоцитурия, бактериурия. У больного ...

<variant>обострение хронического пиелонефрита

<variant>обострение хронического гломерулонефрита

<variant>диэнцефальный синдром

<variant>гипертоническая болезнь

<variant>опухоль надпочечника.

<question>Больного 30 лет беспокоят повышение температуры тела 37,8С, боли мочеиспускании, боли в суставах. При аускультации в легких везикулярное дыхание. Тоны

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 73 из 85		

сердца ясные, ритм правильный. АД 120/75 мм.рт.ст. Пульс 76 в мин. В мазке из уретры обнаружены хламидии. Для длительного лечения больного назначаем:

<variant>тетрациклин

<variant>ампициллин

<variant>цефамезин

<variant>гентамицин

<variant>линкомицин

<question>Больной М., 76 лет поступил в отделение с жалобами на боли в поясничной области, лихорадку, дизурические явления, ранее неоднократно получал лечение по поводу вышеизложенных жалоб. В общем анализе мочи- относительная плотность 1007; белок 0,05 г/л, лейкоциты- 20-30 в поле зрения, эритроцитов нет, бактериурия-+++ . В крови: креатинин -0, 23 мкмоль/л. Предварительный диагноз:

<variant>хронический пиелонефрит

<variant>хронический гломерулонефрит

<variant>острый пиелонефрит

<variant>острый гломерулонефрит

<variant>острый цистит

<question>У больной с лихорадкой в серии анализов мочи обнаружены пиурия (50% лимфоцитов). Повторное бактериологическое исследование мочи не позволили выявить возбудитель. При УЗИ выявлено резкое расширение и уплотнение чашечно-лоханочной системы правой почки. Пиурию с отрицательным результатом бактериологического исследования обуславливает

<variant>туберкулез почки

<variant>острый гнойный нефрит

<variant>хламидиоз

<variant>гломерулонефрит

<variant>опухоль почки

<question>Женщина 35 лет жалуется на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание. 4 года назад после родов беспокоили боли в поясничной области, лихорадка, дизурия. Объективно: температура 37,3⁰С. Симптом поколачивания поясничной области положительный с обеих сторон. В крови: СОЭ – 25 мм/час, лейкоциты – 7,0x10⁹/л. Анализ мочи: уд. вес – 1010, белок – 0,24 г/л, лейкоциты – 50-70 в поле зрения, эритроциты – неизмененные и выщелоченные до 3-5 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эритроциты – 1050, лейкоциты – 25500. Вероятный диагноз:

<variant>Хронический пиелонефрит

<variant>Хронический гломерулонефрит

<variant>Амилоидоз почек

<variant>Поликистоз почек

<variant>Рак почки

<question>У больного 59 лет в течение месяца появилась безболевая макрогематурия с лихорадкой до 38⁰С. Лечился антибиотиками без эффекта. АД – 150/90 мм.рт.ст. В крови: Нв – 160 г/л, СОЭ – 57 мм/час. Вероятный диагноз:

<variant>Рак почки

<variant>Хронический гломерулонефрит

<variant>Мочекаменная болезнь

<variant>Обострение хронического тубулоинтерстициального нефрита

<variant>Туберкулез почек

<question>Больной Л., 32 лет с жалобами на боли в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 39 гр., озноб. Заболел неделю назад. Об-но: АД- 180/80 мм.рт.ст. Пульс-100 в мин. С-м поколачивания положителен справа. В крови: лейкоц-10,2 тыс., СОЭ-32 мм/ч. Ан.мочи: мутная, уд.вес-1018, белок-0,026 г/л, лейкоц- все п/зр. Клинический диагноз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 74 из 85		

<variant>острый правосторонний пиелонефрит

<variant>острый цистит

<variant>мочекаменная болезнь

<variant>обострение хронического тубулоинтерстициального нефрита

<variant>обострение хронического простатита

<question>Больной Д., 70 лет жалуется на сильные боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 39 гр., появление в моче червеобразных сгустков крови, похудание. С-м поколачивания положителен справа. В крови: эр-3,2 млн. Нв-100 г/л лейко-10 тыс. СОЭ-70 мм/ч. Ан. мочи: уд.вес-1012 белок-1,2 г/л лейко-5-6 в п/зр эр- 50 в п/зр.

Предварительный диагноз

<variant>опухоль почки

<variant>мочекаменная болезнь

<variant>поликистоз почек

<variant>туберкулез почек

<variant>амилоидоз почек

<question>Больная 32 лет жалуется на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание. 5 лет назад после родов беспокоили боли в поясничной области, лихорадка, дизурия. Объективно: температура 37⁰С, симптом поколачивания положителен с обеих сторон. В крови: лейко. – 6,1 тыс., СОЭ – 20 мм/час. Анализ мочи: уд. вес -1005, белок – 0,033 г/л, лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроциты - выщелоченные и неизмененные до 3- 5 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр. – 1000, лейко. – 20000, при окраске сафранином – клетки Штернгеймера-Мальбина. Вероятный диагноз

<variant>Пиелонефрит

<variant>Рак почки

<variant>Амилоидоз почек

<variant>Поликистоз почек

<variant>Гломерулонефрит

<question>Больной 32 лет поступил с жалобами на боли в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 39⁰С, озноб. Заболел неделю назад после переохлаждения. Объективно: АД-160/80 мм рт. ст. Пульс-90 в мин. Симптом поколачивания положителен справа. В крови: лейко.-10,2 тыс., СОЭ-32 мм/ч. Анализ мочи: мутная, отн.плотность-1018, белок-0,036 г/л, лейко. - сплошь в поле зрения. Целесообразно назначить:

<variant>Антибиотики

<variant>Аминохинолиновые соединения

<variant>Преднизолон

<variant>Нестероидные противовоспалительные препараты

<variant>Сульфанидамины

<question>Больной А. 1975 г.р., поступил с жалобами на умеренные, тянущие боли в области поясницы, повышение температуры тела до 37,6⁰С, частое мочеиспускание. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пастозность век. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 130/80мм рт. ст., ЧСС - 80 в 1 мин. ОАК: эритроциты - 3,5x10¹²/л, Нв - 130 г/л, L – 12x10⁹/л, СОЭ – 20 мм/ч. ОАМ: уд. вес. - 1012, белок - 0,066 г/л, L – 25 – 30 в п.зр., пл. эп. 6 -8 в п. зр., бактериурия. УЗИ почек: признаки хронического пиелонефрита. Определяются мелкие конкременты в обеих почках. Для назначения антибиотикотерапии необходимо провести следующий метод исследования:

<variant>Бактериологический посев мочи

<variant>Определение уровня креатинина в крови

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 75 из 85		

<variant>Определение уровня мочевины крови

<variant>Определение суточной потери белка

<variant>Пробу Реберга-Тареева

<question>Больная 32 лет, предъявляет жалобы на боли в поясничной области тянущего характера, отечность лица и нижних конечностей, повышение температуры тела до 38С. Заболела остро через 2 недели после перенесенной ангины. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Отеки в области лица, верхних и нижних конечностей тестоватой консистенции, теплые на ощупь. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД – 170/120мм. рт. ст. ОАК: эритроциты - $3,0 \times 10^{12}/л$, Hb - 96 г/л, L – $3,2 \times 10^9/л$, тромбоциты – $180 \times 10^9/л$, СОЭ – 45 мм/ч. ОАМ: уд. вес - 1020, белок - 3,1 г/л, L – 8-10 в п. зр., гиал. цилиндры - 12 в п/зр. БАК: креатинин – 105 мкмоль/л, мочевина – 8 ммоль/л, гамма глобулин - 25 %, СРБ ++. Согласно клиническим протоколам целесообразно назначить:

<variant>Глюкокортикоиды + антиагреганты + антикоагулянты

<variant>Диуретики + антибиотики

<variant>Уросептики + спазмолитики

<variant>Метаболики + диуретики

<variant>Антибиотики + антиагреганты + антикоагулянты

<question>Женщина 37 лет жалуется на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание. В анамнезе 5 лет назад после родов беспокоили боли в поясничной области, лихорадка, дизурия. Объективно: температура 37⁰С. Симптом поколачивания поясничной области положительный с обеих сторон. В крови: лейкоциты – $6,1 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час. Анализ мочи: уд. вес -1005, белок – 0,033 г/л, лейкоциты- 6-8 в п/з. Проба Нечипоренко: эритроциты – $1 \times 10^6/л$, лейкоциты – $6 \times 10^6/л$. Согласно клиническим протоколам целесообразно включить в программу лечения

<variant>Пенициллины

<variant>Линкозамины

<variant>Тетрациклины

<variant>Аминогликозиды

<variant>Нитрофураны

<question>Женщина 29 лет поступила с жалобами на боли в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 39⁰С, озноб. Заболела неделю назад после переохлаждения. Об-но: АД-160/80 мм рт. ст. Пульс- 90 в мин. Симптом поколачивания положителен справа. В крови: лейкоциты- $10,2 \times 10^9/л$, СОЭ-22 мм/ч. Анализ мочи: мутная, уд. вес- 1018, белок-0,066 г/л, лейкоциты – 10-12 в п/зр. Согласно клиническим протоколам в программу лечения целесообразно включить:

<variant>Антибиотики

<variant>Цитостатики

<variant>Антикоагулянты

<variant>Кортикостероиды

<variant>Аминохинолины

<question> Юноша 19 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,5⁰ С, озноб; боли в поясничной области, усиливающиеся при ходьбе; учащенное болезненное мочеиспускание. Объективно: напряжение мышц в поясничной области, резко положительный симптом поколачивания с обеих сторон. В крови: лейкоциты $15 \times 10^9/л$, СОЭ - 45 мм/ч. В моче: лейкоциты 15-17 в п/зр, эритроциты 1-2 в п/зр., белок – 0,04 г/л, бактерии ++. Ваш диагноз:

<variant>ТИН(тубулоинтерстициальный нефрит)

<variant>Амилоидоз

<variant>Нефролитиаз

<variant>Туберкулез почек

<variant>Гломерулонефрит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 76 из 85

<question>У мужчины 37 лет после переохлаждения появились боли в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 39С, озноб. Заболел неделю назад после переохлаждения. Об-но: АД-160/80 мм рт. ст. Пульс-85 в мин. Симптом поколачивания положителен справа. В анализе крови: лейко-10,2 тыс., СОЭ-40 мм/ч. В анализе мочи: мутная, уд. вес-1018, белок-0,036 г/л, лейкоциты - сплошь в п/зр. Согласно клиническим протоколам целесообразно назначение

<variant>Антибиотиков

<variant>Цитостатиков

<variant>Антикоагулянтов

<variant>Аминохинолонов

<variant>Кортикостероидов

<question>Больной, 68 лет жалуется на сильные боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38 гр., появление в моче червеобразных сгустков крови, похудание. С-м поколачивания положителен справа. В крови: эр-3,2 млн. Нв-100 г/л лейко-10 тыс. СОЭ-70 мм/ч. Ан. мочи: уд.вес-1012 белок-1,2 г/л лейко-5-6 в п/зр эр- 50 в п/зр. Следующий шаг в обследовании:

<variant>УЗИ почек

<variant>Компьютерная томография почек

<variant>Биопсия почек

<variant>Ангиография почек

<variant>Экскреторная урография

<question>У женщины 50 лет в ходе обследования по поводу длительной лихорадки выявлены наложения на клапанах сердца, напоминающие вегетации. Суточный диурез 1,2 л. При бактериологическом исследовании крови обнаружен St. aureus. Начато лечение ампиоксом внутривенно (безуспешно). Общий анализ крови: Нв – 98г/л, лейкоцитов 12х10⁹/л, СОЭ – 40 мм/час. Общий анализ мочи: УВ – 1,018, белок – 1,066г/л, эритроцитов 8-10, лейкоцитов 10-12 в поле зрения, лейкограмма – 50% лимфоцитов. Креатинин 150 мкмоль/л. СКФ 80 мл/минут. При бактериологическом исследовании мочи микрофлоры не обнаружено. Ваша дальнейшую тактика лабораторного исследования:

<variant>обнаружение антистрептолизина О

<variant>наличие стрептококков в моче

<variant>обнаружение стрептококков в крови

<variant>наличие стрептококков в биоптате почек

<variant>обнаружение стрептококков в мазке зева

<question>22-летняя женщина поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отеки, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 месяца назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4, пульс 100 в мин., АД 140/90 мм рт.ст., суставы отечные, болезненные. Отеки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: НВ 102 г/л, лейкоциты 3600, тромбоциты 118000, СОЭ 45 мм/час. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60-80 в поле зрения, лейкоциты 6-8 в поле зрения. Общий белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатинин 23мг%, холестерин 220мг%. Согласно клиническим протоколам целесообразно включить в лечение патогенетическую терапию:

<variant>пульс-терапия преднизолоном

<variant>Назначение преднизолона 60мг/сут, на фоне которого проводить пульс- терапию преднизолоном и циклофосфаном

<variant>Монотерапия преднизолоном 60 мг/сутки

<variant>регулярная терапия преднизолоном внутрь

<variant>пульс – терапия циклофосфамидом

<question>Больная 26 лет жалуется на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, дизурию. Объективно: температура 38С, симптом поколачивания положителен с обеих сторон. В

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		Стр. 77 из 85

крови: лейкоц. – 8,1 тыс., СОЭ – 20 мм/час. Анализ мочи: уд. вес -1005, белок – 0,033 г/л, лейкоциты 30-50 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр. – 1000, лейкоц. – 30000. Согласно клиническим протоколам надо начинать лечение с группы препаратов:

- <variant>Антибиотики
- <variant>Диуретики
- <variant>Глюкокортикоиды
- <variant>Цитостатики
- <variant>Метаболики

<question>Больной 25 лет жалуется на острые боли в области промежности, отдающие в крестец и поясничную область. Температура тела повышена до 39,5оС. Мочеиспускание затруднено, болезненно. Согласно клиническим протоколам в первую очередь целесообразно назначение:

- <variant>Спазмолитиков
- <variant>Уросептиков
- <variant>Антибиотиков
- <variant>Нестероидных противовоспалительных препаратов
- <variant>Глюкокортикостероидов

<question>Можно предположить ... у больной 62 лет, страдающей анемией Аддисона-Бирмера, у которой резко ухудшилось состояние, субфебрильная температура тела, резкая слабость, головокружение, спутанное сознание, головная боль. Анализ крови: Нв-50 г/л; Эр.- 1,09*10¹²/л; ЦП-1,3.

- <variant>гемолитический криз
- <variant>острую инфекцию
- <variant>рецидив болезни
- <variant>острую кровопотерю
- <variant>нарушение мозгового кровообращения

<question>К врачу обратилась больная 22 лет с жалобами на боли в голеностопных суставах, субфебрильную температуру, симметричные геморрагические высыпания на коже голени и бедер. Из анамнеза: заболела впервые, неделю назад перенесла вирусную инфекцию. Ваш предполагаемый диагноз:

- <variant>болезнь Шейнлейн-Геноха
- <variant>гемофилия
- <variant>болезнь Рандю-Осле
- <variant>острый лейкоз
- <variant>болезнь Верльгофа

<question>В лечении острой ревматической лихорадки кортикостероидные препараты показаны при ...

- <variant>высокой активности процесса
- <variant>умеренной активности процесса
- <variant>минимальной активности процесса
- <variant>рецидивирующем течении
- <variant>вялотекущем процессе

<question>У 57 летнего больного после обильного ужина ночью появились резкие боли в области большого пальца левой стопы, температура 38 С. При осмотре выявлена припухлость 1 плюсне-фалангового сустава, яркая гиперемия кожи вокруг него. Прикосновение к пальцу вызывает резкое усиление боли. План лечения для купирования острого подагрического артрита:

- <variant>НПВП
- <variant>антибактериальные препараты
- <variant>цитостатики

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 78 из 85

<variant>ингибиторы ксантиноксидазы

<variant>препараты золота

<question>Острое вирусное геморрагическое заболевание, передаваемое инфицированными комарами:

<variant>желтая лихорадка

<variant>лептоспироз

<variant>иерсиниоз

<variant>малярия

<variant>описторхоз

<question>Мера профилактики желтой лихорадки:

<variant>вакцинация

<variant>санпросветработа

<variant>диета

<variant>личная гигиена

<variant>отказ от вредных привычек

<question>Девочка, 15 лет, жалуется на повышение температуры тела 37,6 С, слабость, периодическое подергивание рук и головы, нарушение речи. При осмотре на икроножных мышцах – «кольцевидные» высыпания. В анализе крови -лейкоциты – 8,5 тыс, СОЭ – 29 мм/час. Ваш предварительный диагноз:

<variant>Острая ревматическая лихорадка

<variant>Системная красная волчанка

<variant>Височный артериит

<variant>Узелковый полиартериит

<variant>Неспецифический аортоартериит

<question>В амбулаторию обратилась больная с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39С в течение 3 месяцев с признаками аортального порока, тромбоза сосудов левой голени. 4 месяца назад перенесла двухстороннюю пневмонию, лечилась амбулаторно. Ваш предварительный диагноз:

<variant>бактериальный эндокардит

<variant>абсцесс печени

<variant>пиелонефрит

<variant>холангит

<variant>лимфогранулематоз

<question>Беременная женщина 20 лет обратилась к врачу ВОП с жалобами на наслаждения в поясничной области, учащенное мочеиспускание. 5 лет назад после родов беспокоили боли в поясничной области, лихорадка, дизурия. Объективно: температура 39⁰С, симптом поколачивания положителен с обеих сторон. В крови: лейкоциты – 10,1 тыс, СОЭ – 20 мм/час.. Анализ мочи: удельный. вес -1005, белок – 0,033 г/л, лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, в бак. посеве мочи выявлены хламидии. Согласно клиническому протоколу в данной ситуации нужно назначить:

<variant>джозамицин

<variant>азитромицин

<variant>кларитромицин

<variant>рокситромицин

<variant>мидекамицин

<question>Хруст в коленных суставах при движении и боли при ходьбе, проходящие в покое, неравномерное сужение суставных щелей и остеофиты характерны для

<variant>остеоартроз

<variant>подагры

<variant>ревматизма

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 79 из 85

<variant>ревматоидного артрита

<variant>узелкового периартериита

<question>45 - летний мужчина обратился с жалобами на сильные боли в правой стопе. Из анамнеза: накануне принимал алкоголь. Боль началась внезапно и локализовалась преимущественно в области 1-го плюснефалангового сустава. При осмотре: кожа над суставом большого пальца резко гиперемирована, горячая на ощупь, движения невозможны. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>подагрический артрит

<variant>реактивный артрит

<variant>синдром Рейтера

<variant>псориазический артрит

<variant>ревматический полиартрит

<question>Мужчина 45 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на сильную боль в правой стопе. Боль началась внезапно, около 6 ч. утра и локализовалась преимущественно 1-П плюснефаланговых суставах правой стопы. Кожа над суставами большого пальца резко гиперемирована, горячая на ощупь, отек распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Беспокоит слабость, температура тела 37,6 С, головная боль. Такое состояние возникло впервые в жизни. Вы подозреваете подагрическую атаку. Ваша диагностическая тактика:

<variant>анализ суточной мочи на мочевую кислоту

<variant>R-грамма стопы

<variant>определение ревматоидного фактора

<variant>пункции сустава

<variant>клинический анализ крови

<question>62 - летняя женщина обратилась к врачу общей практики с жалобами на боли в мелких суставах кистей, носящих механический характер, усиливающихся к вечеру. Объективно: деформация дистальных межфаланговых суставов, узелки Гебердена, Бушара. Данной больной следует назначить

<variant>нестероидные противовоспалительные средства

<variant>ангиопротекторы

<variant>кортикостероиды

<variant>антибиотики

<variant>спазмолитики

<question>27 - летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на боли в пястно-фаланговых и коленных суставах, припухлость этих суставов, ограничение движений в них. По утрам отмечает скованность в пораженных суставах до 12 часов дня. При осмотре: деформация пястно-фаланговых и коленных суставов. Анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 105 г/л, лейкоциты $12 \times 10^9/л$, СОЭ 36 мм/ч. Рентгенография кистей: признаки околосуставного остеопороза в области пястно-фалангового сустава, сужение суставной щели, множественные узурсы. Ваш диагноз:

<variant>РА, полиартрит, медленно прогрессирующее течение, II степень активности, РС III

<variant>РА, полиартрит, быстро прогрессирующее течение, степень активности III, РС I

<variant>РА, полиартрит, без заметного прогрессирования, I степень активности, РС II

<variant>РА, олигоартрит, медленно прогрессирующее течение, II степень активности, РС IV

<variant>РА, моноартрит, быстро прогрессирующее течение, III степень активности, РС III

<question>35 - летняя больная состоит на учете с диагнозом ревматоидный артрит в течение 15 лет. После перенесенной вирусной инфекции появился кашель с мокротой, усилились боли в суставах. Объективно: ульнарная девиация кистей, ревматоидные узелки. В легких дыхание жесткое, сухие хрипы. В крови: гемоглобин 102г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}$, лейкоциты $3,6 \times 10^9$, СОЭ 48 мм/ч. На рентгенограмме усиление легочного рисунка. Тактика лечения:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 80 из 85

<variant>назначение кортикостероидов

<variant>назначение цитостатиков

<variant>назначение препаратов золота

<variant>назначение антибиотиков

<variant>назначение препаратов аминокислотного ряда

<question>26 - летний мужчина жалуется на периодическое повышение температуры до 38,5С по несколько дней подряд, с 3-4-х дневным периодом нормальной температуры; головную боль, общую слабость, «стартовую боль» в коленных и голеностопных суставах, онемение конечностей. В крови: лейкоциты – 3,4 тыс, лимфоциты – 42%, СОЭ – 30 мм/час. На рентгенограммах обоих коленных суставов некоторое уплотнение субхондральных пластинок, краевые костные разрастания бугорков межмышечного возвышения. Тактика лечения:

<variant>назначение ципрофлоксацина

<variant>назначение цефтриаксона

<variant>назначение метронидазола

<variant>назначение ампициллина

<variant>назначение цефазолина

<question>16 - летний больной жалуется на боли в коленных, голеностопных, лучезапястных суставах, повышение температуры до 38 С, сердцебиение, сыпь на теле. Две недели назад перенес фарингит. Объективно: на коже - кольцевидная эритема. Суставы деформированы, горячие на ощупь, резко болезненны при движении. Границы сердца увеличены, тоны глухие. ЧСС-58 в минуту. В крови: эритроциты-5,2 млн., Нв-135 г/л, лейкоциты-18 тыс., СОЭ-35 мм/ч. Тактика лечения в данной ситуации:

<variant>амоксциллин + диклофенак + преднизолон

<variant>амоксциллин + диклофенак + гипотиазид

<variant>диклофенак + преднизолон + конкор

<variant>диклофенак + преднизолон + каптоприл

<variant>амоксциллин + диклофенак + дигоксин

<question>35 - летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на температуру тела до 38-39 С, летучие боли, опухание и ограничение движений в коленных, голеностопных, лучезапястных суставах, выраженную общую слабость, потерю в массе тела (7 кг за 6 месяцев). Объективно: полилимфаденит, гепатоспленомегалия. Рентгенограмма суставов – эпифизарный остеопороз, сужение суставных щелей. ОАК: лейкоциты - $3,6 \times 10^9/\text{л}$, с/я - 35%, лимфоциты 53%, СОЭ 44 мм/ч. СРБ - резко положительный, фибриноген 5,9 г/л. Ревматоидный фактор - положительный. В данном случае больной целесообразно назначение ...

<variant>метипреда 20 мг/сут

<variant>сульфасалазина 3 г/сут

<variant>преднизолона 60 мг/сут

<variant>метотрексата 120 мг/сут

<variant>циклофосфана 600 мг/нед

<question>Симметричное поражение крупных суставов с летучестью и быстрым обратным развитием процесса характерно для:

<variant>ревматического полиартрита

<variant>подагрического артрита

<variant>деформирующего остеоартроза

<variant>ревматоидного артрита

<variant>псевдоартрита

<question>Пациентка, страдающая ревматоидным артритом, в течение последних 2 лет получает метотрексат. В связи с желчно-каменной болезнью, она готовится к плановой операции. Ваша тактика в отношении лечения метотрексатом:

<variant>продолжить прием метотрексата

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 81 из 85		

- <variant>отменить препарат за 1 неделю до операции
- <variant>заменить метотрексат на преднизолон
- <variant>увеличить дозу метотрексата
- <variant>отменить препарат на 2-3 месяца
- <question>К характерным рентгенологическим признакам псориатического артрита следует отнести:
- <variant>остеолиз суставных поверхностей
- <variant>двусторонний сакроилеит
- <variant>остеофиты
- <variant>околосуставной остеопороз
- <variant>симметричные синдесмофиты
- <question>У 55 - летней больной с многолетним ревматоидным артритом отмечается фиброзный анкилоз коленных и голеностопных суставов. Определите степень трудоспособности:
- <variant>инвалидность II группы
- <variant>трудоспособна
- <variant>инвалидность I группы
- <variant>инвалидность III группы
- <variant>нетрудоспособна в течение нескольких дней
- <question>Определите трудоспособность больного 56 лет с двусторонним коксартрозом III-IV степени:
- <variant>инвалидность I группы
- <variant>трудоспособен
- <variant>инвалидность II группы
- <variant>инвалидность III группы
- <variant>нетрудоспособен в течение 2-3 дней
- <question>К основным признакам временной нетрудоспособности при остеоартрозе относят:
- <variant>синовит
- <variant>боль в суставе
- <variant>СОЭ – 25 мм/час
- <variant>хруст в суставе
- <variant>остеофиты суставных поверхностей при рентгенографии
- <question>При ревматоидном артрите основным признаком временной нетрудоспособности является:
- <variant>ускорение СОЭ более 40 мм/час
- <variant>НФС I степени
- <variant>наличие остеопороза при рентгенографии
- <variant>небольшая утренняя скованность по утрам
- <variant>умеренная анемия
- <question>Молодой мужчина 30 лет жалуется на боли в коленном суставе, повышение температуры до 38,5 С, скудные выделения из уретры, язвы в полости рта. Наблюдается инъеция сосудов склер. При осмотре коленного сустава отмечается припухлость, гиперемия с синюшным оттенком справа, ограничение движения в объеме. В ОАК нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ. В мазке из уретры обнаружены хламидии. Ваш диагноз:
- <variant>болезнь (синдром) Рейтера
- <variant>остеоартроз
- <variant>подагра
- <variant>ревматическая лихорадка
- <variant>ревматоидный артрит, суставная форма

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 82 из 85		

<question>У женщины 26 лет, в течение 6-ти месяцев после поездки на море, постепенно появились признаки полиартрита мелких суставов кистей рук, запястья. 2 месяца назад начали выпадать волосы, недавно появилась эритематозная сыпь на лице. Объективно: температура повышена до 38С, АД- 140/100 мм.рт.ст. В анализе мочи – протеинурия. Ваш предположительный диагноз:

<variant>системная красная волчанка

<variant>системная склеродермия

<variant>дерматомиозит

<variant>ревматоидный артрит

<variant>системный васкулит

<question>Симметричное поражение крупных суставов с легучестью и быстрым обратным развитием процесса характерно для

<variant>ревматического полиартрита

<variant>подагрического артрита

<variant>деформирующего остеоартроза

<variant>ревматоидного артрита

<variant>псевдоартрита

<question>Для какого артрита характерно острое начало, поражение 1 пальца стопы, багрово-синюшная окраска кожи, резкие боли, тофусы на голове?

<variant>подагрического

<variant>ревматоидного

<variant>туберкулезного

<variant>ревматического

<variant>деформирующего

<question>Критериями диагностики СКВ являются

<variant>Артрит без деформации

<variant>Прогрессирующее поражение суставов.

<variant>Дегенеративно-дистрофические изменения ткани суставного хряща

<variant>Фиброзно-склеротические изменения кожи и стромы внутренних органов.

<variant>Поражение сосудов микроциркуляторного русла.

<question>На приеме девочка 15 лет, температура тела 37,6 С, жалобы на мигрирующие боли в крупных суставах. Заболевание началось около трех недель назад, но из-за постоянно меняющихся жалоб к врачу не обращались. Из анамнеза: в течение года перенесла три ангины и несколько раз болела ОРЗ, практически не посещала школу. В настоящее время беспокоят боли в правом коленном и левом голеностопных суставах, кожа над ними слегка гиперемирована, отечна; горячие на ощупь, движения в суставах болезненны. На коже грудной клетки неяркие розовые пятна с просветлениями в центре. Ваш предварительный диагноз:

<variant>Ревматический артрит

<variant>Инфекционно-аллергический полиартрит

<variant>Болезнь Лайма

<variant>Ревматоидный артрит

<variant>Склеродермия

<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: больная 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>Ревматический артрит

<variant>Хондроматоз суставов

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 83 из 85		

<variant>Подагра

<question>Женщины 28 лет наблюдаются боли в коленных суставах с ограничением подвижности. Объективно: деформация коленных суставов, ограничение в пораженном суставе. Анализ крови: эрит. $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $9,0 \times 10^9/л$, общий белок 75г/л, СОЭ 27мм/ч. СРБ – (++) . R-графия суставов – признаки околосуставного остеопороза, сужение суставной щели. Базисная терапия данного заболевания может включать

<variant>Азатиоприн, метотрексат, кризано

<variant>Азатиоприн

<variant>Азатиоприн, метотрексат

<variant>Азатиоприн, метотрексат, циклоспорин

<variant>Азатиоприн, метотрексат, циклоспорин, преднизолон

<question>К семейному врачу обратился больной с жалобами на боли, скованность в грудном отделе позвоночника, крестцово-подвздошной области, продолжающиеся в течение 4-х месяцев, ограничение подвижности в поясничном отделе. Рентгенологическая картина предполагает

<variant>Нечеткость костных краев, периартикулярный склероз, анкилоз суставов

<variant>Образование костных мостиков в виде «бамбуковой палки»

<variant>Деструктивные изменения, квадратные, «обструганные позвонки»

<variant>Ассиметричные изменения периферических суставов

<variant>Анкилоз грудино-реберных, грудино-ключичных сочленений, грудино-реберных сочленений

<question>Больная У., 37, предъявляет жалобы на скованность во всех суставах в течение дня, повышение температуры тела до 37,5-38С, похудание, резкий отек и деформацию коленных суставов, побеление кончиков пальцев, сопровождающихся болью, периодические боли в мышцах. Болеет около года. Ухудшение состояния после 2-х родов, протекавших без осложнений. Объективно: Суставы кистей деформированы, припухшие, выраженный отек и деформация коленных суставов, движение в них ограничены, атрофия межкостных мышц, кистей. Патологии внутренних органов не найдено. Какой Ваш предварительный диагноз:

<variant>РА, суставная форма, полиартрит, активность III, МПТ

<variant>Системная склеродермия, хроническое течение, активность II.

<variant>СКВ, хроническое течение, активность III.

<variant>Смешанное заболевание соединительной ткани

<variant>Системный остеопороз, развившийся после беременности

<question>У больной диагностирована СКВ, подострое течение, активность II (дерматит, артрит, кардит, синдром Верльгофа, нефрит, симптоматическая АГ, ХПН₀). Как вариант патогенетического лечения ... применим в данной ситуации.

<variant>Пульс-терапия мега-дозами гормонов и цитостатика ежемесячно

<variant>Преднизолон в дозе 1мг/кг массы тела длительно

<variant>Преднизолон в дозе 0,5 мг/кг массы тела длительно

<variant>Пульс терапия мега дозами гормонов ежемесячно в сочетании с постоянным приемом преднизолона в дозе 1мг/кг массы тела

<variant>Назначение аминохинолиновых препаратов

<question>Ревматоидный артрит это -

<variant>Заболевание, характеризующееся симметричным эрозивным артритом периферических суставов

<variant>Заболевание, характеризующееся воспалением суставов связанных с образованием кристаллов мочевой кислоты

<variant>Заболевание, характеризующееся поражением всех компонентов сустава, в первую очередь хряща

<variant>Заболевание, характеризующееся поражением одного или нескольких суставов, конъюнктивитом, уретритом

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
044-79/22 Стр. 84 из 85		

<variant>Заболевание, характеризующееся поражением межфаланговых суставов кистей и признаками сакроилеита

<question>Мужчина 45 лет, обратился с жалобами на сильные боли в правой стопе. Из анамнеза: накануне принимал алкоголь. Боль началась внезапно и локализовалась преимущественно в области 1-го плюснефалангового сустава. При осмотре: кожа над суставом большого пальца резко гиперемирована, горячая на ощупь, движения невозможны. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>Подагра

<variant>Реактивный артрит

<variant>Синдром Рейтера

<variant>Псориаз

<variant>Ревматический полиартрит

<question>Больной 62 лет, обратился с жалобами на боли в правом коленном суставе, утреннюю скованность до 2 часов тугоподвижность сустава и хруст в нем при движении. Из анамнеза: заболевание началось 5 лет назад, появились боли в данном суставе. При осмотре: деформация правого коленного сустава, ограничение подвижности в пораженном суставе, припухлость, горячий на ощупь. Анализ крови: эрит. $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $9 \times 10^9/л$, общий белок 75 г/л, СОЭ 10 мм/ч. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>ДООА, вторичный гоноартроз, ФН II ст.

<variant>ДООА, первичный гоноартроз, ФН I ст.

<variant>ДООА, первичный олигоартроз, ФН II ст.

<variant>ДООА, вторичный гоноартроз, ФН III

<variant>ДООА, первичный коксоартроз, ФН II ст.

<question>Больная первичным остеоартрозом жалуется на внезапно возникшую полную невозможность движения в правом коленном суставе. Больна остеоартрозом в течение 15 лет. Травмы в анамнезе отрицает. Вероятная причина блокады сустава:

<variant>«суставная мышь»

<variant>реактивный синовит

<variant>внутрисуставной перелом

<variant>нереактивный синовит

<variant>внесуставной перелом

<question>Больную 62 лет последние 2 года беспокоят боли в коленных суставах, больше в правом, возникающие при ходьбе, усиливающиеся при спуске с лестницы. При осмотре правый коленный сустав несколько увеличен в размере за счет выпота. Кожа над ним теплее, чем над левым коленным суставом. При Р-графии коленных суставов выявляется остеофитоз, одинаково выраженный с обеих сторон. Назологический диагноз больного:

<variant>остеоартроз с вторичным синовитом

<variant>псориатический артрит

<variant>подагра

<variant>болезнь Рейтера

<variant>болезнь Бехтерева.

<question>Рентгенологическую картину остеоартроза составляет:

<variant>остеофитоз

<variant>сужение суставной щели

<variant>множественные эрозии суставных поверхностей

<variant>остеопороз

<variant>остеосклероз.

<question>У больной 45 лет наблюдается синдром Рейно вплоть до некротических изменений пальцев, нарушение глотания, легочная гипертензия, затрудненное сгибание пальцев рук, уплотнение кожи в области кистей, укорочение пальцев за счет лизиса фаланг. Диагноз больного:

<variant>системная склеродермия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 2 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая терапия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 85 из 85

<variant>тромбангиит Бюргера

<variant>СКВ

<variant>ревматоидный артрит

<variant>узелковый периартериит

<question>Причина вызова врача на дом к мужчине 55 лет - сильная боль в правой стопе.

Выясняется, что накануне он был в гостях, на дне рождения друга, где были шашлыки и красное вино в большом количестве. Боль началась внезапно, около 6 ч. утра и локализовалась преимущественно 1-П плюснефаланговых суставов правой стопы. Кожа над суставом большого пальца резко гиперемизирована, горячая на ощупь, отек распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Беспокоит слабость, температура тела 37,6 С, головная боль. Такое состояние возникло впервые в жизни. Вы подозреваете подагрическую атаку. Ваша диагностическая тактика:

<variant>анализ суточной мочи на мочевую кислоту

<variant>пункции сустава

<variant>клинический анализ крови

<variant>R-грамма стопы

<variant>определение ревматоидного фактора

<question>Больной К, в течение 5 лет страдает ревматоидным артритом. Принимает индометацин в дозе 25 мг 3 раза в сутки, метотрексат в дозе 7,5 мг/нед. Общий анализ крови: Нb 92 г/л, эритроцитов $3 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитов $6,8 \cdot 10^9/л$, СОЭ 48 мм/ч. Концентрации сывороточного железа и трансферрина снижены. Реакция Григгера отрицательная. Причиной анемии является:

<variant>последствия ревматоидного воспаления

<variant>скрытое желудочно-кишечное кровотечение на фоне НПВС-ассоциированной гастропатии

<variant>фолиеводефицит на фоне метотрексата

<variant>гипопластика

<variant>гемолиз

<question>Рентгенологический признак суставной патологии у больных с ревматоидным артритом:

<variant>краевые костные эрозии эпифизов

<variant>остеолиз дистальных фаланг пальцев

<variant>подхрящевой остеосклероз, остеофиты

<variant>деструктивный артроз, «пробойники»

<variant>сacroилеит, кальцификация связок позвоночника

<question>У больного 45 лет, злоупотребляющего алкоголем, тучного телосложения после очередного застолья возник острый артрит плюснефалангового сустава большого пальца левой стопы. Информативное исследование в данном случае:

<variant>мочевая кислота

<variant>волчаночные клетки

<variant>реакция Райта – Хеддельсона

<variant>ревматоидный фактор

<variant>стрептококковые антитела