

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		1стр. из 87

КОНТРОЛЬНО – ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 1,2

Название дисциплины: «Пропедевтика внутренних болезней»

Код дисциплины: PVB 2219

Название ОП: 6B10117 «Стоматология»

Объем учебных часов/кредитов: 120 ч. / 4 кредит

Курс и семестр изучения: 3 курс, VI семестр

Шымкент, 2025 ж.



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

Протокол: № 11 « 26 » 06, 2025г.

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

Бекмурзаева Э.К.

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>3стр. из 87</p>

Рубежный контроля №1:

1. Задание для демонстрации практических навыков.

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

2. Заполнение учебной истории болезни.

Форма заполнения прилагается в библиотечном фонде кафедры и академии.

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Профпедагогика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		4стр. из 87

3. Тестовые задания:

<question>Неблагоприятным признакам нестабильной стенокардии относятся:

- <variant>депрессия сегмента ST менее 1 мм
- <variant>длительность ангинозного приступа более 20 мин
- <variant>депрессия сегмента ST более 1 мм
- <variant>нестабильная гемодинамика (низкое АД, лабильный пульс)
- <variant>повышение содержания МВ-фракции КФК

<question>Оптимальная концентрация холестерина в крови:

- <variant>5 ммоль/л
- <variant>6 ммоль/л
- <variant>7 ммоль/л
- <variant>6,5 ммоль/л
- <variant>9-5,5 ммоль/л

<question>Типичная локализация болей при ишемической болезни сердца:

- <variant>за грудиной
- <variant>в области верхушки сердца
- <variant>в области правого подреберья
- <variant>в левой половине грудной клетки
- <variant>в правой половине грудной клетки

<question>Нитроглицерином купируется боль при:

- <variant>приступе стенокардии
- <variant>инфаркте миокарда
- <variant>перикардите
- <variant>миокардите
- <variant>кардионеврозе

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

- <variant>стенозе двухстворчатого клапана
- <variant>стенозе трехстворчатого клапана
- <variant>стенозе устья легочной артерии
- <variant>стенозе устья аорты
- <variant>дефекте межпредсердной перегородки

<question>Выберите признаки застоя в малом круге кровообращения:

- <variant>приступы, сердечной астмы
- <variant>головная боль
- <variant>пневмоторакс
- <variant>кашель в вертикальном положении
- <variant>рвота

<question>К признакам застоя в большом круге кровообращения относятся:

- <variant>асцит
- <variant>перикардит
- <variant>отеки на лице
- <variant>пневмоторакс
- <variant>кровохарканье

<question>Систолической шум при аортальном стенозе лучше всего проводится:

- <variant>на сосуды шеи
- <variant>в точке Боткина – Эрба
- <variant>на верхушку сердца

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>47 / 11-2025 5стр. из 87</p>

<variant>на яремные вены

<variant>в подмышечную область

<question>Функциональный шум относительной недостаточности клапана легочной артерии является:

<variant> диастолическим шумом

<variant> систоло-диастолическим шумом

<variant> пресистолическим шумом

<variant> протодиастолическим шумом

<variant> систолическим шумом

<question>В понятие острый коронарный синдром входит:

<variant>инфаркт миокарда с патологическим зубцом Q

<variant>снижение сегмента ST на ЭКГ

<variant>уширение комплекса QRS на ЭКГ

<variant>наличие на ЭКГ отрицательного зубца T

<variant>стабильная стенокардия

<question>Ишемическая болезнь сердца характеризуется:

<variant>нарушением равновесия между коронарным кровотоком и потребностями миокарда

<variant>поражением околосердечной сумки

<variant>гипертрофией миокарда

<variant>отрывом сосочковой мышцы

<variant>поражением эндокарда

<question>Приступ стенокардии могут спровоцировать:

<variant>воздействие холода, психоэмоциональное напряжение

<variant>прием пищи, обогащенной витаминами

<variant>резкие запахи

<variant>острые респираторные вирусные инфекции

<variant>частые ангины

<question>Характеристика боли при стенокардии:

<variant>загрудинная боль в момент физической нагрузки, купирование боли нитроглицерином

<variant>боль при глубоком вдохе в грудной клетке слева

<variant>загрудинная боль длительностью 3-4 часа

<variant>боль, связанная с приемом пищи

<variant>боль в левой половине груди при повороте туловища

<question>Необратимые факторы риска при ишемической болезни сердца:

<variant>возраст 40-50 лет и старше

<variant>ожирение

<variant>курение

<variant>женский пол

<variant>переедание

<question>Патологические процессы, происходящие в сердечной мышце при инфаркте миокарда:

<variant>зона ишемии, участок некроза

<variant>фибриноидное набухание

<variant>гиалиноз

<variant>гиперестезии

<variant>мукоидное набухание

<question>Причиной мерцательной аритмии является:

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>бстр. из 87</p>

<variant>ишемическая болезнь сердца, митральный стеноз

<variant>нейроциркуляторная дистония

<variant>перикардит

<variant>миокардит

<variant>инфекционный эндокардит

<question>Лицо Корвизара характерно для больных :

<variant>с сердечной недостаточностью

<variant>с почечной недостаточностью

<variant>с печеночной недостаточностью

<variant>с акромегалией

<variant>с дыхательной недостаточностью

<question>Симптом Мюссе характерен для:

<variant>недостаточности аортального клапана

<variant>стеноза аортального клапана

<variant>митрального стеноза

<variant>недостаточности митрального клапана

<variant>недостаточности легочного ствола

<question>При остром инфаркте миокарда зоне некроза соответствует изменение ЭКГ:

<variant>глубокий и широкий зубец Q

<variant>депрессия сегмента RS–T

<variant>подъем сегмента RS–T

<variant>глубокий отрицательный зубец T

<variant>уменьшение амплитуды зубца R

<question>Для I стадии гипертонической болезни характерно:

<variant>отсутствие изменений сосудов сетчатки глаза

<variant>наличие признаков гипертрофии левого желудочка

<variant>наличие протеинурии

<variant>повышенный уровень креатинина

<variant>наличие атеросклеротических бляшек в крупных артериях

<question>Характерным ЭКГ-признаком сердечной недостаточности является:

<variant>признаки гипертрофии отделов сердца

<variant>синусовая брадикардия

<variant>блокады сердца

<variant>признаки гипотрофии отделов сердца

<variant>экстрасистолия

<question>Перегрузка левого желудочка объемом крови развивается при:

<variant> недостаточности аортального клапана

<variant> стенозе митрального отверстия

<variant> незаращении овального отверстия

<variant> стенозе аортального отверстия

<variant> тетраде Фалло

<question>Перегрузка левого желудочка систолическим давлением развивается при:

<variant>стенозе аортального отверстия

<variant>недостаточности аортального клапана

<variant>стенозе митрального отверстия

<variant>недостаточности митрального клапана

<variant>тетраде Фалло

<question>Объективный метод исследования больных:

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>47 / 11-2025 7стр. из 87</p>

<variant>осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация

<variant>расспрос, пальпация, перкуссия

<variant>расспрос, аускультация, перкуссия

<variant>расспрос, осмотр, пальпация

<variant>расспрос, пальпация, перкуссия

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

<variant>УЗДГ почечных артерий

<variant>УЗИ почек

<variant>обзорная R-графия органов грудной клетки

<variant>глазное дно

<variant>экскреторная урография

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

<variant>Стенозе устья аорты

<variant>Недостаточности аортального клапана

<variant>Митральном стенозе

<variant>Митральной недостаточности

<variant>Коарктации аорты

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

<variant>хлопающий 1 тон

<variant>ритм перепела

<variant>акцент 2 тона на легочной артерии

<variant>диастолический шум на верхушке

<variant>раздвоение 2 тона на верхушке

<question>Отдел образующий абсолютную тупость сердца:

<variant>левый желудочек

<variant>левое предсердие и желудочек

<variant>правый желудочек

<variant>правым предсердием

<variant>правое предсердие и желудочек

<question>Нормальная граница относительной сердечной тупости справа располагается:

<variant>на 1 – 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье

<variant>на 2,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье

<variant>на правому краю грудины

<variant>по левому краю грудины в 4 межреберье

<variant>на 3,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье

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

<variant>миокардите

<variant>брюшном тифе

<variant>сердечной недостаточности

<variant>слипчивом перикардите

<variant>инфаркте миокарда

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

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		8стр. из 87

<variant>1 тон сердца

<variant>11 тон сердца

<variant>111 тон сердца

<variant>1 У тон сердца

<variant>11, 111, 1 У тоны сердца

<question>Место аускультации 3-х створчатого клапана:

<variant>у основания мечевидного отростка справа

<variant>у верхушки сердца

<variant>на середине грудины на уровне 3 ребер

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

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

<question>Расположение точки Боткина – Эрба:

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

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

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

<variant>у основания мечевидного отростка

<variant>у верхушки сердца

<question>Ритм «перепела» выявляется при:

<variant>митральном стенозе

<variant>аортальном стенозе

<variant>аортальной недостаточности

<variant>трехстворчатой недостаточности

<variant>митральной недостаточности

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

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

<variant>усилением 3 тона

<variant>блокадой одной из ножек пучка Гисса

<variant>десинхронизацией деятельности правой и левой половин сердца

<variant>нарушением внутри желудочковой проводимости

<question>Первое стандартное отведение ЭКГ – осуществляется наложением электродов на:

<variant>оба предплечья

<variant>левую руку и левую ногу

<variant>правую руку и левую ногу

<variant>левую руку и правую ногу

<variant>правую руку и правую ногу

<question>Деполяризацию предсердий отражает:

<variant>зубец Р

<variant>нисходящая зубец Р

<variant>комплекс QRS

<variant>восходящая часть зубец Р

<variant>зубец Т

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

<variant>ревматизма

<variant>атеросклероза

<variant>системной красной волчанки

<variant>врожденной аномалии развития

<variant>бактериального эндокардита

<question>Чувствительный показатель, показывающий степень бронхиальной обструкции:

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		9стр. из 87

<variant> снижение ОФВ1 и ФЖЕЛ

<variant> снижение ЖЕЛ

<variant> снижение ФЖЕЛ

<variant> снижение ЖЕЛ и ОФВ1

<variant> снижение остаточной емкости легких

<question> Основным клиническим признаком по клиническому протоколу нефротического синдрома является:

<variant> отёки

<variant> повышение АД

<variant> сердцебиение

<variant> дизурия

<variant> лихорадка

<question> Дизурия:

<variant> частое болезненное и затрудненное мочеиспускание

<variant> частое мочеиспускание

<variant> болезненное мочеиспускание

<variant> увеличение суточного количества мочи

<variant> уменьшение суточного количества мочи

<question> Полиурия:

<variant> выделение более 2-х литров мочи

<variant> мочится преимущественно в ночное время

<variant> выделение жидкости больше, чем выпитой

<variant> болезненное мочеиспускание

<variant> определение белка в моче

<question> Поллакиурия :

<variant> учащенное мочеиспускание

<variant> болезненное мочеиспускание

<variant> редкое мочеиспускание

<variant> прекращение мочеиспускание

<variant> мочеиспускание малыми порциями

<question> Никтурия :

<variant> преобладание ночного диуреза над дневным

<variant> преобладание дневного диуреза

<variant> учащенное мочеиспускание

<variant> болезненное мочеиспускание

<variant> учащенное болезненное мочеиспускание

<question> Фруктовый запах (или запах гниющих яблок) характерен для мочи, содержащей :

<variant> ураты

<variant> кетоновые тела

<variant> большое количества белка

<variant> лейкоциты

<variant> кровь

<question> Полиурия характерна для больных :

<variant> с сахарным диабетом

<variant> с усиленным потоотделением

<variant> с профузным поносом

<variant> с сердечной декомпенсацией

<variant> находящихся в сухом жарком помещении

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		

47 / 11-2025
10стр. из 87

<question> Основная причина истинной лейкоцитурии :

<variant> воспаление чашечно-лоханочной системы почек

<variant> воспалительные заболевания придатков

<variant> воспаление предстательной железы

<variant> воспалительные заболевания матки

<variant> воспалительные заболевания мочевого пузыря

<question> Гематурия характерны для:

<variant> гломерулонефрита

<variant> цистита

<variant> пиелонефрита

<variant> уретрита

<variant> воспалительного заболевания мочевого пузыря

<question> Содержание лейкоцитов в моче подлежит к подсчету при:

<variant> пиурии

<variant> лейкоцитурии

<variant> гиперлейкоцитурии

<variant> лейкоцитозе

<variant> цистите

<question> Пациент, 36 лет, поступил с жалобами на отеки лица, головную боль, снижение количества мочи, окрашенной в темный цвет. Из анамнеза: 2 недели назад перенес ангину.

При обследовании: АД 170/100 мм рт. ст., белок в моче 3,5 г/л, эритроциты в большом количестве. Укажите осложнение при быстро прогрессирующем гломерулонефрите:

<variant> острая почечная недостаточность

<variant> артериальная гипертензия

<variant> отек легких

<variant> сердечная недостаточность

<variant> дыхательная недостаточность

<question> Укажите морфологический признак характерный для мембранозного гломерулонефрита:

<variant> Утолщение базальной мембраны

<variant> Пролиферация мезангиальных клеток

<variant> увеличение размеров почек

<variant> Уменьшение объема клубочка

<variant> Увеличение ЧЛС

<question> Укажите тип гломерулонефрита характерный образование полулуний в клубочках:

<variant> Быстро прогрессирующий

<variant> Постинфекционный

<variant> Мембранозный

<variant> Фокально-сегментарный

<variant> Правосторонний

<question> Мужчина 25 лет поступил с жалобами на выраженные отеки, снижение суточного диуреза, головную боль, одышку. В биохимическом анализе крови: общий белок 48 г/л, альбумины 20 г/л, холестерин 8,9 ммоль/л. В общем анализе мочи: белок 5,5 г/л, эритроциты 8-10 в п/зр, гиалиновые и зернистые цилиндры. АД 120/80 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз:

<variant> нефротический синдром

<variant> острый гломерулонефрит

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		11 стр. из 87

<variant> системная красная волчанка

<variant> гипертоническая болезнь

<variant> хронический пиелонефрит

<question> Пациент 22 лет поступил с жалобами на выраженные отеки, повышение артериального давления, уменьшение количества мочи, слабость. АД 170/110 мм рт. ст. В биохимическом анализе крови: креатинин 620 мкмоль/л, мочевины 25 ммоль/л, калий 5,8 ммоль/л. В общем анализе мочи: эритроциты 30-40 в п/зр, белок 4,6 г/л, зернистые цилиндры. Биопсия почки: полулуния в более чем 70% клубочков. Укажите тип гломерулонефрита у пациента:

<variant> быстро прогрессирующий гломерулонефрит

<variant> мембранопротролиферативный гломерулонефрит

<variant> минимальные изменения

<variant> ФІgA-нефропатия

<variant> фокально-сегментарный гломерулосклероз

<question> Мужчина 27 лет, поступил с жалобами на отеки, повышение артериального давления. В анамнезе - недавно перенесенная кожная инфекция. Биохимическом анализе крови: креатинин 170 мкмоль/л, снижение комплемента С3. В общем анализе мочи: белок 3,0 г/л, эритроциты 20-30 в п/зр. Биопсия почки: выраженные субэпителиальные "горбы" (humps) на электронно-микроскопическом исследовании. Ваш предварительный диагноз:

<variant> Острый постстрептококковый гломерулонефрит

<variant> Синдром Гудпасчера

<variant> Волчаночный нефрит

<variant> Болезнь минимальных изменений

<variant> Тромботическая микроангиопатия

<question> Пациентка 21 лет с хроническим пиелонефритом жалуется на ухудшение состояния: боли в пояснице, слабость, потерю веса. В биохимическом анализе крови: повышение креатинина и мочевины. В общем анализе мочи: плотность 1.008, лейкоциты 20-30 в поле зрения, бактериурия (+++). УЗИ: сморщивание одной из почек. Ваш предварительный диагноз:

<variant> хроническая болезнь почек

<variant> острая почечная недостаточность

<variant> гидронефроз

<variant> поликистоз почек

<variant> почечная артериальная гипертензия

<question> Выберите основной клинический симптом характерный для нефритического синдрома:

<variant> артериальная гипертензия

<variant> гиперлипидемия

<variant> гипергликемия

<variant> гипогликемия

<variant> никтурия

<question> Укажите повышенный лабораторный показатель при нефритическом синдроме:

<variant> креатинин и мочевины

<variant> альбумин

<variant> глюкоза

<variant> натрий

<variant> калий

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		12стр. из 87

<question> Пациент 25 лет обратился в поликлинику с жалобами на снижение аппетита, кожный зуд, частые ночные позывы к мочеиспусканию, слабость. В последние две недели отмечает повышение артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) Из анамнеза: гипертоническая болезнь более 15 лет. Общий анализ мочи: протеинурия 2,6 г/сут, изостенурия, микрогематурия. Биохимический анализ крови: креатинин – 440 мкмоль/л, мочевины – 16 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз:

- <variant> хроническая почечная недостаточность
- <variant> острый гломерулонефрит
- <variant> нефротический синдром
- <variant> острый тубулоинтерстициальный нефрит
- <variant> поликистоз почек

<question> Пациент 26 лет обратился с жалобами на сильную слабость, снижение аппетита, кожный зуд, частые ночные позывы к мочеиспусканию. В последние две недели отмечает повышение артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) Из анамнеза: гипертоническая болезнь более 15 лет. Общий анализ мочи: протеинурия 2,6 г/сут, изостенурия, микрогематурия. Биохимический анализ крови: креатинин – 450 мкмоль/л, мочевины – 18 ммоль/л, калий – 5,6 ммоль/л.

- <variant> хроническая почечная недостаточность
- <variant> острый гломерулонефрит
- <variant> нефротический синдром
- <variant> острый тубулоинтерстициальный нефрит
- <variant> поликистоз почек

<question> Пациентка, 30 лет, обратилась с жалобами на боли в поясничной области, повышение температуры тела до 38,5 °С, слабость, частое и болезненное мочеиспускание. В анализе мочи лейкоциты 5-6 п/з, следы белка, бактерий++. Ваш предварительный диагноз?

- <variant> острый пиелонефрит
- <variant> гломерулонефрит
- <variant> цистит
- <variant> уrolитиаз
- <variant> острый аппендицит

<question> Женщина, 45 лет, с хроническим пиелонефритом обращается с жалобами на рецидивирующую боль в поясничной области и усталость. Выберите обследование для оценки состояния функции почек:

- <variant> сцинтиграфия почек
- <variant> цистоскопия
- <variant> анализ мочи по Нечипоренко
- <variant> общий анализ крови
- <variant> экскреторная урография

<question> Пациентка, 32 года, поступила с жалобами на боли в поясничной области, высокую температуру (до 39°С), озноб, частое болезненное мочеиспускание. В общем анализе мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактерии (+++), белок 0,5 г/л. Укажите необходимое обследование для уточнения причины пиелонефрита:

- <variant> бактериологический посев мочи
- <variant> анализ мочи по Зимницкому
- <variant> общий анализ крови
- <variant> МРТ поясничного отдела позвоночника
- <variant> анализ мочи по Реберга

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		13стр. из 87

<question> Женщина, 40 лет, поступил с жалобами на боль в поясничной области, высокую температуру и озноб. Врач поставил предварительный диагноз- острый пиелонефрит.

Укажите повышенные лабораторные показатели в общем анализе крови в данном случае:

<variant> лейкоциты и СОЭ

<variant> тромбоциты

<variant> гемоглобин

<variant> креатинин и мочевины

<variant> амилаза

<question> Мужчина, 52 года, болеет хроническим пиелонефритом в течение нескольких лет, жалуется на ухудшение состояния. УЗИ показывает уменьшение размеров почки, утолщение чашечно-лоханочной системы и деформацию чашечек. Укажите осложнение хронического пиелонефрита в данном случае:

<variant> почечная недостаточность

<variant> гипертонический криз

<variant> эссенциальная гипертония

<variant> туберкулез почек

<variant> гидронефроз

<question> Пациентка, 37 года, с рецидивирующим пиелонефритом отмечает появление выраженного ночного диуреза, усталость и кожный зуд. Анализ крови: креатинин 280 мкмоль/л, мочевины 15 ммоль/л. В анализе мочи: относительная плотность 1.010, лейкоциты 10–15 в поле зрения. Ваш предварительный диагноз:

<variant> хроническая почечная недостаточность

<variant> острая почечная недостаточность

<variant> обострение пиелонефрита

<variant> нефротический синдром

<variant> гломерулонефрит

<question> Мужчина, 48 лет, обратился с жалобами на повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст., головные боли, общую слабость и снижение переносимости физических нагрузок. В анамнезе: диагностирован хронический пиелонефрит. На осмотре: выраженные отеки отсутствуют, пульс 82 уд/мин. Биохимический анализ: креатинин -150 мкмоль/л, мочевины - 10,5 ммоль/л, гиперкалиемии нет. УЗИ почек: правая почка уменьшена до 8,5 см, паренхима истончена; левая почка без изменений. Укажите причину развития гипертонии у данного пациента:

<variant> ренопаренхиматозная гипертония

<variant> эндокринная гипертония (феохромоцитома)

<variant> реноваскулярная гипертония

<variant> первичная артериальная гипертония

<variant> гипертония на фоне гиперальдостеронизма

<question> Пациент 70 лет, страдает сахарным диабетом 2 типа. На фоне повышенного артериального давления появились отеки, протеинурия 3 г/сут, уровень креатинина 250 мкмоль/л. Укажите осложнение сахарного диабета:

<variant> диабетическая нефропатия

<variant> диабетический кетоацидоз

<variant> острый пиелонефрит

<variant> гломерулонефрит

<variant> хроническая сердечная недостаточность

<question> Пациентка, 65 лет, поступила с жалобами на головную боль, отеки и слабость. Биохимический анализ крови: уровень креатинина -550 мкмоль/л, мочевины -25

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		14стр. из 87

ммоль/л. Страдает гипертонией и хронической болезнью почек. Ваш предварительный диагноз:

- <variant> хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия
- <variant> острая почечная недостаточность
- <variant> хроническая болезнь почек, стадия 3
- <variant> гломерулонефрит
- <variant> реноваскулярная гипертензия

<question>Для геморрагического инсульта, в спинномозговой жидкости характерно наличие:

- <variant> наличие эритроцитов
- <variant> снижение уровня глюкозы
- <variant> повышение уровня глюкозы
- <variant> наличие лейкоцитов
- <variant> наличие нейтрофилов

<question>Оптимальным временем госпитализации больного с подозрением на инсульт в сосудистый центр считаются первые ... от возникновения симптомов заболевания.

- <variant> 3-6 часов
- <variant> 12-18 часов
- <variant> 6-9 часов
- <variant> 9-12 часов
- <variant> 4-6 часов

<question> В острейшем периоде ишемического инсульта предусматривается проведение

- <variant> теста на глотание
- <variant> теста шестиминутной ходьбы
- <variant> теста на наличие когнитивных нарушений
- <variant> тредмил-теста
- <variant> электрофореза лидокаина

<question>Назовите распад всех компонентов речи вследствие поражения корковых речевых зон:

- <variant> Афазия
- <variant> Алалия
- <variant> Дизартрия
- <variant> Мутизм
- <variant> Аутизм

<question>Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние:

- <variant> обычно начинается с интенсивной головной боли
- <variant> возникает преимущественно в пожилом возрасте
- <variant> имеет хроническое течение
- <variant> часто вызвано разрывом внутричерепной аневризмы
- <variant> может осложняться ишемическим инсультом

<question>Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является

- <variant> менингеальный синдром
- <variant> утрата сознания
- <variant> зрачковые расстройства
- <variant> нистагм
- <variant> двусторонние пирамидные патологические знаки

<question>Пациент с хроническим панкреатитом в течение 15 лет. Простой способ обнаружить кальциноз поджелудочной железы ...

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		15стр. из 87

<variant>рентгенография

<variant>лапароскопия

<variant> лапаротомия

<variant>ирригоскопия

<variant>холангиография

<question>Больной К., на приеме семейный врач поставил диагноз "впервые выявленная язва 12-перстной кишки". Ведущий метод исследования больного . . .

<variant>ФГДС с биопсией

<variant>общий анализ крови

<variant>анализ желудочного сока

<variant>анализ кала на скрытую кровь

<variant>дуоденальное зондирование

<question>Укажите симптомы, характерные для экзокринной дисфункции поджелудочной железы:

<variant>похудение, креаторея, стеаторея

<variant>сухая кожа

<variant>гипергликемия

<variant>расширение вен передней брюшной стенки

<variant>почечно-печеночная недостаточность

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

<variant>Куссмауль

<variant>Г.А. Захарьин

<variant>Р.Лаеннек

<variant>Л. Ауэнбруггер

<variant>Эйнтховен

<question>Нормальные величины Тошчаковой (1) порции желудочного сока:

<variant>до 50 мл, общая кислотность 20 ТЕ

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

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

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

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

<question>Нормальные параметры желудочной секреций после пробного завтрака:

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

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

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

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

<variant>на фоне гипоцекеции, выявляется присутствие молочной кислоты

<question>Состоянии гипосекреции и гипоацидности желудочного сока:

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

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

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

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

<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты

<question>Состоянии гиперсекреции и гиперацидности желудочного сока:

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

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>16стр. из 87</p>

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

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

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

<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты

<question>Возможные изменения секреторной функции при раке желудка:

<variant>на фоне гипосекреции, выявляется присутствие молочной кислоты

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

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

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

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

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

<variant>электрогастрография

<variant>рентгеноскопия

<variant>рентгенография

<variant>фиброгастроскопия

<variant>ультразвуковое исследование

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

<variant>рентгенография

<variant>рентгеноскопия

<variant>электрогастрография

<variant>фиброгастроскопия

<variant>ультразвуковое исследование

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

<variant>фиброгастроскопия

<variant>рентгенография

<variant>электрогастрография

<variant>рентгеноскопия

<variant>ультразвуковое исследование

<question>Примерные параметры кишечных остатков за сутки:

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

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

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

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

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

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

<variant>объем остатков до 600,0 гр. содержания жидкости до 95%

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		17стр. из 87

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<question>Метод исследования, позволяющий определить кишечное пищеварение:

<variant>копрограмма

<variant>рентгеноскопия кишечника

<variant>колонофиброскопия

<variant>определение микрофлоры кишечника

<variant>ирригоскопия кишечника

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

<variant>ректومانоскопия

<variant>радиотелеметрия

<variant>рентгеноскопия кишечника

<variant>ирригоскопия

<variant>фиброгастроскопия

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

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>10 x 9 x 8 см

<variant>7 x 8 x 9 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<variant>8 x 6 x 4 см

<question>Перкуторные размеры печени при атрофическом циррозе печени:

<variant>8 x 6 x 4 см

<variant>9 x 8 x 7 см

<variant>9 x 8 x 9 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<variant>10 x 9 x 8 см

<question>Перкуторные размеры печени при гепатомегалиях:

<variant>15 x 12 x 10 см

<variant>9 x 8 x 7 см

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>47 / 11-2025 18стр. из 87</p>

<variant>7 x 8 x 9 см

<variant>8 x 6 x 4 см

<variant>12 x 10 x 8 см

<question>Аускультация печени ценна при наличии:

<variant>гемангиом печени

<variant>цирроз печени

<variant>холецистита

<variant>абсцесса печени

<variant>кист печени

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

<variant>Проба Сулема , лента Вельтман

<variant>Основная фосфотаза

<variant>Холестерин, беталипопротеид

<variant>Трасаминаза, альдолаза, лактотдегидрогеназа

<variant>Проба Квыка-Пытель

<question>Для определения экскреторной функции печени применяют:

<variant>Основная фосфотаза

<variant>Проба Сулема , лента Вельтман

<variant>Холестерин, беталипопротеид

<variant>Трансаминаза, альдолаза, лактатдегидрогеназа

<variant>Проба Квыка-Пытель

<question>Дисбаланс жирового обмена:

<variant>болезнь Иценко-Кушинга

<variant>гипофункция половых желез

<variant>болезнь Симондса

<variant>злоупотребление продуктов богатых жиром

<variant>дистрофия генитальных органов

<question>Щитовидная железа вырабатывает:

<variant>Т₃, Т₄, ТТГ

<variant>ферменты

<variant>17-ОКСД7-КС

<variant>инсулин

<variant>АКТГ

<question>Поджелудочная железа вырабатывает:

<variant>инсулин

<variant>АКТГ

<variant>ферменты

<variant>17-ОКСД7-КС

<variant>Т₃, Т₄, ТТГ

<question>Инсулин стимулирует депонирование углеводов в форме:

<variant>глюкозы

<variant>лактозы

<variant>гликогена

<variant>сахарозы

<variant>глюкозаминогликанов

<question>Эндокринными железами вырабатываются:

<variant>гормоны

<variant>холинолитики

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		19стр. из 87

<variant>симпатолитики

<variant>бета – блокаторы

<variant>ингибиторы АПФ

<question>Секрции эндокринных желез выделяются в :

<variant>кровь и лимфу

<variant>желчь

<variant>желудок

<variant>поджелудочную железу

<variant>потовые железы

<question>Какова ежедневная потребность человека в йоде:

<variant>100 мкг

<variant>50 мкг

<variant>150 мкг

<variant>250 мкг

<variant>1000 мкг

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

<variant>повышение тиростимулирующих иммуноглобулинов

<variant>повышение секреции катехоламинов

<variant>повышение секреции тиреотропного гормона

<variant>повышение секреции тиротропин-релизинг-гормона

<variant>гиперчувствительность тканей к гормонам щитовидной железы

<question>При сахарном диабете нарушается . . . обмен.

<variant>углеводный

<variant>белковый

<variant>жировой

<variant>водно-солевой

<variant>витаминов

<question>Тип сахарного диабета (СД), при котором происходит прогрессирующее нарушение секреции инсулина на фоне инсулинорезистентности – это:

<variant> СД 2 типа

<variant>СД 1 типа

<variant> гестационный СД

<variant> вторичный СД

<variant>другие специфические типы СД

<question>Укажите характерный лабораторный признак при В12 –дефицитной анемии:

<variant>высокий цветной показатель

<variant>тромбоцитоз

<variant>лейкоцитоз

<variant>увеличение скорости оседания эритроцитов

<variant>лимфоцитоз

<question>Субстратом острого лейкоза являются:

<variant>лейкозные бластные клетки

<variant>лейкозные созревающие клетки

<variant>зрелые лейкозные клетки

<variant>незрелые лейкозные клетки

<variant>плазматические клетки

<question>Острый лейкоз – это опухоль, исходящая из:

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		20стр. из 87

<variant>костного мозга

<variant>гемопоэтической ткани лимфатических узлов

<variant>ретикулоэндотелиальной ткани печени

<variant>ретикулоэндотелиальной ткани селезенки

<variant>эндотелиальной ткани печени

<question>Укажите необходимый фактор для всасывания витамина В-12:

<variant>гастромукопротеин

<variant>соляная кислота

<variant>гастрин

<variant>пепсин

<variant>фолиевая кислота

<question>Назовите частую причину анемии при остром лейкозе:

<variant>нарушение образования эритроцитов в костном мозге

<variant>нарушение образования лейкоцитов в костном мозге

<variant>нарушение продукции эритропоэтина

<variant>нарушение всасывания железа

<variant>нарушение образования тромбоцитов в костном мозге

<question>Количество тромбоцитов в крови в норме составляет:

<variant>180 – 320 x 10⁹ \л

<variant>50,0 – 180,0 x 10⁹ \л

<variant>250,0 – 400,0 x 10⁹ \л

<variant>350,0 – 450,0 x 10⁹ \л

<variant>150,0 – 200,0 x 10⁹ \л

<question>Увеличение количества тромбоцитов в крови называется:

<variant>тромбоцитоз

<variant>лейкоцитоз

<variant>пойкилоцитоз

<variant>анизоцитоз

<variant>эритроцитоз

<question>«Тромбоцитопения» обозначает:

<variant>уменьшение количества тромбоцитов

<variant>гипофункцию тромбоцитов

<variant>увеличение количества тромбоцитов в крови

<variant>гиперфункцию тромбоцитов

<variant>уменьшение количества эритроцитов

<question>Повышение количество лейкоцитов в крови называется:

<variant>лейкоцитоз

<variant>эритроцитоз

<variant>лимфоцитоз

<variant>тромбоцитоз

<variant>анизоцитоз

<question>Снижение количества лейкоцитов в крови называется:

<variant>лейкопения

<variant>эритропения

<variant>лимфопения

<variant>лимфоцитоз

<variant>лейкоцитоз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 21стр. из 87

<question>Женщина 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, частое головокружение. При осмотре отмечается : кожа бледной окраски, ногти ломкие, волосы сухие. В общем анализе крови: гемоглобин – 85 г/л; эритроциты- $3,2 \times 10^{12}/л$, цветной показатель -0,7. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>гипохромная железодефицитная анемия
- <variant>гиперхромная В-12-дефицитная анемия
- <variant>гиперхромная фолиеводефицитная анемия
- <variant>миелопластический синдром
- <variant>сидоропенический синдром

<question>Мужчина 62 лет, на приеме у терапевта жалуется на постоянную усталость, головокружение, снижение аппетита, сухость во рту. При осмотре: бледность кожных покровов с легкой желтизной, лакированный язык. В общем анализе крови отмечается: гемоглобин 70 г/л, эритроциты- $2,5 \times 10^{12}/л$, цветной показатель -1,2; макроцитоз, гиперхромия. В биохимическом анализе: повышение уровня билирубина. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>мегалобластная анемия, дефицит витамина В-12
- <variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
- <variant>микроцитарная анемия
- <variant>апластическая анемия
- <variant>железодефицитная анемия

<question>Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку при ходьбе, общую слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза: недавно перенесла вирусную инфекцию. При осмотре: кожные покровы бледные , тахикардия до 110 ударов в минуту. В общем анализе крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты- $2,9 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты - 0,5. Анализ костного мозга: снижение числа эритроидных клеток. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>апластическая анемия
- <variant>гемолитическая анемия
- <variant>железодефицитная анемия
- <variant>В-12 дефицитная анемия
- <variant>микроцитарная анемия

<question>40-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке и ломкость ногтей. Из анамнеза известно, что у нее обильные менструации, длящиеся более 7 дней. Результаты анализа крови: гемоглобин-85 г/л; эритроциты- $3,2 \times 10^{12}/л$; цветной показатель -0,7; сывороточное железо - 5 мкмоль/л. Укажите причины анемии в данном случае:

- <variant>хроническая кровопотеря в результате обильных менструаций
- <variant>нарушение всасывания железа в желудке
- <variant>нарушение всасывания ферритина в желудке
- <variant>анемия вызванная дефицитом витамина В-12
- <variant>анемия, вызванная дефицитом фолата

<question>46-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке, выпадение волос и ломкость ногтей. Из анамнеза известно, что у нее обильные менструации, длящиеся более 8 дней. Результаты анализа крови: гемоглобин-83 г/л; эритроциты- $3,1 \times 10^{12}/л$; цветной показатель-0,6; сывороточное железо- 5 мкмоль/л. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>железодефицитная анемия

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		22стр. из 87

<variant>анемия вызванная дефицитом витамина В-12

<variant>гемолитическая анемия

<variant>апластическая анемия

<variant>фолиеводефицитная анемия

<question>55-летний мужчина обратился к терапевту с жалобами на постоянную усталость, одышку и снижение массы тела. При осмотре отмечается: бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Из анамнеза: хронический гастрит с пониженной кислотностью. В общем анализе крови: гемоглобин-88 г/л; эритроциты- $3,4 \times 10^{12}/л$; цветной показатель-0,6; сывороточное железо-5мкмоль/л; ферритин-7 нг/мл. Назовите дополнительный информативный метод исследования:

<variant>фиброгастроскопия

<variant>УЗИ брюшной полости

<variant>пункция лимфатических узлов

<variant>анализ кала на скрытую кровь

<variant>определение сывороточного железа в крови

<question>50-летний мужчина обратился к терапевту с жалобами на постоянную усталость, одышку при физической нагрузке и снижение массы тела. При осмотре отмечается: бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Из анамнеза: хронический гастрит с пониженной кислотностью. В общем анализе крови: гемоглобин-84 г/л; эритроциты- $3,2 \times 10^{12}/л$; цветной показатель -0,5; сывороточное железо - 4 мкмоль/л; ферритин- 6 нг/мл. Ваш предварительный диагноз:

<variant>железодефицитная анемия, вызванная нарушением всасывания железа

<variant>фолиеводефицитная анемия

<variant>апластическая анемия

<variant>анемия вызванная дефицитом витамина В-12

<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия

<question>60-летний мужчина обратился к терапевту с жалобами на постоянную усталость, сонливость, снижение массы тела, сухость кожи и ухудшение аппетита. При осмотре отмечается: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, а также легкая тахикардия. Из анамнеза: хронический гастрит с пониженной кислотностью. В общем анализе крови: гемоглобин-88 г/л; эритроциты- $3,2 \times 10^{12}/л$; цветной показатель - 0,65; сывороточное железо- 4 мкмоль/л; ферритин- 6 нг/мл. Ваш предварительный диагноз:

<variant>железодефицитная анемия

<variant>апластическая анемия

<variant>фолиеводефицитная анемия

<variant>В-12 дефицитная анемия

<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия

<question>Мужчина 35 лет, на приеме у врача жалуется на появление болезненной пурпурной сыпи на голенях, болезненность в коленных и голеностопных суставах, а также появление крови в моче. Из анамнеза: заболевание началось после перенесенной ангины. При обследовании: пурпурные высыпания симметрично расположены в нижних конечностях, суставы отечные, болезненные при движении. Анализ мочи: протеинурия, микрогематурия. Ваш предварительный диагноз:

<variant>геморрагический васкулит

<variant>апластическая анемия

<variant>острый лейкоз

<variant>хронический миелолейкоз

<variant>хронический лимфолейкоз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		23стр. из 87

<question>Женщина 27 лет, поступила в стационар с жалобами на появление крови в моче, болезненность в поясничной области и сыпь в нижних конечностях. Из анамнеза: заболевание началось остро через неделю после перенесенного бронхита. При осмотре отмечается: выраженная геморрагическая сыпь на коже голеней. Анализ мочи: протеинурия 2 г/л, гематурия. Креатинин в крови повышен. Укажите осложнение в данном случае:

- <variant>острая почечная недостаточность
- <variant>острая сердечная недостаточность
- <variant>апластическая анемия
- <variant>В-12 дефицитная анемия
- <variant>аутоиммунная гемолитическая анемия

<question>Мужчина 40 лет, обратился к врачу с жалобами на выраженные отеки в нижних конечностях, частую пурпурную сыпь, общую слабость и снижение суточного диуреза. В анамнезе: хронический тонзиллит. Анализы крови: общий белок крови снижен- 58 г/л; гипоальбуминемия, протеинурия-4 г/л; гематурия. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>геморрагический васкулит
- <variant>апластическая анемия
- <variant>хронический миелолейкоз
- <variant>хронический лимфолейкоз
- <variant>аутоиммунная гемолитическая анемия

<question>Мужчина 35 лет, поступил в стационар с жалобами на общую слабость, одышку, лихорадку. За 2 недели до этого перенес вирусную инфекцию. При осмотре отмечается: бледность кожных покровов, желтушность склер, умеренная тахикардия. В анализе крови: гемоглобин 90 г/л; ретикулоциты 20%; непрямой билирубин-70 мкмоль/л. Проба Кумбса-положительная. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
- <variant>апластическая анемия
- <variant>хронический лимфолейкоз
- <variant>хронический миелолейкоз
- <variant>В-12 дефицитная анемия

<question>Мужчина 28 лет, поступил в стационар с жалобами на внезапно появившуюся слабость, одышку, сердцебиение. Из анамнеза: за 2 недели до этого принимал антибиотик. При осмотре отмечается: желтушность склер и кожных покровов, тахикардия. В анализе крови: гемоглобин- 60 г/л; ретикулоциты-18%; билирубин общий 55 мкмоль/л; непрямой-50мкмоль/л; проба Кумбса- положительная. Назовите причину данного состояния:

- <variant>лекарственно-индуцированная аутоиммунная гемолитическая анемия
- <variant>апластическая анемия
- <variant>В-12 дефицитная анемия
- <variant>хронический лимфолейкоз
- <variant>хронический миелолейкоз

<question>К терапевту обратился 35-летний мужчина с жалобами на сильную слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке и появление синяков на теле без видимой причины. При осмотре: кожные покровы бледной окраски, отмечается множество петехий и экхимозов на коже. В общем анализе крови: гемоглобин-70 г/л; лейкоциты- $2,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 20×10^9 /л, ретикулоциты-0,5 %. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>апластическая анемия
- <variant>идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
- <variant>аутоиммунная гемолитическая анемия
- <variant>В-12 дефицитная анемия

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		24стр. из 87

<variant>хронический миелолейкоз

<question>Женщина 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление синяков без видимой причины, частые носовые кровотечения и повышенную кровоточивость десен. В анамнезе: перенесенная вирусная инфекция 2 недели назад. При осмотре: множественные петехии и экхимозы на коже туловища и конечностей. АД-110/70 мм.рт.ст., ЧСС-76 ударов в минуту. Анализ крови: тромбоциты- $20 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин-130 г/л, лейкоциты $\times 10^9/\text{л}$. Ваш предварительный диагноз:

<variant>идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

<variant>апластическая анемия

<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия

<variant>В-12 дефицитная анемия

<variant>хронический миелолейкоз

<question>У мужчины 44 лет, в общем анализе крови обнаружены следующие изменения: гемоглобин – 85 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $3,7 \times 10^9/\text{л}$, скорость оседания эритроцитов – 52 мм/час, тромбоциты – $95 \times 10^9/\text{л}$. Врач направил на дальнейшее исследование. Назовите информативный метод исследования для уточнения диагноза:

<variant>стерильная пункция

<variant>эндоскопия желудка

<variant>пункция лимфатических узлов

<variant>анализ кала на скрытую кровь

<variant>определение сывороточного железа в крови

<question>Мужчина 47 лет, поступил в стационар с жалобами на спонтанные кровоизлияния на коже, кровь из носа, выраженную слабость. В анамнезе хронические заболевания отсутствуют. При осмотре: множественные экхимозы на нижних конечностях, мелкие кровоизлияния на слизистых. Анализ крови: тромбоциты- $11 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин- 118 г/л, скорость оседания эритроцитов -16 мм/ч; лейкоциты - $4 \times 10^9/\text{л}$. Укажите информативный диагностический метод :

<variant>исследование костного мозга

<variant>эндоскопическое исследование желудка

<variant>пункция лимфатических узлов

<variant>анализ кала на скрытую кровь

<variant>определение ферритина в крови

<question>Мужчина 28 лет, на приеме у врача жалуется на снижение аппетита, шаткость походки, общую слабость. При осмотре: бледность кожных покровов и слизистых оболочек. В анализе крови обнаружены: гемоглобин 70 г/л, макроцитоз, тельца Жоли; эритроциты- $1,9 \times 10^{12}/\text{л}$, цветной показатель- 1,3. В костном мозге выявлено:

мегалобластический тип кроветворения. Ваш предварительный диагноз:

<variant>В-12 дефицитная анемия

<variant>железодефицитная анемия

<variant>острый лейкоз

<variant>хронический лимфолейкоз

<variant>гемолитическая анемия

<question>Женщина 42 лет, обратилась к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, головокружение, выпадение волос и ломкость ногтей. Из анамнеза: фибромиома матки и меноррагии. В анализах крови обнаружены: гемоглобин – 80 г/л, гипохромия, микроэритроцитоз. Ваш предварительный диагноз:

<variant>железодефицитная анемия

<variant>В-12 дефицитная анемия

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 25стр. из 87

<variant>серповидно-клеточная анемия

<variant>апластическая анемия

<variant>наследственный сфероцитоз

<question>У женщины 42 лет, на приеме у врача жалуется на лихорадку, частые кровотечения из десен и носа, увеличение лимфатических узлов, общую слабость. При осмотре: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие подкожных кровоизлияний. В анализах крови обнаружены: признаки анемии, тромбоцитопении, бластоз в периферической крови. Укажите патологическое состояние которой характерна данная лабораторная картина:

<variant>острый лейкоз

<variant>хронический миелолейкоз

<variant>железодефицитная анемия

<variant>В-12-дефицитная анемия

<variant>апластическая анемия

<question>На приеме у врача 18-летняя пациентка, жалуется на увеличение шейных лимфатических узлов, выраженную слабость. В анализе крови отмечается: панцитопения и высокий бластоз в костном мозге 78%, реакция на миелопероксидазу "отрицательная". Ваш предварительный диагноз:

<variant>острый лимфолейкоз

<variant>хронический миелолейкоз

<variant>В-12-дефицитная анемия

<variant>апластическая анемия

<variant>гемолитическая анемия

<question> Мужчина 25 лет, обратился к врачу с жалобами на сильную слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке и появление синяков на теле без видимой причины. В анализе крови отмечается: эритроциты - $1,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 36 г/л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, тромбоциты - $5,0 \times 10^9/л$. Ваш предварительный диагноз:

<variant>апластическая анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>В-12 дефицитная анемия

<variant>железодефицитная анемия

<variant>тромбоцитопеническая пурпура

<question>Женщина 72 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, кашель с мокротой розового цвета, чувство тревоги, выраженную слабость. Из анамнеза: Артериальная гипертензия последние 25 лет, перенесла инфаркт миокарда. При осмотре: положение ортопноэ, тоны сердца глухие, ритм правильный, прерывается частыми желудочковыми экстрасистолами. АД 220/120 мм. рт. ст. Исследование сосудов глазного дна: отек дисков зрительных нервов. Анализ мочи: следовая протеинурия. Выберите вероятное, осложнение у больного:

<variant>отек легких

<variant>острое нарушение мозгового кровообращения

<variant>острая почечная недостаточность

<variant>отслоение сетчатки

<variant>инфаркт миокарда.

<question>У мужчины 60 лет, на приеме у врача выявляется следующая симптоматика: высокая устойчивая систолическая гипертензия, утренние головные боли в затылочной области, сердцебиение, ухудшение зрения. На глазном дне: ангиоретинопатия IV степени. В

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>47 / 11-2025 26стр. из 87</p>

эпигастриальной области выслушивается систолический шум. Причиной гипертензии является:

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

<question>Женщина 28 лет, на приеме у участкового врача жалуется на головные боли, головокружение. Из анамнеза – отмечает приступы стенокардии, по назначению врача периодически принимает нитраты, аспирин. Последние 8 лет болеет бронхиальной астмой, приступы купирует ингаляторами. При осмотре: кожные покровы бледные, отмечается пульсация сосудов шеи. Границы сердца увеличены влево, сердечный толчок резистентный, смещен влево и вниз. При аускультации сердца выслушивается : мягкий протодиастолический шум во II межреберье справа, ЧСС 82 ударов в минуту , АД 185/60 мм.рт. ст. Причина артериальной гипертензии:

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

<question> 23 - летняя женщина, на приеме у врача жалуется на кратковременные приступы сердцебиений, сопровождающиеся головокружением и обмороками. Длительно принимает амиодарон. На ЭКГ выявлено удлинение интервала QT. Информативным методом для точного диагноза:

- <variant>суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру
- <variant>ЧПЭС
- <variant>коронарография
- <variant>радионуклидная вентрикулография
- <variant>катетеризация правых отделов сердца

<question>Мужчина 5 лет, на приеме у врача жалуется на эпизоды кратковременного головокружения, сердцебиение, дважды терял сознание. Состоит на «Д» учете с диагнозом Ишемическая болезнь сердца более 10 лет. Информативным методом исследования для постановки клинического диагноза является:

- <variant>суточное мониторирование ЭКГ
- <variant>ЭКГ
- <variant>ЭхоКГ
- <variant>ФКГ
- <variant>стресс ЭхоКГ

<question>Мужчина 45 лет, на приеме у участкового врача жалуется на головокружение, обмороки при физической нагрузке или быстрой перемене положения тела, приступы типичной стенокардии, быструю утомляемость. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, грубый систолический шум во 2-м межреберье справа, проводящийся на сонные артерии. АД 120/80 мм.рт.ст. На ЭКГ: полная блокада левой ножки пучка Гиса. На ЭХО-КГ: концентрическая гипертрофия стенок левого желудочка, утолщение створок аортального клапана. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>стеноз устья аорты
- <variant>недостаточность митрального клапана
- <variant>стеноз правого атриовентрикулярного отверстия

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		27 стр. из 87

<variant>недостаточность аортального и митрального клапанов

<variant>поражение папиллярных мышц трехстворчатого клапана

<question>Мужчина 5 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку, сердцебиение, общую слабость, обмороки. На ЭХО-КГ выявлены: гипертрофия миокарда и стеноз выходного тракта правого желудочка, субаортальный дефект межжелудочковой перегородки, выход аорты из правого желудочка. Выберите ваш предварительный диагноз:

<variant>тетрада Фалло

<variant>пролапс митрального клапана

<variant>дефект легочной артерии

<variant>стеноз легочной артерии

<variant>коарктация аорты

<question>Мужчина 22 лет, внезапно ощутил сердцебиение, боли в сердце, удушье. При осмотре: выявлены следующие симптомы: I тон на верхушке сердца усилен, II тон усилен на легочной артерии. Ритм сердца неправильный, тахикардия. Дефицит пульса 6-8 в 1 мин. Определяется щелчок открытия митрального клапана АД 110/70 мм.рт.ст. Укажите ваш предварительный диагноз:

<variant>стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия

<variant>митрализация аортальной недостаточности

<variant>недостаточность трехстворчатого клапана

<variant>недостаточность митрального клапана

<variant>стеноз устья аорты

<question>В приемное отделение поступил мужчина 44 лет, у которого во время утренней пробежки случился обморок. Ранее у пациента были аналогичные обмороки. На ЭКГ: глубокая инверсия зубца Т в отведениях I, AVL, V2-V6. В анамнезе отсутствуют указания на боль в груди и одышку. Целесообразно провести обследование для подтверждения диагноза:

<variant>доплеровская эхокардиография

<variant>холтеровское мониторирование

<variant>стресс-эхокардиография

<variant>коронарография

<variant>велозргометрия

<question>В реанимационное отделение доставлен мужчина 47 лет, в состоянии клинической смерти. На тренировке потерял сознание, произошла остановка сердца. На аутопсии выявлено: кардиомегалия с гипертрофией верхней трети межжелудочковой перегородки и свободной стенки левого желудочка с выраженной обструкцией выходного тракта.

Причиной, приводящей к летальному исходу является :

<variant>фибрилляция желудочков

<variant>пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

<variant>полная атриовентрикулярная блокада

<variant>синдром слабости синусового узла

<variant>фибрилляция предсердий

<question>Пациент 36 лет, на приеме у врача жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, иногда приступы удушья, тяжесть в правом подреберье, отеки. На ЭхоКГ выявлены дефект межжелудочковой перегородки и сужение выносящего тракта правого желудочка. Рентгенологический: тень сердца в области легочного ствола в виде деревянного башмачка. Покажите осложнение заболевания:

<variant>правожелудочковая недостаточность

<variant>тромбоз мозговых сосудов

<variant>инфекционный эндокардит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 28стр. из 87

<variant>тромбоз мезентериальных сосудов

<variant>левожелудочковая недостаточность

<question>Мужчина 57 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку в покое, боль в области сердца, сердцебиения. Границы сердца увеличены влево. Выслушивается грубый систолический шум во II межреберье слева, проводится в левую подлопаточную область и на сонные артерии; II тон над легочной артерией ослаблен. ЭКГ - ритм синусовый, электрическая ось сердца смещена влево, гипертрофия правого желудочка. Ваш предварительный диагноз:

<variant>стеноз легочной артерии

<variant>митральный стеноз

<variant>коарктация аорты

<variant>открытый артериальный проток

<variant>дефект межпредсердной перегородки

<question>Женщина 46 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку, кашель, сердцебиение, нарушение ритма сердечной деятельности. Страдает ревматизмом с детства.

При осмотре акроцианоз, румянец на щеках. Выслушивается систолический шум, хлопающий I тон и после II тона – дополнительный тон открытия митрального клапана. Ваш предварительный диагноз:

<variant>стеноз митрального клапана

<variant>стеноз устья аорты

<variant>недостаточность митрального клапана

<variant>недостаточность трехстворчатого клапана

<variant>стеноз трехстворчатого клапана

<question>Мужчина 35 лет. При осмотре: Кожа и видимые слизистые обычного цвета. АД 100/70 мм. рт.ст. Над легочной артерией выслушивается систоло-диастолический шум, акцент 2-го тона. На ЭКГ – признаки перегрузки левых отделов сердца. При рентгеноскопии отмечается усиление легочного рисунка, тень сердца обычной формы. Ваш предварительный диагноз:

<variant>дефект межпредсердной перегородки

<variant>тетрада Фалло

<variant>стеноз легочной артерии

<variant>коарктация аорты

<variant>открытый артериальный проток

<question> У пациента 65 лет, на приеме у врача жалобы на боли в области сердца сжимающего характера, не имеющие четкой связи с физической нагрузкой, но проходящие после приема нитроглицерина. Она страдает также варикозным расширением вен нижних конечностей. У нее бывают повышения АД до 160/90 мм.рт.ст. На ЭКГ в 12 стандартных отведениях нет специфических изменений. Выберите вероятное диагностическое обследование:

<variant>суточное мониторирование

<variant>велозргометрия

<variant>проба с обзиданом

<variant>коронароангиография

<variant>определение уровня ферментов в крови

<question> По скорой помощи поступает мальчик 44 лет, с тяжелой двусторонней пневмонией. Скорой помощью было отмечено критическое падение повышенной температуры тела, внезапно развитие резкой слабости, обморочное состояние, головокружение, шум в ушах, тошнота, позывы на рвоту. Объективно: больной бледен,

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 29стр. из 87

выраженный акроцианоз, холодный липкий пот, тахикардия, нитевидный пульс, глухость сердечных тонов, низкое АД. Причиной резкого ухудшения состояния больного является развитие:

<variant>инфекционно-токсического шока

<variant>сепсиса

<variant>кардиогенного шока

<variant>тромбоэмболии легочной артерии

<variant>острого респираторного дистресс-синдрома

<question>Мужчин 33 лет, на приеме у врача жалуется на острые мигрирующие, волнообразные боли за грудиной и вдоль позвоночника. Выявлены асимметрия пульса на руках и ногах, систолический шум над аортой, гипотония. Метод исследования позволяющий верифицировать диагноз:

<variant>аортография

<variant>эхокардиография

<variant>ЭКГ

<variant>вентрикулография

<variant>коронарография

<question>Женщин 35 лет, страдающая ревматическим пороком сердца, на приеме у врача жалуется на одышку, сердцебиение, отеки на ногах. При осмотре выявлены застойные изменения в легких, гепатомегалия и отеки. Для оценки функции левого желудочка больной показано проведение:

<variant>эхокардиография

<variant>велозерометрия

<variant>электрокардиографии

<variant>коронароангиографии

<variant>холтеровского мониторирования ЭКГ

<question>У пациента 21 лет, при физикальном осмотре обнаружено: одышка, приступы удушья, низкая толерантность к физической нагрузке, инфантилизм, задержка физического развития, систолический шум в сердце характерны для:

<variant>врожденных пороков сердца

<variant>эмфиземы легких

<variant>бронхиальной астмы

<variant>приобретенных пороков сердца

<variant>врожденных аномалий бронхолегочной системы

<question>Девочка 16 лет, на приеме у врача жалуется на давящие боли за грудиной при подъеме на один лестничный пролет, перебои в области сердца, головокружение.

Объективно: при аускультации легких влажные хрипы. ЧСС-100 ударов в минуту. АД - 110/80 мм.рт. ст. К симптомам, вероятно свидетельствующим о наличии хронической недостаточности кровообращения, относятся:

<variant>влажные хрипы

<variant>повышение АД

<variant>головокружение

<variant>перебои в области сердца

<variant>давящие боли за грудиной

<question>Пациент 22 лет, на приеме у врача отмечает частые обострения фарингита, жалуется на сердцебиение, одышку и боли в суставах. При осмотре: глухость тонов сердца, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Следует провести исследование:

<variant>эхокардиографию

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		30стр. из 87

<variant>фонокардиографию

<variant>электрокардиографию

<variant>рентгенографию суставов

<variant>ангиографию сосудов сердца

<question> Мужчина 25 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на интенсивные боли в грудной клетке. При осмотре врачом не обнаружено каких-либо видимых изменений со стороны сердца и легких. АД 120/85 мм.рт.ст., ЧСС - 88 ударов в минуту. Врач успокоил больного и отправил его домой, с рекомендациями полежать дома и прийти завтра.

Правильна ли тактика врача:

<variant> нет, необходимо назначить срочное ЭКГ исследование

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

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

<variant> нет, необходимо назначить лечение анальгетиками

<variant> нет, необходимо направить больного на плановое лечение

<question> Женщина 25 лет, на приеме у врача жалуется на острую, колющую, сжимающую боль в левой половине грудной клетки. При дыхании, движениях головы, рук, пальпации грудной стенки боль усиливается. Боль возникла 2 часа назад после неприятностей на работе. Ваша тактика:

<variant> снять электрокардиограмму

<variant> назначить лечение

<variant> направить к невропатологу

<variant> госпитализировать

<variant> направить на рентген.

<question> Девочка 15 лет, на приеме у врача жалуется на боли в груди. Основным методом диагностики боли в груди, связанной с пролапсом митрального клапана, является :

<variant> эхокардиография

<variant> электрокардиография

<variant> коронарография

<variant> рентгенография

<variant> томография.

<question> Мужчина 45 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья и кровохарканья иногда в ночное время, приступообразные интенсивные боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, которые уменьшаются после изменения положения тела (больной садится, опустив ноги вниз) и приема нитроглицерина. Вынужденное замедление во время ходьбы, физической нагрузки характерно для приступа:

<variant> стенокардии

<variant> сердечной астмы

<variant> желчных колик

<variant> бронхиальной астмы

<variant> почечной колики

<question> Мужчина 30 лет, доставлен на медицинский пункт в тяжелом состоянии. Кожные и слизистые покровы цианотичны. Пульс 146 ударов в минуту, слабого наполнения.

Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Дыхание частое и поверхностное. Температура тела 40,6° С. Синюшная окраска «цианоз» кожи обусловлен :

<variant> повышением уровня восстановленного гемоглобина крови

<variant> повышением эритроцитов и гемоглобина крови

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 31стр. из 87

<variant> повышением уровня газообмена в организме

<variant> застоем крови в периферических сосудах

<variant> спазмом периферических сосудов

<question> У мужчины 45 лет, вынужденное положение - сидит несколько откинувшись назад и опирается руками о постель, ноги у него опущены. Ваш предварительный диагноз:

<variant> сердечная астма

<variant> бронхиальная астма

<variant> перикардит

<variant> почечная колика

<variant> стенокардия

<question> В стационар поступил мужчина 25 лет, с заболеванием сердечно-сосудистой системы. Он жалуется на одышку после физической нагрузки. При осмотре наблюдается цианоз. Смешанный цианоз (синие сердечные больные) характерен для :

<variant> врожденных пороков сердца

<variant> митральных пороков сердца

<variant> аортальных пороков сердца

<variant> ишемической болезни сердца

<variant> аневризмы аорты

<question> Обследуя шею мужчины 24 лет с аортальной недостаточностью, врач сразу заметил вибрирование парных артерий с обеих сторон шеи – это пляска каротид. Пляска каротид обусловлена:

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

<variant> спадением шейных вен во время систолы

<variant> набуханием шейных вен во время систолы

<variant> набуханием шейных вен в горизонтальном положении

<variant> набуханием шейных вен на выходе

<question> В стационар поступил мужчина, с жалобами на одышку, удушье, быстрое утомление. Выраженная пульсация в области эпигастрия не обусловлена:

<variant> аортальной недостаточностью

<variant> пульсацией печени

<variant> пульсацией брюшной аорты

<variant> гипертрофией правого желудочка

<variant> гипертрофией левого желудочка

<question> Больной 19 лет, жалобы при посещении: смешанная мокрота с гноем с большим количеством пахучей слизи, кровохарканье, повышение температуры тела до 38С, утомляемость, одышка. В анамнезе имеется смешанный кашель с мокротой с детства. За последние 5 лет вспышки стали более частыми. Ваш предварительный диагноз:

<variant> Бронхоэктазическая болезнь

<variant> ХОБЛ

<variant> бронхиальная астма

<variant> хронический бронхит

<variant> поликистоз легких

<question> У больного с абсцессом после сильного кашля появилась одышка с внезапным ощущением боли в правой груди. При осмотре: правая грудная клетка не участвует в акте дыхания, межреберные промежутки расширены. Перкуторно-тимпанический звук. У пациента развилась осложнение:

<variant> Пневмоторакс

<variant> Омпеектаза легких

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 32стр. из 87

<variant>легочный инфаркт

<variant>эмфизема легких

<variant>Эксудатный плеврит

<question> Больной М. 45 лет, жалуется на кашель с трудно выделяемой мокротой, одышку при физических нагрузках. Уже 15 лет страдает бронхоспазмальной патологией. Объективно: пальцы похожи на «барабанные палочки», грудь бочкообразная, дыхание жесткое, выдох удлиненный, во всех легких слышны сухие хрипы. Возможный диагноз:

<variant>хроническая обструктивная болезнь легких

<variant>хронический гнойный бронхит

<variant>бронхоэктатическая болезнь

<variant>очаговая пневмония

<variant>эмфизема легких

<question> В отделение поступила пациентка по имени К., 2014 года. Жалобы: одышка в состоянии покоя, усиление одышки при физических нагрузках, повышение температуры тела на 37,9 С, выделение мокроты незначительного ржавого цвета при кашле, боли в правой грудной клетке связаны с дыханием. При осмотре-диффузный цианоз, герпетические высыпания на губах. Правая грудная клетка толще акта дыхания. ЧДД 36 раз в минуту. Причина развития диспноэ ...

<variant>уменьшение объема дыхания (уплотнение из-за воспаления доли)

<variant>снижение эластических свойств легких, вызванное эмфиземой

<variant>спазмы мелких бронхов

<variant>механическое сопротивление глотки

<variant>повреждение гортани

<question> В клинику поступил 23-летний пациент по имени У. При осмотре левая сторона грудной клетки увеличена, остается от акта дыхания. Межреберья гладкие и видны небольшие отеки. У больного заметны симптомы синдрома:

<variant>скопление жидкости или воздуха в плевральном пространстве

<variant>обтурационный ателектаз

<variant>уплотнение легочной ткани

<variant>эмфизема легких

<variant>воспаление легких

<question> При обследовании у больного: нарушение дыхания правой грудной клетки.

Пальпация грудной клетки: справа ослаблена голосовое дрожание. Перкуссия легких: абсолютный тупой звук справа. Аускультация: слабость дыхания и правосторонняя бронхофония. Посторонних шумов в дыхании нет. У больного наблюдались симптомы синдрома:

<variant> гидроторакс

<variant>закрытый пневмоторакс

<variant>очаговое воспалительное уплотнение легких

<variant>компрессивныйелетаз

<variant>эмфизема легких

<question> При обследовании у больного: небольшой дефект дыхания левой грудной клетки.

Пальпация грудной клетки: слева ослаблена голосовое дрожание. Легочная перкуссия: притупление левого перкуSSIONного звука. Аускультация: везикулярное слабое дыхание, шум трения левой плевры. У больного наблюдались симптомы синдрома:

<variant>утолщение плевральных лепестков

<variant>закрытый пневмоторакс

<variant>очаговое воспалительное уплотнение легких

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>33стр. из 87</p>

<variant>гидроторакс

<variant>эмфизема легких

<question> При обследовании у больного: грудная клетка бочкообразной формы.

Эпигастральный угол более 90°, горизонтальное расположение ребер. Над ключичные и под ключичные ямы выровнены. Пальпация грудной клетки: голосовое дрожание одинаково с обеих сторон, с небольшим ослаблением. При перкуссии грудной клетки: коробчатый перкуторный звук. Нижняя граница легких опущена, верхняя приподнята. Аускультация легких: одинаково ослабленное везикулярное дыхание над обоими легкими без посторонних шумов дыхания. У больного наблюдались симптомы синдрома:

<variant>эмфизема легких

<variant>закрытый пневмоторакс

<variant>легочная полость, связанная с бронхами

<variant>удельное воспалительное уплотнение легких

<variant>гидроторакс

<question> При обследовании у больного: дыхательные движения симметричны. Пальпация грудной клетки: звуковая вибрация не изменилась. При перкуссии: легочный перкуторный звук. Аускультация легких: затрудненное дыхание, большое количество сухих хрипов слышно справа и слева. У больного наблюдались симптомы синдрома:

<variant>сужение бронхов вязким экссудатом

<variant>закрытый пневмоторакс

<variant>компрессионный ателектаз

<variant>уплотнение очагового воспаления

<variant>гидроторакс

<question> При обследовании у больного: дефект правой половины грудной клетки при дыхании. Пальпация грудной клетки: усиление звуковой вибрации справа. При перкуссии: усиление перкуторного звука справа. Аускультация легких: бронхиальное дыхание, усиление бронхофонии, шум трения правой плевры. У больного наблюдались симптомы синдрома:

<variant>воспалительное уплотнение доли

<variant>сужение бронхов вязким экссудатом

<variant>легочная полость, связанная с бронхами

<variant>утолщение плевральных лепестков

<variant>гидроторакс

<question> При обследовании у больного: отставание левой грудной клетки от акта дыхания, уменьшение левой грудной клетки. Пальпация грудной клетки: ослабление голосовой вибрации слева. При перкуссии: замыкание перкуторного звука слева. При аускультации легких: ослабление звука и бронхофонии слева, без дополнительных шумов дыхания. У больного наблюдались симптомы синдрома:

<variant>обтурационный ателектаз

<variant>частичное воспалительное уплотнение

<variant>гидроторакс

<variant>закрытый пневмоторакс

<variant>эмфизема легких

<question> При обследовании у больного: отставание левой части грудной клетки в акте дыхания. При пальпации грудной клетки: ослабление тембра голоса слева. При перкуссии: тимпанический перкуторный звук слева. У больного наблюдались симптомы синдрома:

<variant>закрытый пневмоторакс

<variant>гидроторакс

<p>QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>34стр. из 87</p>

<variant>легочная полость, связанная с бронхами

<variant>частичное воспалительное уплотнение

<variant>эмфизема легких

<question> У работника большого отеля, оборудованного кондиционером, быстро поднялась температура до 40 С, наблюдались холодный пот, кашель с мокротой, смешанная мокрота с кровью, боль в области грудной клетки при вдохе, миалгия, тошнота, понос. Во время рентгенографии были видны инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сотрудницу доставили в больницу с пневмонией. Причина пневмонии может быть:

<variant> легионелла

<variant> клебсиелла

<variant> микоплазма пневмонии

<variant> палка Пфейффера

<variant> золотистый стафилококк

<question> Через скорую помощь 64-летний пациент пожаловался на тяжелую двустороннюю пневмонию. Резкое снижение температуры тела, развитие быстрой слабости, обморока, головокружения, шума в ушах, тошноты. Бледность больного, выраженность акроцианоза, холодный пот, тахикардия, нитевидный пульс, неслышность сердечного тона, снижение АД. Причина быстрого обострения состояния:

<variant> токсико-инфекционный шок

<variant> сепсис

<variant>кардиогенный шок

<variant>тромбоз легочной артерии

<variant>острый респираторный дистресс-синдром

<question> В отделение поступил 36-летний рабочий по имени Н. Больной жаловался на выделение мокроты с гнойным неприятным запахом (250-300мл) вместе с кашлем. Кашель усиливается, когда пациент лежит на правом боку. При осмотре больного выявляются симптомы ногтей в виде «барабанных палочек» и «часов». Основное место расположения патологических процессов в дыхательной системе:

<variant>гнойные воспалительные процессы (абсцессы) в легких или бронхах

<variant>повреждение плевры

<variant>хронический воспалительный процесс в бронхах

<variant>воспаление альвеол

<variant>повреждение гортани

<question> В отделение поступил 32-летний монтажник по имени О. Пациент жаловался на боли при глубоком вдохе, расположенные на правой поверхности грудной клетки. Температура тела 37,9°С. пациент лежит на правой стороне. Правая сторона грудной клетки отстаёт от акта дыхания. Патологический процесс у больного появился:

<variant>повреждение плевры

<variant>хронический воспалительный процесс бронхов

<variant>бронхоэктазия и легочный абсцесс

<variant>воспалительный процесс альвеол

<variant>повреждение гортани

<question> Подросток 15 лет, обратился к врачу со следующими жалобами: кашель с 200 мл слизистой гнойной мокроты, кровянистая мокрота, повышение температуры тела до 38,2 С, беспокойство, одышка. В детстве его часто беспокоил кашель. За последние 5 лет – каждый год наблюдается обострение. Сначала необходимо исключить у пациента:

<variant> туберкулез

<variant> хронический абсцесс легкого

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 35стр. из 87

<variant> пневмония

<variant> поликистоз легких

<variant> бронхоэктатическая болезнь

<question> У больного, страдающего бронхоэктатической болезнью, после сильного кашля появились боли и одышка в правой части грудной клетки. При общем осмотре: правая часть грудной клетки отстаёт от акта дыхания и отек межреберных промежутков; перкуторно-тимпанит. Осложнение у больного появилось:

<variant> пневмоторакс

<variant> актаза легких

<variant> инфаркт легких

<variant> эмфизема легких

<variant> экссудатный плеврит

<question> Больной Ф, 20 лет, пришел в больницу с жалобами на кашель и одышку. Звук перкуссии тихий, чистый:

<variant> при малых амплитудах звуковых волн

<variant> при выраженном утолщении грудной клетки

<variant> при наличии воспаления в органах

<variant> при перкуссии воздухо содержащих органов

<variant> при перкуссии плотных органов

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

<variant> Чейна - Стокса

<variant> Кулсмауля

<variant> Грокко

<variant> Биотта

<variant> смешанного

<question> В больницу поступил мужчина 45 лет, с нарушением дыхания. У больного равномерное дыхание с паузами до полминуты называется дыханием по типу:

<variant> Биотта

<variant> Кулсмауля

<variant> Чейн - Стокса

<variant> Грокко

<variant> смешанного

<question> 23-летняя пациентка обратилась в клинику с жалобами на удушье, изменение голоса, боль при глотании, сухой кашель. Болел 2 года назад. Температура тела 38,7 С. Неба гиперемирована, ткани опухшие, миндалины и мягкое небо покрыты серым налетом. Дыхание 10 раз за 1 минуту. При дыхании слышен свистящий звук. Дыхание продолговатое, в надключичных и подреберных ямках наблюдается сужение мягких тканей, а также межреберных пространств. При перкуссии и аускультации в легких-изменений не наблюдалось. Если в течение одной минуты частота дыхания составляет 10-14, то это:

<variant> брадипноэ

<variant> тахипноэ

<variant> апноэ

<variant> диспноэ

<variant> нормальный

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		36стр. из 87

<question> Врач медпункта пришел в дом больного. Наблюдается повышение температуры тела до 38,2 градусов, сильный кашель, частое дыхание, чихание, выделения слизи из носа. ЧД 36 раз в минуту называется:

- <variant> тахипноэ
- <variant> диспноэ
- <variant> апноэ
- <variant> брадипноэ
- <variant> нормальный

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

- <variant> апноэ
- <variant> нормальный
- <variant> диспноэ
- <variant> тахипноэ
- <variant> брадипноэ

<question> Пациент В., 35 лет, пришел в приемное отделение. При малейших движениях беспокоит выраженная одышка, редко сухой кашель. Объективно: левая сторона грудной клетки отстает в дыхательном акте, межреберье уплощено. С левой стороны IV ребра голосовые вибрации по всем топографическим линиям не производятся. На этом участке перкуссия имеет абсолютный тупой звук. Над пространством Трауба бесшумно-тимпанит. Голосовая вибрация связано с:

- <variant> из состояния плевральной полости, плотности легочной ткани, проницаемости бронхиального дерева, толщины грудной стенки
- <variant> плотность легочной ткани, с высоты голоса
- <variant> от проходимости бронхиального дерева, высоты голоса
- <variant> от толщины грудной стенки, высоты голоса
- <variant> плевральная полость, с высоты голоса

<question> Больной И., 26 лет госпитализирован. Грудь правильной формы. Оба они симметричны, остаются в дыхательном акте. На уровне 3-6 ребер звук в перкуссии справа тимпанический. Голосое дрожание усиленный. Перкуторный звук ниже 7 ребер тимпанический. Одностороннее усиление голосовой дрожании наблюдается:

- <variant> фиброторакс
- <variant> гидроторакс
- <variant> воспаление уплотненной части
- <variant> обтурационная легота
- <variant> пневмоторакс

<question> выявлено при обследовании больного: высота переднего конца легкого выше ключицы на 1см, глухой перкуSSIONный звук, ослабление голосовой вибрации. Одностороннее ослабление голосовой вибрации . . . наблюдается.

- <variant> ателектаз обтурационный
- <variant> эмфизема легких
- <variant> полость, слегка соединенная с бронхами
- <variant> локализованное очаговое воспаление
- <variant> уплотненное удельное воспаление

<question> 35-летний пациент пожаловался в клинику на повторные приступы удушья с тяжелым кашлем. Припадки возникают внезапно. Во время припадка пациент сидит в вынужденном положении, опираясь на ладонь, в дыхании задействована вспомогательная мышца. Дыхание свистящее, слышное вдалеке. Особенно тяжело дышать. При перкуссии над

<p>QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>47 / 11-2025 37стр. из 87</p>

легкими обнаруживается коробчатый звук, при аускультации - многочисленные сухие хрипы. Мокрота выделяется в конце приступа. В легких не наблюдается чрескожных и аускультативных изменений. Чрескожный звук в легких здорового человека:

<variant>ясный легочный

<variant>тупик

<variant> барабанная перепонка

<variant> тусклый

<variant> коробка

<question> по характеру звуковых свойств врач определяет топографию, физическое состояние внутренних органов и их функции. Топографическая перкуссия используется для обнаружения:

<variant> границы органов

<variant> размеры органов

<variant> конфигурации органов

<variant> очаг воспаления

<variant> патологических процессов в органах

<question> в больницу поступил 22-летний пациент. Ему сделали перкуссию, пальпацию и аускультацию. У здоровых людей в легких слышен ...дыхание.

<variant> везикулярный

<variant> пуэриль

<variant> смешанный

<variant> бронхиальный

<variant> амфорический

<question> Пациент с нарушением дыхания был доставлен в больницу. Наблюдается одышка, кашель. Температура 39.9С, Слышен... дыхание над гортанью, трахеей.

<variant> бронхиальный

<variant> смешанный

<variant> везикулярный

<variant> жесткий

<variant> ослабленный везикулярный

<question> Госпитализирован пациент с тиреотоксикозом. Дыхание при физической работе у больных тиреотоксикозом:

<variant> усиленный везикулярный

<variant> жесткий

<variant> ослабленный везикулярный

<variant> саккадированный

<variant> патологический бронхиальный

<question> Пациент с бронхитом был госпитализирован. Дыхание при аускультации:

<variant> жесткий

<variant> патологический бронхиальный

<variant> ослабленный везикулярный

<variant> бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком

<variant> везикулярный

<question> Во время аускультации в легких у пациента врач-терапевт прослушал ослабленное везикулярное дыхание. Причины ослабления везикулярного дыхания:

<variant> потеря эластических свойств слизистых альвеол

<variant> бронхоспазм

<variant> наличие жидкой секрета в бронхах

<p>ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>38стр. из 87</p>

<variant> наличие вязкого секрета в бронхах

<variant> сужение отверстия мелких бронхов из-за воспалительного отека

<question> В больницу поступил пациент с амфорическим дыханием. Амфорический дыхание слышен при:

<variant> абсцесс легкого второй стадии

<variant> бронхиальная астма

<variant> крупозная пневмония 2 стадии

<variant> плеврит

<variant> пневмоторакс

question> Бригаду "скорой помощи" вызывают к 32-летнему больному, который жалуется на внезапный приступ удушья. Пациент сидит, опираясь рукой на край кровати, грудь находится в состоянии максимального дыхания, ЧД 38 р. мин. одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие хрипы. Сухие хрипы:

<variant> дискант

<variant> маленький пузырь

<variant> большой пузырь

<variant> тишина

<variant> смешанный

<question> Пациент жаловался на кашель, сопровождающийся выделением мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке и затрудненном дыхании в покое, выраженную постоянную слабость, усталость. При обследовании выявляется выраженный диффузный цианоз, значительное вовлечение вспомогательных мышц даже в состоянии покоя, частота дыхательных движений 32 раза в минуту. Слышимое дыхание над полостью легких (без гноя):

<variant> амфорический

<variant> жесткий

<variant> бронхиальный

<variant> ослабленный везикулярный

<variant> везикулярный

<question> Больной жалуется на повышение температуры до 39°C, озноб. Со всей поверхности грудной клетки справа слышны крепитация и ослабленное везикулярное дыхание. Ваш предварительный диагноз:

<variant> крупозная пневмония

<variant> очаговая пневмония

<variant> хронический бронхит

<variant> экссудативный плеврит

<variant> бронхоэктатическая болезнь

<question>Женщина 48 лет, обратился с жалобами на боли в области пищевода и желудка, на вздутие живота, жидкий стул, повышенную утомляемость в последние 15 месяцев. За этот период она похудела на 18 кг. Грозная причина дисфагии:

<variant> новообразование пищевода

<variant> ожоговый стеноз пищевода

<variant> вдавление пищевода из вне

<variant> дивертикул пищевода

<variant> воспаление пищевода

<question>Женщина 40 лет, жалуется на нарастающую слабость, боли в эпигастриальной области, особенно натощак и по ночам, запоры, головокружения, сухость кожи, боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой. Раньше ничем не болела, недавно

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>39стр. из 87</p>

был неприятный конфликт на работе. Для подтверждения диагноза необходимо диагностическое исследование:

<variant>Фиброгастродуоденоскопия

<variant>Электрокардиография

<variant>Сигмоидоскопия

<variant>Консультация невролога

<variant>Клинический анализ крови

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

<variant>Фиброгастродуоденоскопия

<variant>Анализ кала на скрытую кровь

<variant>Контрастную рентгеноскопию с барием

<variant>Ультразвуковое исследование

<variant>Радионуклидное исследование

<question>Мужчина 47 лет, последние 15 лет страдает хроническим панкреатитом.

Простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы:

<variant>рентгенография

<variant>лапаротомия

<variant>лапароскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>холангиография

<question>Мужчине 40 лет, семейный врач выставил диагноз "Впервые выявленная язва луковицы 12-перстной кишки". Информативный метод исследования ...

<variant>фиброгастродуоденоскопия

<variant>общий анализ крови

<variant>анализ желудочного сока

<variant>анализ кала на скрытую кровь

<variant>дуоденальное зондирование

<question>Мужчина 45 лет, на приеме у участкового врача жалуется на слабость, тошноту, боли в правом подреберье. Болен последние 2 года. Ухудшение состояния отмечает после употребления алкоголя, жирной пищи. Объективно: желтушность склер и кожи, моча «цвета пива», стул ахоличен. Печень увеличена на 5 см., край закрулен. Ваш предварительный диагноз:

<variant>хронический гепатит

<variant>острый вирусный гепатит

<variant>цирроз печени

<variant>рак печени

<variant>синдром Жильбера

<question>Мужчина 40 лет, страдает бронхиальной астмой более 10-ти лет. Регулярно принимает холинолитики, ингаляционные глюкокортикостероиды, бета-агонисты, теофиллин. Последнее время стал отмечать изжогу, дисфагию, жжение за грудиной в ночное время. Подозреваемая патология:

<variant>гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

<variant>кандидозный фарингит

<variant>ИБС, стенокардия напряжения

<variant>стеноз гортани

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		
47 / 11-2025		
40стр. из 87		

<variant>язвенная болезнь желудка

<question>Мужчина 52 лет, обратился в клинику с жалобами на постоянные, интенсивные боли в эпигастриальной области, общую слабость, рвоту. Боли возникали через 50-60 минут после употребления жареной пищи, алкоголя. При осмотре: болезненность в эпигастриальной области, отмечается положительный симптом Мейо-Робсона. В общем анализе крови лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ- 18 мм/ч. Возможное заболевание, о котором следует думать:

<variant>хронический панкреатит

<variant>хронический холецистит

<variant>язвенная болезнь желудка

<variant>хронический гастрит, тип В

<variant>ГЭРБ

<question>У женщины 29 лет, внезапно появилась тошнота, рвота, повышение температуры тела, диарея 6-8 раз в сутки со зловонным стулом зеленого цвета. Возможное заболевание, о котором следует думать:

<variant>инфекционная диарея

<variant>неинфекционная диарея

<variant>неспецифический язвенный колит

<variant>болезнь Крона

<variant>дивертикулез тонкого кишечника

<question>Мужчина 35 лет, на приеме у участкового врача жалуется на изжогу, боли возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, часто натощак и ночью. Боли проходят после приема пищи. При пальпации живота определяется болезненность в эпигастриальной области и около пупка. У мужчины выражен астеновегетативный синдром. Нуждается ли пациент в стационарном лечении:

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

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

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

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

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

<question>Больная 47 лет, швея, в стационаре жалуется на желтушность кожи, потемнение мочи, на 2-й день приступообразных болей в правом подреберье, рвоты после приема жирной пищи и подъема тяжести. Ранее отмечались тупые боли справа, отдающие в правую лопатку, плечо, горечь во рту, масса тела повышена, ИМТ $38 \text{ кг}/\text{м}^2$, зелено-желтая кожа, ксантелазмы век, живот болезненный в правом подреберье, печень 8-7-6 см. В анализах крови : билирубин $154 \text{ мкмоль}/\text{л}$, (прямой 112, непрямой 42), АЛТ - $36 \text{ ме}/\text{л}$, АСТ – $25 \text{ ме}/\text{л}$, холестерин $8,1 \text{ ммоль}/\text{л}$; щелочная фосфатаза $196 \text{ ме}/\text{л}$. Какой из перечисленных синдромов вероятен у данной пациентки:

<variant>холестаза

<variant>белково-синтетической недостаточности

<variant>мезенхимального воспаления

<variant>гиперазотемии

<variant>цитоллиза

<question>Больной 63 лет, жалобы на общую слабость, снижение памяти, расстройство сна, рвоту, икоту. Из анамнеза- более 18 лет болен циррозом печени, около недели –ухудшение: депрессия и апатия сменяются эйфорией или агрессией. При осмотре: замедленность движений и речи, печеночный запах, снижение массы тела, атрофия мышц плечевого пояса, хлопающий тремор, желтушность, кожные геморрагии, гинекомастия, ладонная эритема,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 41стр. из 87

живот увеличен- асцит. Размеры печени по Курлову 7-6-5см, селезенки 14х8см. Какой из названных синдромов вероятен при прогрессировании цирроза печени:

<variant>печеночной недостаточности

<variant>печеночной комы

<variant>гепатолиенальный

<variant>отечно-асцитический

<variant>печеночная энцефалопатия

<question>Больной Б., в стационаре жалуется на общую слабость, снижение памяти, расстройство сна, рвоту, икоту. В анамнезе - 10 лет болеет циррозом печени, ухудшение состояния в течение недели, депрессия и апатия сменяются эйфорией или агрессией. При осмотре: замедленность движений и речи, печеночный запах, снижение массы тела, атрофия мышц плечевого пояса, хлопающий тремор, желтушность, кожные геморрагии, гинекомастия, ладонная эритема, живот увеличен из-за асцита. Размеры печени по Курлову 7-6-5см, селезенки 15х9см. Какой из перечисленных показателей сыворотки крови вероятно повысится у данной пациентки:

<variant>аммиак

<variant>альбумин

<variant>холестерин

<variant>протромбин

<variant>общий белок

<question>Больная 33 лет, кулинар, жалуется на желтушность кожи, потемнение мочи, на 2-й день беспокоят приступообразные боли в правом подреберье, рвота после приема жирной пищи и подъема тяжести. Из анамнеза- ранее отмечались тупые боли справа, иррадиирующие в правую лопатку, плечо, горечь во рту. При осмотре- повышенного питания, ИМТ - 37кг/м2, зелено-желтая кожа и слизистые, ксантелазмы век. При пальпации- живот болезненный в правом подреберье. Размеры печени 8-7-6 см. В анализах: билирубин-164 мкмоль/л, (прямой 122, непрямой 42), АЛТ - 38ме/л, АСТ - 29ме/л, ГГТП - 96МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 8,4 ммоль/л. Какой из перечисленных методов обследования информативен в данном случае:

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<variant>обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

<variant>пункционная биопсия печени

<variant>фиброгастродуоденоскопия

<variant>ирригоскопия

Рубежный контроля №2:

1. Задание для демонстрации практических навыков.

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

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>47 / 11-2025 42стр. из 87</p>

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

2. Заполнение учебной истории болезни.

Форма заполнения прилагается в библиотечном фонде кафедры и академии.

3. Тестовые задания:

<question>Больная 37 лет, работает поваром, жалуется на желтушность кожи, потемнение мочи, приступообразные боли в правом подреберье в течение двух дней, рвоту после приема жирной пищи и подъема тяжести. Ранее отмечались тупые боли справа, отдающие в правую лопатку, плечо, горечь во рту. При осмотре - масса тела повышена, ИМТ 37кг/м², зелено-желтая кожа и слизистые, ксантелазмы век. Пальпаторно- живот болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 8-7-6 см. В анализах: билирубин 186мкмоль/л, (прямой168, непрямой18), АЛТ 38ме/л, АСТ 29ме/л, ГГТП - 96МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 8,4ммоль/л. Какой из перечисленных видов желтух вероятен:

<variant>механическая желтуха

<variant>паренхиматозная желтуха

<variant>гемолитическая желтуха

<variant>печеночная, обусловленная острым вирусным гепатитом А

<variant>печеночная, обусловленная хроническим вирусным гепатитом В

<question>Женщина обратилась в поликлинику с жалобами на желтушность кожи, потемнение мочи, слабость, вздутие живота. В 12 лет перенесла вирусный гепатит В.

Нормального питания, кожа и видимые слизистые оранжево-желтушные, единичные телеангиэктазии на спине. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, печень на 2,5см ниже реберной дуги, селезенка 9,0х5,0см. В анализах: билирубин 111мкмоль/л, (прямой 55, непрямой 56) АЛТ-37ме/л, АСТ-27ме/л, ГГТП-110МЕ; альбумины 43 г/л, холестерин- 4,3; щелочная фосфатаза -186 ме/л, HBsAg(+).

Что из перечисленного является вероятной причиной развития синдрома желтухи:

<variant>вирус гепатита В

<variant>прием алкоголя

<variant>вирус гепатита С

<variant>повышение железа в сыворотке крови

<variant>прием гепатотоксических лекарственных препаратов

<p style="text-align: center;"> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p style="text-align: center;">  SKMA ~1979~ MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		43стр. из 87

<question>Женщина обратилась в поликлинику с жалобами на желтушность кожи и глаз, потемнение мочи, слабость, вздутие живота. В анамнезе – детстве перенесла вирусный гепатит В. При осмотре - умеренного питания, кожа и видимые слизистые оранжево-желтушные, единичные телеангиэктазии на спине. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, печень на 3см ниже реберной дуги, селезенка 8,0х4,0см. В анализах: билирубин 110мкмоль/л, (прямой 55, непрямой 55) АЛТ 38ме/л, АСТ 29ме/л, ГГТП 112МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 4,1; щелочная фосфатаза 200ме/л, HBsAg(+). Какой из перечисленных видов желтух вероятен у этой пациентки:

<variant>печеночная желтуха, обусловленная хроническим вирусным гепатитом В

<variant>печеночная желтуха, обусловленная алиментарным поражением

<variant>подпеченочная желтуха, обусловленная алиментарным поражением

<variant>надпеченочная желтуха, обусловленная алиментарным поражением

<variant>печеночная желтуха, обусловленная острым вирусным гепатитом А

<question>Больная 22 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на: появление желтушности кожи и глаз, потемнением мочи. Из анамнеза: вирусный гепатит, операции отрицает. При осмотре - кожа и слизистые лимонно-желтые, язык чистый. При пальпации-живот мягкий, печень не увеличена, пальпируется нижний полюс селезенки. В общем анализе крови: Нв 100г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л. Биохимический анализ крови - общий билирубин 67 мкмоль/л (непрямой 52 мкмоль/л), АЛТ 37 ме/л. В моче- уробилиноиды, в кале - стеркобилиногены в большом количестве. Какой из перечисленных видов желтух вероятен у данной пациентки:

<variant>гемолитическая

<variant>механическая

<variant>паренхиматозная

<variant>печеночная желтуха, обусловленная острым вирусным гепатитом А

<variant>печеночная желтуха, обусловленная хроническим вирусным гепатитом В

<question>Больной 56 лет, не работает, жалуется на увеличение живота, одышку, слабость, тяжесть в правом подреберье, диспепсию. Из анамнеза - в течение 14 лет болеет гепатитом В, за последние 6 месяцев отмечает похудание, синяки на коже. При осмотре - кожа и слизистые желтушные, атрофия мышц рук и ног, телеангиэктазии в области плеч и спины, гинекомастия, ладонная эритема. Живот резко увеличен и напряжен, выпячивание пупка, подкожная венозная сеть на передней брюшной стенке, печень плотная, по Курлову 15-12-10см, селезенка 19х8см. Перкуторно в отлогих местах живота – тупой звук, в верхней части – тимпанит. Что из перечисленного является вероятной причиной увеличения живота:

<variant>наличие жидкости в брюшной полости

<variant>значительное увеличение печени и селезенки

<variant>значительное увеличение селезенки

<variant>наличие газов в кишечнике

<variant>ожирение

<question>Больной 56 лет, юрист, в стационаре жалуется на: слабость, недомогание, желтушность кожи, ухудшение памяти, боли в правом подреберье, снижение аппетита, кровоточивость десен и вздутие живота. Из анамнеза: около 20 лет болеет гепатитом С, последние 6 месяцев похудание, синяки на коже. Кожа и слизистые желтушные, атрофия мышц рук и ног, телеангиэктазии в области плеч и спины, гинекомастия, ладонная эритема. Живот увеличен в объеме, подкожная венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпаторно - печень плотная. При перкуссии- размеры печени по Курлову 15-11-9см, селезенка 12х8см. Какой из перечисленных клинических синдромов вероятен у данного пациента:

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		44стр. из 87

<variant>печеночной недостаточности

<variant>желтушный

<variant>печеночной комы

<variant>гепатолиенальный

<variant>отечно-асцитический

<question>Больной 47 лет, маляр, обратился в мед. центр с жалобами на: слабость, утомляемость. В анамнезе - операция с гемотрансфузией в 2012г. При осмотре - кожа и слизистые не изменены, печеночных знаков нет. При пальпации - печень плотная, безболезненная, размеры печени по Курлову 13-11-8см. Методом ИФА выявлен HBsAg в сыворотке крови, антитела к гепатиту С (-); билирубин 16мкмоль/мл, АЛТ 177ме/л, АСТ 124ме/л, ПТИ 81%, альбумины 47г/л. УЗИ печени: диффузные изменения паренхимы печени, правая доля 15,5см, левая – 9,5см. Какой из перечисленных методов обследования информативен в данном случае:

<variant>пункционная биопсия печени

<variant>сцинтиграфия печени

<variant>непрямая эластометрия печени

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<variant>компьютерная томография органов брюшной полости

<question>Больной 45 лет, программист, обратился с подозрением на гепатит. Отмечает периодическую слабость, утомляемость. В анамнезе - операция после перелома ноги слева с гемотрансфузией в 2006г. При осмотре- кожа и слизистые не изменены, печеночных знаков нет. При пальпации- печень уплотнена. Размеры печени по Курлову 13-11-8см. Методом ИФА выявлен HBsAg в сыворотке крови, антитела к гепатиту С (-); билирубин 17мкмоль/мл, АЛТ 197ме/л, АСТ 130ме/л, ПТИ 83%, альбумины 41г/л. УЗИ: диффузные изменения паренхимы печени, правая доля 14,5см, левая – 8см, площадь селезенки 40см. Какой из клинических синдромов вероятен у данного пациента:

<variant>цитолита

<variant>белково-синтетической недостаточности

<variant>мезенхимального воспаления

<variant>гиперазотемии

<variant>холестаза

<question>Больной 47 лет, обратился в медицинский центр с жалобами на: периодическую слабость, утомляемость. В анамнезе - операция после перелома ноги слева с гемотрансфузией в 2000г. При осмотре- кожа и слизистые не изменены, печеночных стигм нет. При пальпации- живот безболезнен, печень уплотнена. Размеры печени по Курлову 13-11-8см, селезенка не увеличена. Методом ИФА выявлен HBsAg в сыворотке крови, антитела к гепатиту С (-); билирубин 17мкмоль/мл, АЛТ 198ме/л, АСТ 123ме/л, ПТИ 84%, альбумины 40г/л. УЗИ: диффузные изменения паренхимы печени, правая доля 12,5см, левая – 8см, v.porte 0,8см, площадь селезенки 32см². Какой из перечисленных синдромов вероятен у данного пациента:

<variant>воспаления печени вирусной этиологии

<variant>печеночной недостаточности

<variant>портальной гипертензии

<variant>желудочной диспепсии

<variant>отечно-асцитический

<question>Больной 49 лет, обратился в клинику с изменениями печеночных проб, гепатомегалией и подозрением на гепатит. Периодически бывает слабость, утомляемость. В анамнезе - операция после перелома ноги слева с гемотрансфузией в 2002г. При осмотре-

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		45стр. из 87

кожа и видимые слизистые не изменены. При пальпации- край печени уплотнена. Размеры печени по Курлову 13-11-8см, селезенка не увеличена. Методом ИФА выявлен HBsAg в сыворотке крови, антитела к гепатиту С (-); билирубин 15мкмоль/мл, АЛТ 200ме/л, АСТ 134ме/л, ПТИ 87%, альбумины 42г/л. УЗИ: диффузные изменения паренхимы печени, правая доля 13,5см, левая – 8см, v.porte 0,9см, площадь селезенки 42см². Что является вероятной причиной развития воспаления печени у данного пациента:

<variant>Вирус гепатита В

<variant>прием алкоголя

<variant>Вирус гепатита С

<variant>Повышение железа в сыворотке крови

<variant>Прием гепатотоксических лекарственных препаратов

<question>Женщина 52 лет, врач, обратилась в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита и веса, вздутие живота. В анамнезе- в 15 лет перенесла вирусный гепатит В. При осмотре- вес 64кг, рост 175см; кожа сухая, местами синяки, телеангиэктазии на шее, пальмарная эритема, болезненность в правом подреберье. Печень по Курлову 15-10-7 см, селезенка 11х5,5см. В анализах: билирубин 19мкмоль/л; АЛТ 25ме/л, АСТ 30ме/л, ГГТП 35МЕ; протромбиновый индекс 78%, фибриноген 7,3г/л; холестерин 5,1ммоль/л; тимоловая проба 12ед, альбумины 45 г/л, гамма-глобулины 25%, СОЭ 36 мм/ч. Какой из биохимических синдромов вероятен у данной пациентки:

<variant>мезенхимального воспаления

<variant>белково-синтетической недостаточности

<variant>холестаза

<variant>цитоллиза

<variant>азотемии

<question>Женщина обратилась в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита и веса, увеличение живота. Из анамнеза- в детстве перенесла вирусный гепатит. При осмотре - пониженного питания, кожа с желтушным оттенком, местами синяки, телеангиэктазии на шее и плечах, пальмарная эритема. Живот увеличен за счет асцита, пупок выпячен, выраженная подкожная венозная сеть. Размеры печени по Курлову: 15-10-7 см, селезенки 11х5,5см. В б/х анализе крови: билирубин 57мкмоль/л; АЛТ 23ме/л, АСТ 31ме/л, протромбиновый индекс 60%, фибриноген 1,7г/л, общий белок 54 г/л, альбумины 26 г/л, холестерин 2,1 ммоль/л. Какой из биохимических синдромов вероятен у этой пациентки:

<variant>белково-синтетической недостаточности

<variant>цитоллиза

<variant>холестаза

<variant>гиперазотемии

<variant>мезенхимального воспаления

<question>Женщина 50 лет, экономист, обратилась в поликлинику с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, снижение аппетита и веса, вздутие живота, слабость. В анамнезе- в 17 лет переболела вирусным гепатитом. При осмотре - пониженного питания, кожа с желтушным оттенком, со следами расчесов, ксантелазмы на веках, пальмарная эритема. Пальпаторно - живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 15-10-7 см, селезенки: 11х5,5 см. В анализах крови: билирубин общий 68,3 мкмоль/л, прямой 49; АЛТ 43ме/л, ГГТП 112 МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 8,1 ммоль/л; щелочная фосфатаза 170 ме/л. Какой из биохимических синдромов вероятен у данной пациентки:

<variant>холестаза

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		46стр. из 87

<variant>цитоллиза

<variant>гиперазотемии

<variant>мезенхимального воспаления

<variant>белково-синтетической недостаточности

<question>Женщина 36 лет, учитель, жалуется на слабость, усталость, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота. Из анамнеза- в 12лет перенесла вирусный гепатит. При осмотре- нормального питания, склеры слегка иктеричные, единичные телеангиэктазии на спине. При пальпации- болезненность в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 13-10-8 см, селезенки 8,0х5,0 см. В анализах: билирубин 23,5 мкмоль/л; АЛТ 125ме/л, АСТ 90ме/л, ГГТП 115 МЕ; альбумины 42 г/л, холестерин 4,2 ммоль/л; щелочная фосфатаза 76 МЕ/л. Какой из биохимических синдромов вероятен у данной пациентки:

<variant>цитоллиза

<variant>азотемии

<variant>холестаза

<variant>мезенхимального воспаления

<variant>белково-синтетической недостаточности

<question>Мужчина 63 лет, обратился с жалобами на тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, уменьшение выделения мочи, снижение аппетита, похудание, неустойчивый стул, резкую слабость, кровоточивость десен. В анамнезе- вирусный гепатит отрицает, в прошлом злоупотреблял алкоголем. При общем осмотре- пониженного питания, кожа с желтушным оттенком, местами петехии и синяки. На коже лица, шеи и плеч – телеангиэктазии, пальмарная эритема. Живот увеличен, отвислый, пупок выпячивается, на передней и боковых стенках живота – расширенная венозная сеть. Врач выставил предварительный диагноз: Синдром портальной гипертензий.

Какой из приведенных признаков является характерным для портальной гипертензии:

<variant>расширенная венозная сеть на передней и боковых стенках живота

<variant>телеангиэктазии

<variant>петехии и синяки

<variant>пальмарная эритема

<variant>желтушный оттенок кожи

<question>Мужчина 50 лет, ветеринар, обратился в приемный покой с жалобами на: увеличение живота, уменьшение выделения мочи, похудание, неустойчивый стул, слабость, кровоточивость десен. Из анамнеза- злоупотребляет алкоголем. При осмотре- пониженного питания, дрожание век и рук, кожа желтушная, местами петехии и синяки. В области носа, щек, шеи и плеч – телеангиэктазии, пальмарная эритема. Живот увеличен, отвислый, пупок выпячивается, вокруг него и на передней стенке живота – расширенная венозная сеть- голова Медузы. Размеры печени по Курлову 17-14-10см, селезенка 13х7см.

Какой из перечисленных синдромов вероятен у данного пациента:

<variant>портальной гипертензии

<variant>кишечной диспепсии с мальабсорбцией

<variant>печеночной энцефалопатии

<variant>желудочной диспепсии

<variant>холестаза

<question>Мужчина 55 лет, обратился в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, похудание, вздутие живота, неустойчивый стул, слабость. Из анамнеза - вирусный гепатит отрицает, в прошлом злоупотреблял алкоголем. При осмотре - масса тела снижена, ИМТ -17кг/м2. Кожа с желтушным оттенком, местами петехии и синяки, телеангиэктазии, пальмарная эритема, язык малиновый. Умеренная болезненность

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		47стр. из 87

при пальпации в правом подреберье, край печени плотный, живот увеличен, сеть подкожных вен вокруг пупка. Размеры печени по Курлову 13-11-8 см, селезенки 10х7см. Что из перечисленного является вероятной причиной развития цирроза печени:

<variant>злоупотребление алкоголем

<variant>избыточная масса тела

<variant>употребление наркотиков

<variant>вирус гепатита В или С

<variant>воспаление желчного пузыря

<question>Мужчина 55 лет, слесарь, обратился в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, похудание, вздутие живота, неустойчивый стул, слабость. Из анамнеза - вирусные гепатиты отрицает, в прошлом злоупотреблял алкоголем.

При осмотре - кожа с желтушным оттенком, пониженного питания, местами петехии и синяки, телеангиэктазии. Пальмарная эритема, язык малиновый. При пальпации- умеренная болезненность в правом подреберье, край печени плотный, живот увеличен, сеть подкожных вен вокруг пупка. Размеры печени по Курлову 14-11-7 см, селезенки 11х6см. Какой из перечисленных синдромов вероятно у данного пациента:

<variant>цирроз печени

<variant>внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

<variant>воспаления желчного пузыря с конкрементами

<variant>раздраженного кишечника с диареей

<variant>подпеченочной желтухи

<question>Мужчина 44 лет, обратился с жалобами на: боли в эпигастриальной области после прием пищи, отдающие в спину, боязнь приема пищи, рвоту, не приносящую облегчения; кашицеобразный жирный стул в большом объеме, похудание. Из анамнеза- злоупотребляет алкоголем. Пониженного питания, атрофия мышц на конечностях, рубиновые капли. При пальпации- боли в эпигастриальной области и в левом подреберье. Уровень амилазы в крови, диастазы в моче повышены. Врач предположил синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Какой из перечисленных методов исследования информативен в данном случае:

<variant>УЗИ поджелудочной железы

<variant>эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

<variant>гастродуоденофиброскопия

<variant>колонофиброскопия

<variant>лапароскопия

<question>Мужчина 48 лет, строитель, обратился в приемный покой с жалобами на:

длительные боли в эпигастриальной области после прием пищи, отдающие в спину, боязнь приема очередной пищи, рвоту, не приносящую облегчения; кашицеобразный жирный стул в большом объеме, похудание. Из анамнеза- болеет свыше 7 лет, злоупотребляет алкоголем. При осмотре- резко пониженного питания, атрофия мышц на конечностях, рубиновые капли. При пальпации- болезненность в зоне Шоффара, в эпигастриальной области. Размеры печени по Курлову 11-9-7см. Уровень амилазы в крови и диастазы в моче повышен, в анализе кала - стеаторея, креаторея. Какой из перечисленных синдромов вероятен у данного пациента:

<variant>внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

<variant>мальабсорбции

<variant>кишечной диспепсии

<variant>раздраженного кишечника с диареей

<variant>воспаления желчного пузыря с конкрементами

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		48стр. из 87

<question>Женщина 53 лет, на приеме у врача жалуется на сильную изжогу и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>рефлюкс-эзофагит
- <variant>ценкеровский дивертикул пищевода
- <variant>хронический гастрит
- <variant>хронический панкреатит
- <variant>рак пищевода

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

- <variant>Сахарный диабет 2 типа
- <variant>Ожирение
- <variant>Сахарный диабет 1 типа
- <variant>Нарушение гликемии натощак
- <variant>Нарушение толерантности к глюкозе

<question>Женщина 33 лет, на приеме врача отмечает раздражительность, общую слабость, быструю утомляемость. В анамнезе: субтотальная резекция щитовидной железы, принимала 50 мкг L-тироксина. Объективно: лицо пастозное, тоны сердца приглушены. АД - 100/70 мм.рт.ст. При ЭХО-КГ: отмечается наличие жидкости в полости перикарда. Назовите метод исследования, который наиболее информативен:

- <variant>Определение уровня Т₃ и Т₄
- <variant>ЭКГ
- <variant>Бак. посев крови
- <variant>КТ органов средостения
- <variant>Суточное мониторирование АД

<question>В приемный покой клиники обратилась женщина 44 лет, с жалобами на огрубение голоса. Из анамнеза – вышеуказанное изменение заметила в течение последних 6 месяцев. Из ранее перенесенных отмечает частые простудные заболевания верхних дыхательных путей. При осмотре – лицо одутловатое, вялая, говорит медленно, голос низкий, осиплый, речь несколько невнятна. Повышенного питания, кожа на ощупь сухая, плотноватая, шелушится. PS -58 ударов в мин, АД -90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны. Какой из нижеперечисленных синдромов вероятно развился в данном случае:

- <variant>гипотиреоза
- <variant>гипертиреоза
- <variant>гипогликемии
- <variant>гипергликемии
- <variant>гипокортицизма

<question>Женщина 35 лет, работает учителем в школе, обратилась к семейному врачу с жалобами на частые приступы раздражительности в последнее время. Врач при физикальном обследовании выявил экзофтальм, редкое мигание, симптом Грефе и Кохера. Какой из перечисленных синдромов вероятен у данной больной:

- <variant>гипертиреоза
- <variant>гипотиреоза
- <variant>гипогликемии
- <variant>гипергликемии
- <variant>гиперкортицизма

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		

47 / 11-2025
49стр. из 87

<question>У мужчины 46 лет, страдающего сахарным диабетом, после инъекции инсулина появились возбуждение, агрессия, жалобы на выраженное чувство голода и дрожь в руках. Развитие какого из нижеприведенных состояний вероятно в данном случае у мужчины:

- <variant>гипогликемии
- <variant>гиперкортицизма
- <variant>гипергликемии
- <variant>гипертиреоза
- <variant>гипотиреоза

<question>Мужчина 35 лет, доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники. Из анамнеза –со слов жены ранее ничем не болел, но за этот год похудел, несмотря на повышенный аппетит. В последние 2 дня жаловался на жажду, боли в эпигастрии, отсутствие аппетита, тошноту, была однократная рвота, стал беспокойным, возбужденным. При осмотре - запах ацетона изо рта, судороги, рвота, возбужден. PS- 110 ударов в минуту; АД-80/50 мм.рт.ст. За время осмотра стал заторможенным и впал в кому. Какой из ниже перечисленных видов комы вероятно развился в данном случае:

- <variant>гипергликемическая
- <variant>гипогликемическая
- <variant>апоплексическая
- <variant>уремическая
- <variant>печеночная

<question>Женщина 29 лет, жалуется участковому врачу на апатию, понижение интереса к окружающему, повышение веса, ухудшение памяти, сонливость, вялость, чувство зябкости, которые беспокоят в течение последнего года. Ранее перенесенные заболевания отрицает. 1,5 года назад перенесла операцию по поводу узлового зоба 2 степени - произведена субтотальная тиреоидэктомия. При осмотре – замедленные движения, речь монотонная; несколько одутловатое лицо, суженные глазные щели. Кожа бледноватая с желтушным оттенком, питание повышено. PS -64 ударов в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Какой из ниже приведенных синдромов вероятно развился у данной женщины:

- <variant>гипотиреоза
- <variant>гипертиреоза
- <variant>гипогликемии
- <variant>гипергликемии
- <variant>гипокортицизма

<question>Женщина 33 лет, аудитор, самостоятельно пришла в приемное отделение клиники с жалобами на короткий сон, повышенный аппетит и похудание за последние 5-6 месяцев. Ранее имеющиеся заболевания отрицает, но отмечает большую психологическую нагрузку на работе. При общем осмотре выявлены повышенная возбудимость, общее двигательное беспокойство, суеживость, слабое развитие подкожно-жировой клетчатки, выраженное дрожание пальцев вытянутых рук и положительные симптомы Мебиуса, Грефе. PS -104 ударов в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Тоны сердца учащены, ритмичны, усилены. Какой из ниже перечисленных синдромов вероятен в данном случае:

- <variant>гипертиреоза
- <variant>гипотиреоза
- <variant>гипокортицизма
- <variant>гипергликемии
- <variant>гиперкортицизма

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p>
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		50стр. из 87

<question>У мужчины 45 лет, водителя, при прохождении очередного профилактического осмотра выявлены лицо с расширенными глазными щелями, усиленным блеском глаз, пучеглазием и суетливостью в движениях. При тщательном расспросе выяснено, что ранее ничем не болел, но около года назад потерял жену, и некоторое время был в сильной депрессии. Дополнительный осмотр - в позе Ромберга – мелкая дрожь пальцев рук. PS -100 ударов в минуту. АД 140/95 мм.рт.ст. Тоны сердца учащены, ритмичны, усилены, короткий систолический шум на верхушке. Для какого из нижеприведенных патологических состояний характерны данные объективные изменения:

- <variant>гипертиреоза
- <variant>гипотиреоза
- <variant>гипогликемии
- <variant>гипергликемии
- <variant>гиперкортицизма

<question>Женщина 56 лет, доставлена каретой скорой помощи в приемное отделение ГКБ №4 с подозрением на синдром гипергликемии. Какой из перечисленных показателей информативен подтверждения данного синдрома:

- <variant>глюкозурия
- <variant>гиперпротеинемия
- <variant>гипопротеинемия
- <variant>холестеринурия
- <variant>протеинурия

<question>Женщина 42 лет, без сознания, с улицы доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники. После осмотра врач приемного покоя сделал заключение, что в данном случае имеются признаки гипогликемической комы. Какой из ниже приведенных симптомов является патогномоничным для гипогликемической комы:

- <variant>повышенные сухожильные рефлексы
- <variant>снижение АД
- <variant>гипотония мышц
- <variant>расширение зрачков
- <variant>сохранный тонус глазных яблок

<question>В приемное отделение клиники бригадой скорой помощи с улицы доставлен мужчина, без сознания. При осмотре – лицо розоватое, кожа сухая, тонус мышц и сухожильные рефлексы снижены, зрачки сужены; на расстоянии слышно «большое шумное дыхание Куссмауля. PS – слабый, частый. АД- 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Мочеиспускание самопроизвольное, цвет – насыщенный. Какой из нижеперечисленных видов комы вероятно имеет место в данном случае:

- <variant>гипергликемическая
- <variant>гипогликемическая
- <variant>тиреотоксическая
- <variant>ишемическая
- <variant>печеночная

<question>К участковому врачу обратилась женщина 52 лет, менеджер. После расспроса и осмотра врач определил, что у больной имеется признаки синдрома гипотиреоза. Какой из нижеприведенных характерных симптомов поражения сердечно-сосудистой системы для данного синдрома выявлен при осмотре у женщины:

- <variant>кардиомегалия
- <variant>аритмия

<p style="text-align: center;"> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p style="text-align: center;">  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p style="text-align: center;">Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		47 / 11-2025
<p style="text-align: center;">Контрольно-измерительные средства</p>		51 стр. из 87

<variant>тахикардия

<variant>скачущий пульс

<variant>звучность тонов

<question>К эндокринологу обратилась женщина 45 лет, воспитатель, с жалобами на ожирение, появление красных полос на коже, быструю утомляемость и слабость. Из анамнеза – в течение 20 лет состоит на учете и принимает преднизолон в дозе 20 мг по поводу ревматоидного артрита. Данные изменения появились в течение последних 2-х лет. При осмотре – лунообразное, умеренно гиперемизированное лицо. Выраженная мышечная масса плечевого пояса и верхней половины туловища. На коже передней поверхности живота имеются продольные полосы багрово-синюшного цвета. PS – 118 ударов в минуту, аритмичный. АД -150/100 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены.

Какой из нижеперечисленных синдромов вероятен в данном случае:

<variant>гиперкортицизма

<variant>гипотиреоза

<variant>гипертиреоза

<variant>гипергликемии

<variant>гипокортицизма

<question>При осмотре мужчины, 42 лет, с жалобами на выраженную слабость, нарушение сна, периодические повышение АД и частую депрессию врач приемного покоя определил синдром гиперкортицизма и назначил консультацию эндокринолога. Какие из нижеприведенных объективных симптомов вероятны в данном случае:

<variant>атрофия мышц плечевого пояса и ног

<variant>амимия

<variant>белые стрии

<variant>общее похудание

<variant>утолщение кожных покровов

<question> В приемное отделение поступил мужчина 56 лет, с жалобами на обесцвеченный стул, зуд, боли в животе. Желтушность кожи и склер при заболеваниях сердечно-сосудистой системы обусловлено:

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

<variant>выраженной анемией

<variant>перенесенным гепатитом

<variant>употреблением в пищу большого количества моркови

<variant>портальной гипертензией

<question>В больницу был доставлен мужчина 21 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, боль в области живота. Врач предполагает приступ “брюшной жабы”. «Брюшная жаба» это :

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

<variant>приступ боли в животе до еды, метеоризм

<variant>приступ боли в животе после еды, диспепсические расстройства

<variant>приступ боли в животе до еды, диарея

<variant>приступ боли в животе, чувство скованности суставов по утрам

<question>Мужчина 53-х лет, поступил в стационар с болью в верхней половине живота, частый обильный стул. Из анамнеза: накануне в гостях употребил большое количество крепкого алкоголя на фоне обильного переизбытка. Копрология: большое количество непереваренных мышечных волокон, много нейтрального жира, крахмала.

Ваш предварительный диагноз:

<variant>хронический панкреатит

<variant>хронический энтероколит

<p>ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		52стр. из 87

<variant>хронический гастрит

<variant>хронический холецистит

<variant>синдром раздраженного кишечника

<question>У женщины 45 лет, остро повысилась температура до 40°C, появились озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии легких выявлены инфильтративные изменения в обоих легких.

Укажите причину пневмонии:

<variant>легионелла

<variant>клебсиелла

<variant>микоплазма пневмонии

<variant>палочка Пфейффера

<variant>золотистый стафилококк

<question>Мужчина 39 лет, на приеме у участкового врача жалуется на боли в эпигастриальной области, возникающие через 1,5-2 часа после еды, а также по ночам; склонность к запорам. Год назад течение язвенной болезни осложнилось перфорацией.

Укажите локализацию язвы:

<variant>в луковице 12-перстной кишки

<variant>на малой кривизне желудка

<variant>в антральном отделе желудка

<variant>на большой кривизне желудка

<variant>в пилорическом канале желудка

<question>Мужчина 53 лет, злоупотребляющий алкоголем, поступил в стационар с кровотечением из варикозно - расширенных вен пищевода. Неделью назад появились боли в правом подреберье, отмечает желтушность кожных покровов. Объективно: кожа и склеры желтушны, телеангиэктазии. Живот вздут. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная, болезненная. Спленомегалия. В общем анализе крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ-36 мм/ч. Общий билирубин 56 мкмоль/л, прямая фракция – 12,2 мкмоль/л. Ваш предварительный диагноз:

<variant>цирроз печени алкогольной этиологии

<variant>криптогенный цирроз печени

<variant>хронический алкогольный гепатит

<variant>хронический криптогенный гепатит

<variant>хронический лекарственный гепатит

<question>У больного при поступлении в стационар в экстренном порядке: жалобы на жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, не купируются полностью алмагелем. Отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью – рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Эти признаки позволяют заподозрить:

<variant>рефлюкс-эзофагит

<variant>ахалазию кардии

<variant>рак пищевода

<variant>бронхиальную астму

<variant>хронический гастрит

<question>Мужчина 42 лет, на приеме у врача жалуется на чувство жжения за грудиной, усиливающееся после еды, при наклоне туловища вперед и в положении лежа. Укажите, информативный метод исследования:

<variant>эзофагоскопия

<p>QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		53стр. из 87

<variant>эзофагоманометрия

<variant>рентгенография органов грудной клетки

<variant>электрокардиография с нагрузочными пробами

<variant>ультразвуковое исследование органов брюшной полости

<question>Мужчина 27 лет, на приеме у врача жалуется на боли в эпигастриальной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, «ночные» боли; отрыжку кислым, тошноту. Объективно: пониженного питания, язык влажный, обложен белым налетом, при пальпации живота - болезненность в эпигастриальной области. Укажите, информативный метод исследования:

<variant>фиброгастродуоденоскопия

<variant> ирригоскопия

<variant>эзофагоманометрия

<variant>рентгенография желудка

<variant>ультразвуковое исследование органов брюшной полости

<question>Женщина 55 лет, на приеме у врача жалуется на чувство тяжести и дискомфорта в правом подреберье, возникающие после приема пищи, чувство горечи во рту, периодически рвоту. Объективно – повышенного питания, кожные покровы обычной окраски, при пальпации определяется чувствительность в точке проекции желчного пузыря.

Информативным методом исследования является:

<variant>ультразвуковое исследование органов брюшной полости

<variant>гастроскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>дуоденальное зондирование

<variant>пункционная биопсия печени

<question>Мужчина в возрасте 38 лет, при обильном приеме пищи, охлаждении, ходьбе, раскачивании жалуется на болезненные ощущения, возникающие в левой части живота и поясничной области и уменьшающиеся после приема баралгина. Объективно: язык покрыт белым налетом, живот мягкий, при прикосновении ощущение боли под левым ребром, в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона). Ваш вероятный диагноз :

<variant>хронический панкреатит, болевая чувствительная форма

<variant>язвенная болезнь желудка

<variant>хронический пиелонефрит

<variant>мочекаменная болезнь, почечный приступ

<variant>язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

<question>Мужчина в возрасте 34 лет, жалуется на боль в эпигастриальной области, возникающую через 1,5 х 2 ч. после еды, на ночные болевые ощущения, склонность к запорам. Год назад язва желудка осложнилась перфорацией. Язва желудка у больного оседает...

<variant> в луковице 12-перстной кишки

<variant>в антральной части желудка

<variant> на нижнем плече желудка

<variant>на большом плече желудка

<variant>в пилорическом канальце желудка

<question>Мужчина в возрасте 53 лет поступил с кровотечением из варикозного расширения вен пищевода. Неделью назад появилась боль под правым ребром, желтушность.

Пристрастился к выпивке. При осмотре: кожа и белая роговица глаза желтоватые, телеангиэктазии. Живот засох. Печень выступает из реберной дуги на 3 см, плотная,

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 54стр. из 87

болезненная. Спленомегалия. В анализах крови: анемия, тромбоцитопения, СОЭ-36 мм/ч. Общий билирубин 56 мкмоль /л, из-за прямой фракции. Ваш вероятный диагноз :

<variant>цирроз печени алкогольной этиологии

<variant>криптогенный цирроз печени

<variant>хронический алкогольный гепатит

<variant>хронический криптогенный гепатит

<variant>хронический лекарственный гепатит

<question>Мужчина на приеме у врача жалуется на жжение и боль в спине, когда ложится, наклоняет грудь вперед , которые усиливаются после еды. Информативный метод исследования :

<variant> Эзофагоскопия

<variant> Эзофагоманометрия

<variant>рентгенография грудной клетки

<variant> электрокардиография с принудительной проба

<variant>УЗИ брюшной полости

<question>Мужчина 27 лет поступил в стационар с жалобами на боль в эпигастриальной области и ночную боль, отрыжку горечью, отрыжку, возникающую после 1,5-2 часов приема пищи. При осмотре: низкое питание, влажный язык, дно покрыто белым налетом, при пальпации – болевые ощущения в эпигастриальной области. Метод исследования вероятной информации:

<variant>гастроскопия

<variant>эзофагоманометрия

<variant>рентгенография желудка

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<variant>ирригоскопия

<question>Женщина 52 лет, жалуются на чувство тяжести и дискомфорта под правым ребром, возникающее после приема пищи, горький вкус во рту, периодическую рвоту.

Объективно- кожные покровы нормального цвета, при пальпации определяется чувствительность в точке в области желчного пузыря. Информативный метод исследования :

<variant>УЗИ брюшной полости

<variant>гастроскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>дуоденальное зондирование

<variant>колоноскопия

<question>Пациент в возрасте 52 лет, жалуется на боль под правым ребром , слабость, тошноту, недостаток сна ночью , сонливость днем, увеличение живота, боль под правым ребром. После употребления жирной и острой пищи жидкие субпродукты часто выделяются. Печеночная граница выступающая из реберной дуги 6 см, плотная, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется, размер 10x12 см. При перкуссии - нижняя брюшная полость замкнута. Прогноз диагноз:

<variant>цирроз печени, стадия декомпенсации

<variant>цирроз печени, стадия компенсации

<variant>цирроз печени, стадия субкомпенсации

<variant>аутоиммунный гепатит 1 типа

<variant>аутоиммунный гепатит 2 типа

<question>У 18-летней женщины после эмоционального потрясения возникло чувство дисфагии, припадка в груди. От нервозности, усталости возникла дисфагия. Аппетит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 55стр. из 87

сохранен, не похудела. При физикальном обследовании патология не выявлена. Причина, приводящая к возникновению дисфагии:

- <variant>эзофагоспазм
- <variant>рак пищевода
- <variant>пептическая язва пищевода
- <variant>аксиальная грыжа пищеводного отростка диафрагмы

<question>Больной 28 лет, жалуется на боль в эпигастриальной области через 1,5-2 часа после еды, отрыжку воздухом. ЭФГДС: кремово- гиперимеризованный в пилорическом и антральном отделах желудка. Ваша диагностическая тактика:

- <variant>определить helicobacter pylori
- <variant>хромоскопия
- <variant>рентген желудка
- <variant>внутрижелудочная рН-метрия
- <variant>электрокардиографический метод

<question>У больного при осмотре - гепатоспленомегалия, увеличение остаточного азота и мочевины в биохимическом анализе с асцитом, повышение индола, скатола и фенола в моче. По клиническому симптому этот синдром можно рассматривать как:

- <variant>клеточная недостаточность печени
- <variant>синдром цитолиза
- <variant>синдром холестаза
- <variant>мезенхимальное воспаление
- <variant>шунтирование печеночного кровообращения

<question>К участковому врачу обратился 37-летний Журавлев М., больной жаловался на боль в верхней части правого живота, лихорадку, желтуху, артериальную гипотензию, угнетение. Эти признаки характерны:

- <variant>при остром холангите
- <variant>к острому холециститу
- <variant>при остром аппендиците
- <variant>при остром панкреатите
- <variant>при остром пиелонефрите

<question>Мужчина был госпитализирован в возрасте 53 лет с болезненным ощущением верхней части живота, часто с большим дефекацией. В анамнезе: в вечернем ГОСТе при обильном питании принимала алкоголь в умеренных количествах. В капрологии: большое количество неповрежденных мышечных волокон, много нейтральных жиров, крахмал. Вероятный диагноз:

- <variant>хронический энтероколит
- <variant>хронический гастрит
- <variant>хронический холецистит
- <variant>синдром хронического кишечника
- <variant>хронический панкреатит

<question>В больницу поступил пациент, жалующийся на боль в области пищевода. На самую серьезную жалобу по прогнозу пациентов с заболеваниями пищевода . . . входит

- <variant>дисфагия
- <variant>рвота
- <variant>боль
- <variant>слюноотделение
- <variant>заикание

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		56стр. из 87

<question> Суточные колебания температуры тела у больных находились в пределах 36,6-40,2 С. Повышение температуры тела сопровождается ознобом; снижение сопровождается сильным выделением пота. Характерный тип температурной кривой:

<variant>febris intermittens

<variant>febris continua

<variant>febris remittens

<variant>febris reccurens

<variant>febris hectica

<question> У пациентки после нарушения диеты – употребления жареной, острой пищи были Пайи: рвота, метеоризм, тошнота, отрыжка, обильное выделение слюны, боль в эпигастральной области, распространяющаяся по позвоночнику. Ваш вероятный диагноз:

<variant>панкреатит

<variant>гастрит

<variant>язва желудка

<variant>холецистит

<variant>гепатит

<question> Больной в 45 лет жалуется на боль под правым ребром, рвоту, слабость. Болеет уже 2 года. Ухудшение состояния произошло после употребления жирной пищи, алкоголя. Объективные: кожа и склера желтоватые, моча «пивного цвета», бесцветный стул. Печень увеличена на 5 см, край закруглен. Ваш предварительный диагноз:

<variant>хронический гепатит

<variant>цирроз печени

<variant>рак печени

<variant>острый вирусный гепатит

<variant>синдром Жильбера

<question> У больного язвенной болезнью желудка после приема пищи в период обострения болезни появились жалобы на рвоту, отрыжку с запахом «тухлых яиц». Осложнения, которые могут возникнуть у пациента:

<variant> стеноз

<variant> пенетрация

<variant>перфорация

<variant>кровотечение

<variant>малигнизация

<question> У мужчины 26 лет, после приема обильного спиртного наблюдается многократная рвота, с примесью крови. Ваш предварительный диагноз:

<variant>синдром Меллори-Вейса

<variant>кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

<variant>острый панкреатит

<variant>язва желудка

<variant>болезнь Крона

<question> У 29-летней пациентки внезапно появились чувство тошноты, рвота, повышение температуры тела, диарея 6-8 раз в сутки с пахнущим зеленым калом. О каком заболевании можно думать:

<variant>инфекционная диарея

<variant>неспецифический язвенный колит

<variant>болезнь Крона

<variant>неинфекционная диарея

<variant>дивертикулез тонкой кишки

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		57стр. из 87

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

<variant>синдром Меллори-Бейса

<variant>кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;

<variant>острый панкреатит

<variant>язва желудка

<variant>болезнь Крона

<question>Мужчина в возрасте 38 лет, на приеме у врача жалуется на жжение и боль в спине, когда ложится, наклоняет грудь вперед и усиливается после еды. Вероятный метод исследования :

<variant>Эзофагоскопия

<variant>Эзофагоманометрия

<variant>рентгенография грудной клетки

<variant>электрокардиография с принудительной проба

<variant>УЗИ брюшной полости

<question>Мужчина на приеме у врача жалуется на боль в эпигастриальной области и ночную боль, отрыжку горечью, отрыжку, возникающую после 1,5-2 часов приема пищи. При осмотре: низкое питание, влажный язык, дно покрыто белым налетом, при пальпации – болевые ощущения в эпигастриальной области. Информативный вероятный метод исследования

:
<variant>гастроскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>эзофагоманометрия

<variant>рентгенография желудка

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<question>При диабетической коме из ротовой полости выделяется запах :

<variant> ацетона

<variant> эфира

<variant> гнилых яблок

<variant>тухлых яиц

<variant> аммиака

<question>Патогенез полиурии связан с :

<variant> глюкозурией

<variant> инсулиновой недостаточностью

<variant> значительными отклонениями уровня сахара в крови

<variant> накоплением в крови ацетоновых тел

<variant> гиперлипидемией

<question>Показанием к определению толерантности к глюкозе является наличие у больного:

<variant> жажды и полиурии, ожирения, рецидивирующего фурункулеза

<variant> олигоурии, аллергии

<variant> дислипидемии, кожного зуда

<variant> уровня глюкозы натощак свыше 10 ммоль/л, анурии

<variant> уровня глюкозы натощак - 3,4 ммоль/л, кахексии

<question>Одним из основных проявлений нарушения микроциркуляций при сахарном диабете является :

<variant> ретинопатия

<variant> атеросклероз

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 58стр. из 87

<variant> катаракта

<variant> симметричная невропатия

<variant> поражение сосудов нижних конечностей

<question>Основным лабораторным критерием в диагностике сахарного диабета является :

<variant> гипергликемия на голодный желудок

<variant> продолжительная глюкозурия

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> кетонурия

<variant> гипокалиемия

<question>Основной патогенетический механизм сахарного диабета:

<variant>инсулиновая недостаточность

<variant>нарушение обмена липидов

<variant>нарушение обмена белка

<variant>нарушение обмена ионов калия и натрия

<variant>нарушение водно-солевого обмена

<question>Основное диагностическое мероприятие на амбулаторном уровне, при сахарном диабете 1 типа:

<variant>определение гликемии натощак и через 2 часа после еды

<variant>определение ICA – антител к островковым клеткам

<variant>определение С-пептида в сыворотке крови

<variant>определение ТТГ, свободный Т4, анти-ТПО и ТГ

<variant>определение IAA – антител к инсулину

<question>Диагностическое мероприятие, проводимое на этапе неотложной помощи при сахарном диабете 1 типа:

<variant>определение уровня гликемии

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<variant>ЭХОКГ

<variant>суточное мониторирование ЭКГ по холтеру

<variant>ЭФГДС

<question> Мужчина 42 лет поступил в больницу с жалобами на мигрирующие боли в суставах, одышку при умеренной физической нагрузке, колющие боли в области сердца. 2 недели назад перенес гнойную ангину. Объективно: границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см, тахикардия, систолический шум на верхушке.

Голеностопные суставы припухлые, болезненные на ощупь. На теле сыпь в виде кольцевидной эритемы. Назовите предварительный диагноз у данного больного:

<variant> острая ревматическая лихорадка

<variant> ревматоидный артрит

<variant> реактивный артрит

<variant> неревматический миокардит

<variant> системная красная волчанка

<question> Женщина 52 лет на приеме у врача отмечает боли в коленных суставах в течение 2 лет, утреннюю скованность до получаса. Объективно: коленные суставы деформированы, имеются уплотнения периартикулярных тканей, умеренная гипертермия, пальпаторная крепитация. Выберите основное диагностическое исследование для установления диагноза:

<variant> Рентген коленных суставов

<variant> денситометрия

<variant> пункция коленного сустава

<variant> магнитно-резонансная томография коленных суставов

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		59стр. из 87

<variant> артроскопия

<question> Женщина 52 лет на приеме у врача жалуется на боли и ограничение движений в межфаланговых суставах кистей. При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов обнаружены плотные узелки размером до 0,5 см, умеренно болезненные при пальпации. Суставы незначительно деформированы, движения в них ограничены. При рентгенологическом исследовании суставов кистей выявлено сужение суставной щели и остеосклероз. Назовите предварительный диагноз у данной больной:

<variant> остеоартрит

<variant> ревматоидный артрит

<variant> реактивный артрит

<variant> псориатический артрит

<variant> подагра

<question> Женщина 65 лет обратилась к врачу с жалобами на боли в правом коленном суставе и ограничение подвижности. На рентгенограммах правого коленного сустава отмечается сужение рентгенологической суставной щели, субхондральный склероз, уплощение, неровность суставных поверхностей, выраженные краевые костные разрастания. Назовите предварительный диагноз у данной пациентки:

<variant> остеоартрит

<variant> артропатия

<variant> ревматоидный артрит

<variant> анкилоз

<variant> хронический артрит

<question> Больная 35 лет обратилась к врачу. Жалобы: онемение пальцев ног. При контакте с холодной водой отмечается бледность и постепенное посинение пальцев рук, что становится отчетливо видно. Ранее диагностирован синдром Рейно и подозрение на системную склеродермию. Назовите симптом, позволяющий уточнить диагноз у данной больной:

<variant> утолщение кожи на пальцах рук

<variant> эритема на лице

<variant> деформация мелких сосудов

<variant> симптомы интерстициального нефрита

<variant> онемение кончиков стоп

<question> Женщина 42 лет находится на стационарном лечении и жалуется на боли в руках, пальцах ног, локтях, коленях, утреннюю скованность в суставах, слабость. Из анамнеза: болеет около двух лет, к врачу не обращалась. При осмотре: ульнарная девиация кистей, локтей, коленей без деформации, стопы в виде halux valgus. Назовите предварительный диагноз у данной больной:

<variant> Ревматоидный артрит

<variant> Болезнь Бехтерева

<variant> Остеопороз

<variant> Хондроматоз суставов

<variant> Деформирующий артроз

<question> Назовите симптом, который следует выявить при расспросе истории болезни пациента с артрозом:

<variant> начало заболевания в пожилом возрасте

<variant> заболевание начинается с поражения коленных суставов

<variant> Болезнь Бехтерева у близких родственников

<variant> болезнь начинается с поражения позвоночника

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 60стр. из 87

<variant> начало заболевания в молодом возрасте

<question> У женщины 34 лет после перенесенной ОРВИ появились отеки и покраснения лучезапястных, локтевых, пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов, чувство скованности до 12 часов ночи, вечером - субфебрильная температура. Вышеперечисленные симптомы постепенно нарастали в течение 3 месяцев. Определите изменения в общем анализе крови:

<variant> лейкоцитоз

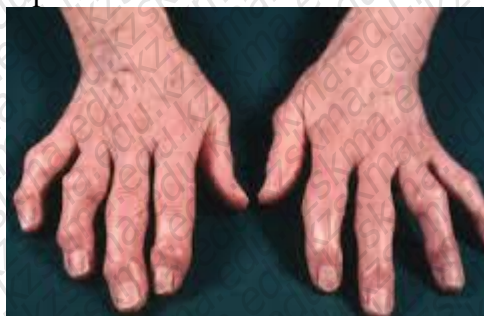
<variant> нейтропения

<variant> лимфопения

<variant> тромбоцитопения

<variant> лимфоцитоз

<question> Опишите изменения в пястно-фаланговых суставах у данного пациента:



<variant> грубая неравномерная деформация

<variant> разрушение костной ткани

<variant> воспаление околосуставных мягких тканей

<variant> округлая деформация типа «футбольный мяч»

<variant> повреждение связочного аппарата вокруг сустава

<question> Назовите результат иммунологического исследования у больного с характерными образованиями около суставов:



<variant> ревматоидный фактор резко повышен

<variant> ревматоидный фактор отрицательный

<variant> С-реактивный белок не обнаружен

<variant> антистрептолизин-О умеренно повышен

<variant> антистрептолизин-О резко повышен

<question> Женщина 42 лет жалуется на боли в плюснефаланговых и голеностопных суставах, чувство утренней скованности перед обедом. Температура тела повышается по вечерам до 37,6-38,0°C. Считает себя больной около 6 месяцев, начало заболевания связывает с переохлаждением. У матери были похожие симптомы. Голеностопные и плюснефаланговые суставы симметрично припухлые, болезненные при сдавливании. Кисти рук также болезненны. Назовите результат иммунологического исследования больной:

<variant> высокий ревматоидный фактор

<variant> снижение уровня фибриногена

<variant> повышенный уровень мочевого кислоты

<variant> снижение уровня общего белка в крови

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 61стр. из 87

<variant> повышение уровня антистрептолизина

<question> Больной 39 лет жалуется на боли в плюснефаланговых и голеностопных суставах, чувство утренней скованности перед обедом. Голеностопные и плюснефаланговые суставы симметрично припухлые, болезненные при сдавливании. Температура тела субфебрильная. Заболевание связывает с переохлаждением. У матери были аналогичные симптомы.

Назовите изменения в иммунологическом исследовании больного:

<variant> высокий ревматоидный фактор

<variant> снижение уровня фибриногена

<variant> повышенный уровень мочевой кислоты

<variant> снижение уровня общего белка в крови

<variant> повышение уровня антистрептолизина

<question> Женщина 36 лет обратилась к врачу с жалобами на боль и припухлость в лучезапястном суставе, сильную боль и слабость в кисти, невозможность сжать кисть или удержать в ней предмет; субфебрильную температуру по вечерам. Суставы болят и припухают в течение года, но к врачу не обращалась до ухудшения симптомов. Симптом сдавливания кисти положительный. Ревматоидный фактор 52 МЕ/мл (норма <10 МЕ/мл). Опишите рентгенограмму кистей у данной больной:



<variant> краевые эрозии суставных поверхностей

<variant> субхондральный склероз

<variant> периартикулярный склероз

<variant> краевые утолщения и остеофиты

<variant> неравномерное расширение суставной щели

<question> Мужчина 32 лет жалуется на боль и припухлость правого коленного сустава в течение 2-3 недель. Повышение температуры тела до 38,6° С, слабость, потливость. Назовите результат лабораторного обследования у этого больного:

<variant> повышенный С-реактивный белок

<variant> повышенный уровень мочевой кислоты

<variant> повышение креатинина

<variant> повышенный уровень ферритина

<variant> повышенный уровень мочевины

<question> Больной 20 лет жалуется на боли в коленных суставах. Несколько дней назад его беспокоили боли и припухлость в локтевых, затем в голеностопных суставах. Две недели назад перенес тонзиллит. При осмотре отмечена небольшая припухлость и гиперемия правого коленного сустава. Назовите изменения в общем анализе крови у данного больного:

<variant> лейкоцитоз

<variant> лейкопения

<variant> лимфопения

<variant> нейтропения

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		62стр. из 87

<variant> лимфоцитоз

<question> Пациент 33 лет, обратилась к врачу с жалобами на повышение температура тела до 39,9, озноб, сухой кашель, боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании. Из анамнеза: заболела остро, 3 дня назад. Объективно: в нижних отделах правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, выслушиваются жесткое дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Ваш предварительный диагноз:

<variant> пневмония

<variant> хроническая обструктивная болезнь легких

<variant> бронхиальная астма

<variant> сухой плеврит

<variant> экссудативный плеврит

<question> Пациент 55 лет, на приеме у врача предъявляет жалобы на кашель с выделением большого количества гнойной мокроты, иногда «полным ртом» с неприятным гнилостным запахом, вялость, раздражительность, понижение работоспособности. Из анамнеза отмечает хронический бронхит с детства. При осмотре – пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». В аускультации легких ослабленное везикулярное дыхание, в средней доле справа разнокалиберные влажные хрипы. Ваш предварительный диагноз:

<variant> бронхиальная астма

<variant> экссудативный плеврит

<variant> хроническая обструктивная болезнь легких

<variant> сухой плеврит

<variant> бронхоэктатическая болезнь

<question> Пациент 26 лет, на приеме у врача предъявляет жалобы на боли в грудной клетке слева, повышение температуры до 39°, нарастающую одышку. Объективно: ослабление голосового дрожания слева, укорочение перкуторного звука. Число дыханий - 22 в минуту, ЧСС - 100 ударов в минуту. Решающим для постановки диагноза является метод:

<variant> рентгенографии грудной клетки

<variant> острофазовых показателей крови

<variant> электрокардиографии

<variant> общего анализа крови

<variant> спирография

<question> Пациент 46 лет, на приеме у врача жалуется на кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке. В течение 2 лет страдает бронхолегочной патологией, курильщик. Объективно: дыхание жесткое, по всем полям сухие жужжащие хрипы, выдох удлинен. Ваш предварительный диагноз:

<variant> хроническая обструктивная болезнь легких

<variant> пневмония

<variant> бронхиальная астма

<variant> бронхоэктатическая болезнь

<variant> хронический гнойный бронхит

<question> В стационар поступил мужчина 29 лет, с жалобами на приступ удушья, возникший 2 часа назад дома, на кашель с небольшим отделением вязкой стекловидной мокроты. При осмотре: состояние тяжелое. Больной сидит в постели, опираясь на нее руками. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД - 30 в минуту, резко затруднен выдох. Отмечается выраженный диффузный цианоз, набухание шейных вен. Выберите вероятную причину dyspnoe:

<variant> спазм мелких бронхов

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		63стр. из 87

<variant> уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнение)

<variant> снижение эластичности легких вследствие эмфиземы

<variant> механическое препятствие в гортани

<variant> поражение трахеи

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

<variant> посев мокроты на чувствительность сопутствующей микрофлоры

<variant> брашбиопсия

<variant> бронхоскопия

<variant> туберкулиновая проба

<variant> компьютерная спирография

<question> Женщина 39 лет обратилась к врачу по поводу повышения температуры тела 2 дня назад до 37,5 - 37,8, влажный, продуктивный кашель. ЧСС - 100 ударов в минуту. ЧДД - 28 в минуту. Укорочение перкуторного звука под легкими нет. При аускультации легких: дыхание жесткое, с обеих сторон, больше в базальных отделах определяются сухие свистящие и жужжащие хрипы, а также влажные среднекалибрные хрипы. Ваш предварительный диагноз:

<variant> бронхит необструктивный

<variant> пневмония

<variant> ларинготрахеит

<variant> бронхиальная астма

<variant> туберкулез

<question> Девочка 24 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на периодически возникающие эпизоды одышки в покое, которые появились в течение последней недели. бъективно: в нижних отделах правого легкого локальное притупление легочного звука, ослабление дыхания, ЧДД 26 в минуту, ЧСС 86 ударов в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст. Ваш предварительный диагноз:

<variant> пневмония

<variant> бронхиальная астма

<variant> тромбоэмболия легочной артерии

<variant> нейроциркуляторная дистония

<variant> острый обструктивный бронхит

<question> Мужчина 42 лет, на приеме у врача жалуется на повышение температуры тела до 38°C, кашель со слизистой мокротой, слабость. Заболел остро после переохлаждения. Объективно: в легких жесткое дыхание, хрипов нет. В анализах крови: лейкоциты - 7,5 тыс, СОЭ - 20 мм/ч. Ваш предварительный диагноз:

<variant> острый бронхит

<variant> острый ринофарингит

<variant> хронический бронхит, обострение

<variant> внебольничная прикорневая пневмония

<variant> хроническая обструктивная болезнь легких, легкой степени, обострение

<question> Пациент 53 лет, обратился к врачу с жалобами на кашель, временами со слизисто-гноной мокротой в течение последних 2 лет. Курит с 10 лет. Последние 3 месяца

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		64стр. из 87

появилась экспираторная одышка при беге и подъёме на 3-й этаж. При аускультации легких : жёсткое дыхание, сухие хрипы. Индекс Тиффно равен 55%. Ваш предварительный диагноз:

<variant> хроническая обструктивная болезнь легких

<variant> осумкованный плеврит

<variant> очаговая пневмония

<variant> саркоидоз лёгких

<variant> бронхиальная астма

<question> Врач медицинского пункта был вызван к мальчику 14 лет (вес 55 кг). Жалобы на повышение температуры тела до 39,8 градусов, слабость, недомогание, отсутствие аппетита, потливость, боль в горле при глотании. Частота дыхания 35. Нормальное число дыханий в одну минуту:

<variant> 16 – 20

<variant> 24 – 28

<variant> 32 – 36

<variant> 10 – 14

<variant> 36 – 40

<question> Пациент 66 лет, обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 37,7 °С, кашель, При аускультации выслушиваются сухие хрипы, общую слабость, потливость.

Механизм появления сухих хрипов:

<variant> сужение просвета бронхов

<variant> утолщение листков плевры

<variant> наличие жидкого секрета в просвете

<variant> колебание стенок альвеол

<variant> наличие жидкости в альвеолах

<question> Женщина 27 лет, жалуется на выраженную одышку, кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой в течение 3-х часов. Объективно: состояние средней тяжести. Вынужденное положение с фиксированным плечевым поясом. Затрудненный удлиненный выдох. Слышны «дистанционные хрипы». Основные аускультативные признаки бронхоспастического синдрома:

<variant> дискантовые хрипы

<variant> крупозырчатые хрипы

<variant> мелкопузырчатые влажные хрипы

<variant> консонизирующие хрипы

<variant> крепитация

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

<variant> ослабление везикулярного дыхания на здоровой стороне

<variant> притупление перкуторного звука

<variant> усиление голосового дрожания

<variant> усиление бронхофонии и влажные хрипы

<variant> отставание больной стороны в акте дыхания

<question> У женщины 27 лет, после обработки помещения дезинфицирующим раствором внезапно появилось чувство нехватки воздуха, надсадный приступообразный кашель, страх смерти. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы цианотичные, выраженный гипергидроз. Тахипноэ, ЧДД 40 в минуту. Тоны сердца глухие, ЧСС 140

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p> <p>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p> <p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>47 / 11-2025 65стр. из 87</p>

ударов в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Над полостью в легком, содержащей воздух и мокроту выслушивается:

<variant>бронхиальное дыхание и крупнопузырчатые влажные хрипы

<variant>сухие хрипы и бронхиальное дыхание

<variant>крепитация и бронхиальное дыхание

<variant>сухие хрипы и везикулярное дыхание

<variant>мелкопузырчатые влажные хрипы

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

<variant>одышка

<variant>кровохарканье

<variant>кашель

<variant>мокрота

<variant>слабость

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

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

<variant>дополнительный объем

<variant>дыхательный объем

<variant>резервный объем

<variant>объем остаточного воздуха

<question>Мужчина 29 лет. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до 38,0°C, нарастание слабости, сонливости, похудения, повышенную потливость. Мужчина продолжал работать, но два дня назад появилась гнойная мокрота, что заставило обратиться к врачу. Обильная до 200 – 300 мл гнойная мокрота в сутки выделяется при:

<variant>бронхоэктатической болезни

<variant>гнойном обструктивном бронхите

<variant>эмфиземе легких, пневмосклерозе

<variant>бронхиальной астме

<variant>очаговой или крупозной пневмоний

<question>Поступил мужчина 35 лет, жалуется на боли в грудной клетке, повышение температуры тела, выраженную общую слабость. Боль чаще односторонняя, достаточно интенсивная, с тенденцией к усилению при глубоком вдохе, кашле, чихании. Температура тела повышается до 38°C, редко выше. Также беспокоит общая слабость, потливость, головная боль, непостоянные боли в мышцах и суставах. Аускультативный признак синдрома утолщения листков плевры:

<variant>ослабленное везикулярное дыхание

<variant>амфорическое дыхание

<variant>везикулярное дыхание

<variant>патологическое бронхиальное дыхание

<variant>усиленное везикулярное дыхание

<question>Мужчина 53 лет, находится на стационарном лечении 10-е сутки. При аускультации легких: разнокалиберные, влажные и сухие хрипы. Дыхание поверхностное,

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>66стр. из 87</p>

тахипноэ, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, тахикардия ЧСС 100 ударов в мин., АД 90/60 мм. рт. ст. Сухие хрипы возникают из-за:

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

<question>У пациента 26 лет в детстве после перенесенного ревматизма сформировался стеноз митрального отверстия. В течение многих лет чувствовал себя удовлетворительно, но в последнее время, после частых ангин, состояние резко ухудшилось: появились одышка, кашель с выделением «ржавой» мокроты, сердцебиение, боли в области сердца, отеки на ногах, прибавила в весе. Влажные хрипы возникают при:

- <variant>скопления в просвете бронхов жидкого или полужидкого секрета
- <variant>скопления в просвете бронхов вязкого секрета
- <variant>набухания слизистой оболочки бронхов
- <variant>спазме гладкой мускулатуры бронхов
- <variant>наличия в альвеолах жидкости

<question>Пациент 44 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жалуется на повышение температуры до 38 °С по вечерам, постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, повышенную потливость. При аускультации легких выслушивается крепитация. Крепитация выслушивается при:

- <variant>наличия в альвеолах жидкого секрета
- <variant>скопления в просвете бронхов жидкого или полужидкого секрета
- <variant>набухания слизистой оболочки бронхов
- <variant>сужении просвета бронхов вязким секретом
- <variant>спазме гладкой мускулатуры бронхов

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

- <variant>Анализ мокроты на БК
- <variant>Направить к фтизиатру
- <variant>Провести антибактериальную терапию
- <variant>Назначить противотуберкулезное лечение
- <variant>Направить в пульмонологическое отделение

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

- <variant>Спирография
- <variant>ЭКГ
- <variant>ЭХО-КГ
- <variant>рентген
- <variant>показатели крови.

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 67стр. из 87

<question>К врачу приемного покоя обратился мужчина 35 лет, с длительным стажем курильщика в анамнезе. При обследовании выявлен синдром наличия полости в легком, сообщающейся с бронхом. Какова вероятная аускультативная симптоматика в данном случае:

- <variant>амфорическое дыхание
- <variant>ослабленное везикулярное дыхание
- <variant>усиленное везикулярное дыхание
- <variant>металлическое дыхание
- <variant>жесткое дыхание

<question> К врачу приемного покоя обратился мужчина, 25 лет, с жалобами на высокую температуру, кашель с небольшим количеством ржавой мокроты. Из анамнеза – заболел остро, после переохлаждения. При осмотре выявлено: усиление голосового дрожания и бронхофонии, укорочение перкуторного звука над очагом поражения, ослабленное везикулярное дыхание, crepitacio indux.

Для какой стадии заболевания характерна данная клиническая картина:

- <variant>начала заболевания
- <variant>разгара болезни и разрешения
- <variant>разгара болезни
- <variant>разрешения
- <variant>выздоровления

<question>У молодого мужчины 22 лет, с жалобами на одышку и боли в грудной клетке выявлены следующие физикальные данные: перкуторно – тимпанический звук, аускультативно -бронхиальное дыхание с металлическим оттенком. Какой из перечисленных ниже патологических состояний является вероятной причиной данного изменения:

- <variant>открытый пневмоторакс
- <variant>закрытый пневмоторакс
- <variant>полость в легком
- <variant>бронхоспазм
- <variant>гидроторакс

<question>Девушка 23 лет, обратилась с жалобами на повышение температуры и сухой кашель.

При объективном обследовании врач обнаружил в области угла лопатки на ограниченном участке усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, усиление бронхофонии и ослабленное бронхиальное дыхание. Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны данные клинические симптомы:

- <variant>очагового уплотнения легочной ткани
- <variant>обтурационного ателектаза
- <variant>наличие полости в легочной ткани
- <variant>наличия жидкости в полости плевры
- <variant> долевого уплотнения легочной ткани

<question> При объективном обследовании у больного наблюдается повышение температуры тела до 39,8° С. Оказалось, что субфебрильная температура в анамнезе наблюдалась постоянно в течение последнего года, прием жаропонижающих веществ в виде аспирина не приводил к его нормализации. Ослабленная температура наблюдается во время:

- <variant> абсцесс легкого
- <variant> рак легких
- <variant> абсцесс легкого после разрыва

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>68стр. из 87</p>

<variant> крупозная пневмония

<variant> Гнойный обструктивный бронхит

<question> Больной К., 20 лет поступил в терапевтическое отделение с повышением температуры тела до 40,5° С. Больной бледный, сухая кожа. Язык покрыт белым налетом. Пациент жалуется на боли в суставах и мышцах, одышку, сильный кашель с мокротой, отсутствие аппетита, головные боли. АД-130/90 мм рт.ст. Пульс 98 раз./ мин. Границы сердца нормальные. Тоны сердца приглушены. Дыхание частое и поверхностное. Постоянное повышение температуры тела наблюдается во время:

<variant> начальная стадия крупозной пневмонии

<variant> рак легких

<variant> бронхоэктатическая болезнь

<variant> абсцесс легкого находится на стадии разрешения

<variant> крупозная пневмония на стадии разрешения

<question> Пациент В., поступил в терапевтическое отделение. Нитевидный пульс, холодный пот, удушье, стеснение в груди, беспокоит резкая слабость. У пациента, получающего лечение пенициллином, гипотония - это состояние.

<variant> тромбоэмболия легочной артерии

<variant> анафилактический шок

<variant> симптомы острой левожелудочковой недостаточности (отек легких)

<variant> симптомы почечной эклампсии

<variant> симптомы острой правожелудочковой недостаточности

<question> Пожилой мужчина, страдающий хроническим алкоголизмом и ХОБЛ, жалуется на вязкий кашель с затрудненным отделением, мокроту с запахом обожженного мяса, консистенцию, напоминающую желе черной смородины. Выявлены: выраженная интоксикация, одышка, незначительное количество хрипов в легких. Рентгенологически выявлен феномен «расползающегося сотового легкого», множественные бронхоэктазы, остаточные полости, пневмосклероз. Вероятный возбудитель:

<variant> клебсиелла

<variant> хламидия

<variant> микоплазма

<variant> вирус гриппа

<variant> кишечная палочка

<question> 27 летний мужчина жалуется на одышку и сухой кашель, имеет в анамнезе простудный фактор и аллергический ринит, врач выслушал сухой свистящий хрип по всей поверхности легких. Какой из следующих синдромов мог развиваться у этого пациента:

<variant> нарушение бронхиальной проходимости

<variant> наличие полости легочной ткани

<variant> увеличение объема воздуха в легких

<variant> уплотнение легочной ткани

<variant> расширение бронхов

<question> При бронхиальной астме спирографические показатели в основном снижаются из:

<variant> форсированная жизненная емкость легких

<variant> жизненная емкость легких

<variant> максимальная вентиляция легких

<variant> дыхательная мощность

<variant> мощность выдоха

<question> Основные жалобы при синдроме органической бронхиальной обструкции:

<variant> удушье

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		69стр. из 87

<variant> кашель

<variant> боль в груди

<variant> одышка при нагрузке

<variant> плевать на кровь

<question> Кашель при синдроме органической бронхиальной обструкции:

<variant> часто появляется в утренние часы

<variant> беспокоит ночью

<variant> слизистая мокрота в умеренных количествах

<variant> с небольшим количеством "стекловидной" мокроты

<variant> с большим количеством гнойной мокроты

<question> Основным клиническим признаком синдрома органической бронхиальной обструкции:

<variant> кашель с мокротой

<variant> одышка

<variant> плевать на кровь

<variant> хрипы при аускультации легких

<variant> повышение артериального давления

<question> После синдрома органической бронхиальной обструкции может развиваться:

<variant> гнойный плеврит

<variant> инфаркт пневмонии

<variant> хроническое легочное сердце

<variant> экссудативный плеврит

<variant> воспаление легких

<question> При синдроме органической бронхиальной обструкции при перкуссии легких:

<variant> определяется значительное усиление перкуторного звука

<variant> определяется потеря пространства Траубе

<variant> изменения не обнаруживаются

<variant> определяет звук коробки

<variant> определяется барабанный перкуссионный звук

<question> При аускультации легких при синдроме органической бронхиальной обструкции выявляется:

<variant> пуэрильное дыхание

<variant> усиление везикулярного дыхания

<variant> тяжелое дыхание

<variant> бронхиальное дыхание

<variant> сухие хрипы

<question> При синдроме органической бронхиальной обструкции слышимость сухих хрипов на ограниченной территории связано.

<variant> с эмфиземой

<variant> дыхательная недостаточность

<variant> с гидротораксом

<variant> при местной обструкции крупных или средних бронхов

<variant> при воспалении паренхимы легких

<question> Распространенными инфекционными агентами, вызывающими острую пневмонию, являются:

<variant> пневмококки

<variant> стафилококки

<variant> вирусы (часто респираторные)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		70стр. из 87

<variant> микоплазма

<variant> легионелла

<question> Укажите условия, способствующие развитию острой пневмонии (факторы риска):

<variant> инфицированный ОРВИ

<variant> иммунодефицит (включая СПИД)

<variant> сердечно-сосудистые заболевания

<variant> закупорка дыхательного дерева

<variant> диабет

<question> Мужчина 28 лет, на приеме у врача жалуется на приступообразные боли в области поясницы, задержка мочи и отечность лица. Положительный симптом Пастернацкого бывает при:

<variant> мочекаменной болезни

<variant> диабетической нефропатии

<variant> уретрите

<variant> цистите

<variant> простатите

<question> По данным пробы Зимницкого выявлены следующие результаты: суточный диурез 2500 мл, дневной диурез – 1720 мл, ночной диурез -780 мл. Максимальное и минимальное значения относительной плотности мочи в различных порциях в пределах 1,005 – 1,012. Укажите заключение являющийся правильным:

<variant> полиурия, гипостенурия

<variant> гипоизостенурия, никтурия

<variant> полиурия, поллакиурия

<variant> изостенурия, никтурия

<variant> полиурия, никтурия

<question> В клинику бригадой скорой помощи доставлен мужчина, 38 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, отсутствие мочи, подергивание мышц. Из анамнеза: попал в дорожно-транспортное происшествие, тяжелое повреждение почек. В анализах крови мочевины – 9,3 ммоль/л, креатинин – 188 мкмоль/л, Na - 131 ммоль/л, K⁺ - 6,8 ммоль/л. Укажите синдром развивающийся в данной ситуации:

<variant> синдром острой почечной недостаточности

<variant> синдром хронической почечной недостаточности

<variant> синдром почечной артериальной гипертензии

<variant> нефротический синдром

<variant> нефритический синдром

<question> К врачу обратилась женщина 56 лет, с жалобами на отечность лица, больше по утрам, уменьшение выделения мочи, быструю утомляемость. В анамнезе: частые простудные заболевания. При осмотре: лицо больной бледное, одутловатое, веки отечные, глазные щели сужены. Укажите правильно характеризующийся данным по осмотрам:

<variant> facies nephritica

<variant> facies febrilis

<variant> facies mitralis

<variant> facies basedovica

<variant> facies Hippocratica

<question> В клинику обратилась женщина 48 лет, с жалобами на отечность лица, больше по утрам, уменьшение количества выделяемой мочи, окрашивание мочи в цвет «мясных помоев», сердцебиение, быструю утомляемость. Из анамнеза: месяц назад после переохлаждения перенесла ангину, бронхит, после чего периодически беспокоили ноющие

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 71стр. из 87

боли в пояснице. Объективно: лицо больной бледное, одутловатое, веки отечные. АД 150/110 мм.рт.ст. В общем анализе мочи – белок 0,099%, эритроциты – 45-50 в п/з. Укажите причину появления в моче цвета «мясных помоев»:

<variant>понижение проницаемости капилляров клубочков

<variant>воспаление мочеточников

<variant>повреждение мочеточников камнем

<variant>повышение количества эритроцитов в крови

<variant>снижение уровня факторов свертывания крови

<question>Назовите нарушение кровообращения в головном мозге, вызывающее повреждение тканей

<variant> Инсульт

<variant> Энцефалит

<variant> Аутизм

<variant> Полиневропатия

<variant> Миелит

<question> Тип инсульта, вызванный разрывом кровеносного сосуда в мозге

<variant> Геморрагический

<variant> Ишемический

<variant> Тромботический

<variant> Лакунарный

<variant> Транзиторный

<question> Состояние, вызывающее внезапное временное нарушение мозгового кровообращения

<variant> Транзиторная ишемическая атака (ТИА)

<variant> Геморрагический инсульт

<variant> Энцефалит

<variant> Мигрень

<variant> Полиневропатия

<question> 19-летний мужчина, студент колледжа, поступил в клинику с головной болью, светобоязнью, рвотой и лихорадкой. В анамнезе - контакт с больным туберкулезом.

Объективно: лежит в позе «львиной собаки», голова наклонена назад, ригидность затылочных мышц на 2 поперечных пальцах, положительные симптомы Кернига, нижний Брудзинского. Укажите синдром у данного пациента:

<variant> менингеальный

<variant> судорожный

<variant> эпилептический

<variant> переходящий приступ

<variant> геморрагический

<question> Девушка А. 18 лет доставлена в приемный покой с жалобами на резкую головную боль, повышение температуры, тошноту, рвоту. Из анамнеза - болев в течение недели, ходила с друзьями в горы. При осмотре - лежит с закрытыми глазами, не дает накрыть себя одеялом, выявлено резкое повышение болевой чувствительности. При попытке врача наклонить голову испытуемой отмечалось сгибание нижних конечностей в тазобедренных и коленных суставах. Назовите симптом в данном случае:

<variant> Синдром Брудзинского

<variant> Кернига

<variant> Гордона

<variant> Оппенгейма

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		72стр. из 87

<variant> Шоффара

<question> Мужчина 35 лет, школьный учитель, доставлен в приемный покой больницы по направлению участкового врача. Жалобы на сильную головную боль, тошноту, невозможность свободно передвигаться из-за внезапной резкой слабости в левой ноге. Из анамнеза - страдает хроническим нефритом. При осмотре выявлена бледность кожных покровов, снижение болевой чувствительности. АД - 190/100 мм рт. ст. Укажите на развитие патологического состояния у мужчины:

<variant> геморрагический инсульт

<variant> менингеальные синдромы

<variant> преходящий приступ

<variant> инфаркт миокарда

<variant> эпилептический припадок

<question> Женщина, 42 лет, была доставлена в приемный покой больницы родственниками с жалобами на головную боль, повышение температуры, тошноту, светобоязнь. Из анамнеза - болеет более недели, после перенесенной острой респираторной инфекции. При осмотре - лежит на боку с закрытыми глазами, не дает себя чем-либо накрыть, выявлены гиперестезия, ригидность затылочных мышц на 4 поперечных пальцах, положительный симптом Кернига. Укажите информативный метод исследования для установления диагноза:

<variant> спинномозговая пункция

<variant> компьютерная томография головного мозга

<variant> МРТ головного мозга

<variant> электроэнцефалография

<variant> церебральная эхография

<question> У 57-летней женщины, страдающей артериальной гипертензией в течение 17 лет, после эмоционального стресса появились сильная головная боль, тошнота и многократная рвота. Вызов участкового врача на дом выявил дорсальное сгибание 1-го пальца стопы и веерообразное расхождение остальных пальцев при надавливании согнутым пальцем на гребень голени. Назовите вероятный патологический симптом:

<variant> Оппенгейма

<variant> Кохера

<variant> Шеффера

<variant> Гордона

<variant> Брудзинского

<question> У мужчины 60 лет на автобусной остановке случился приступ резкой головной боли, он кричит, пытается куда-то бежать, сильно ругается, окружающие вызвали скорую помощь. На вопросы врача отвечает правильно, но не сразу, с трудом подбирает слова, произносит их отдельными слогами. Жалуется на нарастающую слабость в левой руке и ноге. В анамнезе стенокардия, принимает спрей «Изокет», сейчас он не помог. Выявлено снижение чувствительности с левой стороны, положительный симптом Бабинского. Укажите предположительный диагноз в данном случае:

<variant> ишемический инсульт

<variant> эпилептический припадок

<variant> преходящий приступ

<variant> менингеальный синдром

<variant> истерический припадок

<question> К врачу обратился мужчина 35 лет, жалуется на периодические боли в правой половине грудной клетки, неприятный запах изо рта. В течение последних месяцев иногда

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		73стр. из 87

появлялась дисфагия. Из анамнеза: часто болеет простудными заболеваниями. В данном случае можно предположить:

<variant> дивертикул пищевода

<variant>варикозное расширение вен пищевода

<variant>пищеводно-бронхиальный свищ

<variant>стеноз пищевода

<variant>ахалазию пищевода

<question>Мужчина 26 лет, обратился к врачу со следующими жалобами: боли в эпигастриальной области, возникающие через 1-1,5 часов после еды, отрыжка, изжога. При осмотре: язык влажный, обложен налетом белого цвета, живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастриальной области. При ФГДС: диффузная гиперемия слизистой желудка, поверхностные дефекты слизистой оболочки антрального отдела желудка размерами до 0,5 см. Ваш предварительный диагноз:

<variant>хронический неатрофический гастрит, с эрозиями

<variant>хронический атрофический гастрит

<variant>язвенная болезнь желудка

<variant>рефлюкс-гастрит

<variant>функциональная неязвенная диспепсия

<question>Мужчина 34 лет, перенес острую дизентерию 2 недели назад. В настоящее время беспокоят ноющие боли в нижних отделах живота, усиливающиеся через 5-7 часов после еды; поносы после приема молочных продуктов. Выберите диагностический метод исследования для верификации диагноза:

<variant>копрограмма

<variant>анализ кала на скрытую кровь

<variant>колоноскопия

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<variant>рентгенологическое исследование кишечника

<question>Мужчина 27 лет, доставлен в приемный покой стационара с острыми болями в животе, возникшими 1 час назад. Рвоты, стула не было. Объективно: мышечный дефанс в эпигастриальной области, перкуторно - исчезновение печеночной тупости. Ваш предварительный диагноз:

<variant>перфорация язвы желудка

<variant>пенетрация язвы желудка

<variant>желудочное кровотечение

<variant>острый холецистит

<variant>острый панкреатит

<question>Мужчина 46 лет, обратился к врачу с жалобами на боль за грудиной, иррадиирующую в межлопаточную область, усиливающуюся в положении лежа; отрыжку кислым. Ваша диагностическая тактика для верификации диагноза:

<variant>эзофагогастродуоденоскопия

<variant>24 часовая рН-метрия

<variant>внутрипищеводная манометрия

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<variant>тест с ингибитором протонной помпы

<question>Мужчина 42-х лет, поступил в стационар с приступом боли в животе, больше в левом подреберье, сопровождающейся умеренной желтухой. Из анамнеза: прооперирован 5 лет назад по поводу желчнокаменной болезни. Объективно: состояние средней степени

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		74стр. из 87

тяжести, умеренная желтушность кожных покровов. Живот при пальпации болезненный в левом подреберье, в зоне Шоффара и Губергрица. Ваш предварительный диагноз:

<variant> хронический панкреатит

<variant> хронический холангит

<variant> язвенная болезнь

<variant> хронический гастрит

<variant> хронический гепатит

<question>Мужчина 36 лет, на приеме у врача жалуется на боли в левой половине живота и поясничной области, периодически возникающие после переедания, переохлаждения, тряской езды и уменьшающиеся, после приема но-шпы, баралгина. Объективно: язык обложен белым налетом, живот мягкий, при пальпации болезненный в левом подреберье, левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона). Ваш предварительный диагноз:

<variant> болевая форма хронического панкреатита

<variant> язвенная болезнь желудка

<variant> хронический пиелонефрит

<variant> мочекаменная болезнь, почечная колика

<variant> язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

<question>Мужчине 28 лет, проводилась терапия обострения бронхоэктатической болезни. Через 2 недели появились непостоянные, неопределенного характера боли в животе средней интенсивности, метеоризм, жидкий стул 4-6 раз в сутки, в каловых массах определялись кусочки непереваренной пищи. Необходимые методы диагностики, позволяющие выявить причину:

<variant> микробиологическое исследование кала

<variant> общий анализ крови

<variant> ирригоскопия

<variant> ультразвуковое исследование брюшной полости

<variant> ФГДС

<question>Мужчина 50 лет, на приеме у врача предъявляет жалобы на приступы удушья, боли в нижней трети грудины жгучего характера, отрыжку кислым. На ЭКГ: ишемические изменения не регистрируются. При пикфлоуметрии : выявлено незначительное снижение пиковой скорости выдоха. Ваш предварительный диагноз:

<variant> гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

<variant> хронический гастрит

<variant> ИБС, стенокардия напряжения

<variant> бронхиальная астма

<variant> хроническая обструктивная болезнь легких

<question>Мужчина 75 лет, на приеме у врача предъявляет жалобы на чувство тяжести, полноты в эпигастриальной области , тупую боль в подложечной области, неприятный вкус во рту, тошноту, снижение аппетита, отрыжку воздухом, неустойчивый стул. При пальпации живота диффузное напряжение передней брюшной стенки и болезненность в эпигастриальной области . На ФГДС: бледность, сглаженность, истончение в теле и антруме желудка, просвечивание сосудов, повышенная ранимость, гипотония, гипокинезия, рефлюкс желчи. Ваш предварительный диагноз:

<variant> хронический атрофический гастрит

<variant> антральный неатрофический гастрит

<variant> язвенная болезнь

<variant> неспецифический язвенный колит

<variant> рак желудка

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		75стр. из 87

<question>Женщина 29 лет, обратился к врачу с жалобами на упорные запоры по 8-9 дней, тошноту, головные боли, нарушение сна, общую слабость. Применение слабительных средств малоэффективно, пациентка вынуждена часто прибегать к очищающей клизме. Объективно: кожа сухая, грубоватая, с участками гиперпигментации. Живот мягкий, в проекции сигмовидной кишки пальпируется малоподвижное, плотное образование. При пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, безболезненная. Целесообразным методом обследования является:

- <variant> ирригоскопия
- <variant> УЗИ органов брюшной полости
- <variant> компьютерная томография головы
- <variant> колоноскопия с биопсией
- <variant> ректальная манометрия

<question>Мужчина 32 лет, на приеме у врача жалуется на появление через полчаса после приема пищи или алкоголя давящих болей в подложечной области; мучительную изжогу, уменьшающейся после приема соды. Болен в течение 2 лет, не лечился. Объективно: язык обложен белым налетом, при глубокой пальпации болезненность в эпигастриальной области. На ЭФГДС: слизистая желудка гиперемирована, отечна, в антральном отделе - одиночные кровоизлияния. Информативным методом диагностики является:

- <variant> исследование на Helicobacter pylori
- <variant> 24-часовая pH-метрия
- <variant> эндоскопическая pH-метрия
- <variant> электрогастрографический метод
- <variant> исследование желудочной секреции методом гастротеста

<question>Женщина 20 лет, жалуется на диспепсические расстройства. Диспепсические расстройства при сердечной недостаточности объясняются:

- <variant>резко выраженным венозным застоем в печени и желудочно-кишечного тракта
- <variant>снижением кислотности желудочного сока
- <variant>нарушением моторно – эвакуаторной функции желудка
- <variant>внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы
- <variant>повышением кислотности желудочного сока

<question>У мужчины 48 лет, после нарушения диеты – употребление острой, жареной пищи беспокоят боли в области эпигастриальной области с иррадиацией в позвоночник, повышение слюноотделения, отрыжка, тошнота, метеоризм, рвота не приносящая облегчение. Возможное заболевание, о которой идет речь:

- <variant>панкреатит
- <variant>гастрит
- <variant>язвенная болезнь желудка
- <variant>холецистит
- <variant>гепатит

<question>Женщина 57 лет, жалобы на чувства тошноты, отрыжку, изжога и горечь во рту. Возможное заболевание, о которой идет речь:

- <variant>холецистит
- <variant>эзофагит
- <variant>гастрит
- <variant>язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
- <variant>панкреатит

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		76стр. из 87

<question>У мужчины 53 лет , страдающего язвенной болезнью желудка, в период обострения появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту, принятой накануне пищи. Вероятное осложнение у больного:

- <variant>стенозирование
- <variant>пенетрация
- <variant>перфорация
- <variant>кровоотечение
- <variant>малигнизация

<question>У мужчины 47 лет , после приема алкоголя появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>синдром Меллори-Бейса
- <variant>кровоотечение из варикозно-расширенных вен пищевода;
- <variant>острый панкреатит
- <variant>язвенная болезнь желудка
- <variant>болезнь Крона

<question>В больницу поступил мужчина 51 лет, с жалобами на боли в области пищевода. Серьезные жалобы больных с заболеваниями пищевода:

- <variant>дисфагия
- <variant>рвота
- <variant>боль
- <variant>сликотечение
- <variant>изжога

<question>В больницу поступила женщина 25 лет, с жалобами на отрыжки, боли в области пищевода. Дисфагия чаще устанавливаемая по анамнезу в прошлом:

- <variant>рубцовые стенозы пищевода
- <variant>новообразование пищевода
- <variant>дивертикул пищевода
- <variant>хронический атрофический эзофагит
- <variant>ценность анамнестических данных равнозначна

<question> Мужчина 62 лет, обратился к терапевту с жалобами на слабость, тошноту, бессонницу ночью и сонливость днем, увеличение живота в размере, боли в правом подреберье. Боли усиливаются после приема жирной и острой пищи, сопровождаются жидким стулом. Край печени на 6 см выступает из-под реберной дуги, плотный, болезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется, размеры 10x12 см. Ваш предварительный диагноз:

- <variant> цирроз печени, стадия декомпенсации
- <variant> цирроз печени, стадия компенсации
- <variant> цирроз печени, стадия субкомпенсации
- <variant> аутоиммунный гепатит 1 типа
- <variant> аутоиммунный гепатит 2 типа

<question>У женщины 20 лет, после психо-эмоционального стресса появилась дисфагия, чувство "кома" за грудиной. Дисфагия возобновлялась в дальнейшем при волнении, при усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Выберите вероятную причину дисфагии:

- <variant> эзофагоспазм
- <variant> рак пищевода
- <variant> пептическая язва пищевода
- <variant> аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		
Контрольно-измерительные средства		47 / 11-2025 77стр. из 87

<variant> герпетическое поражение пищевода

<question>Мужчина 29 лет, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи; отрыжку воздухом. На ЭФГДС: в пилорическом и антральном отделах желудка слизистая гиперемирована. Ваша дальнейшая диагностическая тактика:

<variant> исследование на helicobacter pylori

<variant> хромоэндоскопия

<variant> рентгеноскопия желудка

<variant> внутрижелудочная pH - метрия

<variant> электрогастрографический метод

<question>Мужчина 54 лет, несколько лет страдает хроническим панкреатитом. Простейшим способом обнаружения кальциноза поджелудочной железы является:

<variant> рентгенография

<variant> лапаротомия

<variant> лапароскопия

<variant> ирригоскопия

<variant> холангиография

<question>В больницу поступил мужчина 49 лет, с жалобами на боли в области пищевода. Серьезная по прогнозу жалоба больных с заболеваниями пищевода:

<variant> дисфагия

<variant> рвота

<variant> боль

<variant> слюнотечение

<variant> изжога

<question>У мужчины 54 лет, с гепатоспленомегалией и асцитом при биохимическом исследовании крови выявлены увеличение остаточного азота и мочевины, в моче повышены уровни индола, скатола и фенолов. По клиническим симптомам можно думать о развитии синдрома:

<variant> печеночно-клеточной недостаточности

<variant> цитолиза

<variant> холестаза

<variant> мезенхимального воспаления

<variant> шунтирования печеночного кровотока

<question>У мужчины 46 лет, после нарушения диеты – употребление острой, жареной пищи появились: боли в эпигастральной области с иррадиацией в позвоночник, повышение слюноотделения, отрыжка, тошнота, метеоризм, рвота не приносящая облегчение. Ваш предварительный диагноз:

<variant> панкреатит

<variant> гастрит

<variant> язвенная болезнь желудка

<variant> холецистит

<variant> гепатит

<question>Мужчина 54 лет, обратился к врачу с жалобами на постоянные, интенсивные боли в эпигастральной области, общую слабость, рвоту. Боли возникали через 50-60 минут после употребления жареной пищи, алкоголя. При осмотре: болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Мейо-Робсона. В общем анализе крови лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ- 18 мм/ч. Ваш предварительный диагноз:

<variant> хронический панкреатит

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</p>
<p>«Qontústik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ</p>		<p>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>47 / 11-2025</p>
		<p>78стр. из 87</p>

<variant> хронический холецистит

<variant> язвенная болезнь желудка

<variant> хронический гастрит, тип В

<variant> Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь

<question>У мужчины 41 лет, страдающего язвенной болезнью желудка, в период обострения болезни появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту, принятой накануне пищей. Выберите вероятное осложнение у больного:

<variant> стенозирование

<variant> пенетрация

<variant> перфорация

<variant> кровотечение

<variant> малигнизация

<question>На прием к эндокринологу обратился мужчина, 27 лет, экономист, с жалобами на резкую слабость и быструю усталость, частые головокружения, похудание, снижение аппетита, тошноту и усиленную пигментацию кожи. Из анамнеза - эти жалобы появились около 6 месяцев назад. Ранее ничем не болел. Учился в Китае. Работает в течение 3-месяцев. Объективно – астеничен, пониженного питания, мышцы атрофичны, сила снижена. PS –100 ударов в минуту, малый, ритмичный. АД-90/60 мм. рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. В анализах крови – НВ -72г/л; Эр.- $2,9 \times 10^{12}/л$, Л - $6,2 \times 10^9/л$; СОЭ -22 мм/час. Сахар крови - 2,6ммоль/л. Какой из нижеперечисленных синдромов вероятен в данном случае:

<variant>гипокортицизма

<variant>анемии

<variant>гипотиреоза

<variant>гипогликемии

<variant>гиперкортицизма

<question>В отделение терапии поступил мужчина, 46 лет, врач-рентгенолог, с жалобами на похудание, общую слабость, недомогание, утомляемость, частые обмороки, умеренные боли в эпигастрии, периодические рвота, тошнота, чередование жидкого стула с запорами. Из анамнеза – ранее болел туберкулезом легких. Объективно – астенического телосложения, кожа открытых участков тела гиперпигментирована. Пульс малого наполнения, частый. АД 80/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпация болезненна в эпигастриальной области. Для какого из нижеприведенных синдромов характерна данная клиническая симптоматика:

<variant>гипофункции надпочечников

<variant>гипофункции щитовидной железы

<variant>гиперфункции надпочечников

<variant>желудочной диспепсии

<variant>кишечной диспепсии

<question>В приемный покой клиники обратился мужчина, 39 лет, с жалобами на ожирение, особенно в области живота и шеи, частые головные боли, сухость кожи, боли в костях. Из анамнеза: указанные жалобы появились в течение последнего года, ни с чем не связывает. Объективно: выраженное ожирение в области живота и шеи, атрофия мышц плечевого пояса и ног, румянец на щеке. PS–112 ударов в минуту. АД - 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены, учащены, акцент 2 тона на аорте, короткий систолический шум на верхушке. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Сахар крови -7,1ммоль/л. Какой из нижеперечисленных синдромов вероятен в данном случае:

<variant>гиперфункции коры надпочечников

<variant>артериальной гипертензии

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>79стр. из 87</p>

<variant>гипофункции коры надпочечников

<variant>гиперфункции щитовидной железы

<variant>абсолютной недостаточности инсулина

<question> Женщина 55 лет, при прохождении очередного профилактического осмотра обнаружено: глюкоза 6,0 ммоль/л (на глюкометре). На повторном анализе крови натощак уровень глюкозы составил – 5,9 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 10,6 ммоль/л.

Укажите, возможно у пациентки:

<variant> нарушенная толерантность к глюкозе

<variant> нарушенная гликемия натощак

<variant> случайная гликемия

<variant> сахарный диабет

<variant> гестационный сахарный диабет

<question> Мужчина, при прохождении очередного профилактического осмотра обнаружено: глюкоза 10,9 ммоль/л (на глюкометре). При повторном исследовании анализа крови натощак, уровень глюкозы составил – 8,8 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 12,6 ммоль/л. Предскажите, возможно у пациентки:

<variant> сахарный диабет 2 типа

<variant> нарушенная толерантность к глюкозе

<variant> нарушенная гликемия натощак

<variant> случайная гликемия

<variant> сахарный диабет 1 типа

<question> Женщина 50 лет, при прохождении очередного профилактического осмотра обнаружено глюкоза 9,9 ммоль/л (на глюкометре). На повторном анализе крови натощак уровень глюкозы составила – 10,8 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 13,2 ммоль/л.

Предскажите, возможно у пациентки:

<variant> сахарный диабет 2 типа

<variant> нарушенная толерантность к глюкозе

<variant> нарушенная гликемия натощак

<variant> случайная гликемия

<variant> сахарный диабет 1 типа

<question> Женщина 42 лет, обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, выраженную сухость кожных покровов, выпадение волос, снижение памяти, изменения голоса, сонливость. При осмотре: больная адинамичная, кожа сухая, местами шелушиться. Лицо одутловатое, руки и ноги отежные, тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 80/50 мм.рт.ст. Пульс – 50 ударов в минуту.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> гипотиреоз

<variant> цирроз печени

<variant> выраженная сердечная недостаточность

<variant> ожирение

<variant> гипертиреоз

<question> Диагностическое мероприятие, проводимое на этапе неотложной помощи при сахарном диабете 1 типа:

<variant> определение уровня гликемии

<variant> УЗИ органов брюшной полости

<variant> ЭХО-КТ

<variant> суточное мониторирование ЭКГ по холтеру

<variant> ЭФГДС

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		80стр. из 87

<question>В норме концентрация глюкозы, натощак, в цельной капиллярной крови (ммоль/л) НЕ превышает:

- <variant> 5,5 ммоль/л
- <variant> 7,8 ммоль/л
- <variant> 6,1 ммоль/л
- <variant> 11,1 ммоль/л
- <variant> 6,7 ммоль/л

<question>Частота обследования общего анализа крови у пациентов сахарным диабетом 1 типа:

- <variant> 1 раз в год
- <variant> 1 раз в 3 месяца
- <variant> не менее 4 раз ежедневно
- <variant> 1 раз в год (при отсутствии изменений)
- <variant> по показаниям

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

- <variant> Сахарный диабет 2 типа
- <variant> Ожирение
- <variant> Сахарный диабет 1 типа
- <variant> Нарушение гликемии натощак
- <variant> Нарушение толерантности к глюкозе

<question>Частота обследования общего анализа мочи у пациентов сахарным диабетом 1 типа:

- <variant> 1 раз в год
- <variant> 1 раз в 3 месяца
- <variant> не менее 4 раз ежедневно
- <variant> 1 раз в год (при отсутствии изменений)
- <variant> по показаниям

<question>Частота обследования определение кетоновых тел в моче и крови у пациентов сахарным диабетом 1 типа:

- <variant> по показаниям
- <variant> 1 раз в 3 месяца
- <variant> не менее 4 раз ежедневно
- <variant> 1 раз в год (при отсутствии изменений)
- <variant> 1 раз в год

<question>Причиной смерти при сахарном диабете 1-го типа является:

- <variant> гангрена нижних конечностей
- <variant> кетонемическая кома
- <variant> гиперосмолярная кома
- <variant> инфаркт миокарда
- <variant> диабетическая нефропатия

<question>Характерные жалобы при сахарном диабете:

- <variant> полидипсия, полиурия, булемия, истощение
- <variant> склонность ко сну, забывчивость
- <variant> слабость, адинамия, боль в суставах
- <variant> головные боли, сердцебиение, отеки
- <variant> раздражительность, сердцебиение, потливость, истощение

<question>Внешний вид больного при гипопункции щитовидной железы:

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		81 стр. из 87

<variant> шелушение кожи, желтушность, повышение тургора, холодный пот

<variant> опущение верхнего века

<variant> нарушение конвергенции глаз:

<variant> мерцание глаз чаще

<variant> экзофтальм

<question>Показанием к определению толерантности к глюкозе является наличие у больного:

<variant> жажды и полиурии, ожирения, рецидивирющего фурункулеза

<variant> олигоурии, аллергии

<variant> дислипидемии, кожного зуда

<variant> уровня глюкозы натощак выше 10 ммоль/л, анурии

<variant> уровня глюкозы натощак - 3,4 ммоль/л, кахексии

<question>Одним из основных проявлений нарушения микроциркуляций при сахарном диабете является :

<variant> ретинопатия

<variant> атеросклероз

<variant> катаракта

<variant> симметричная невропатия

<variant> поражение сосудов нижних конечностей

<question>Основным лабораторным критерием в диагностике сахарного диабета является :

<variant> гипергликемия на голодный желудок

<variant> продолжительная глюкозурия

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> кетонурия

<variant> гипокалиемия

<question>Основной патогенетический механизм сахарного диабета:

<variant> инсулиновая недостаточность

<variant> нарушение обмена липидов

<variant> нарушение обмена белка

<variant> нарушение обмена ионов калия и натрия

<variant> нарушение водно-солевого обмена

<question>Женщина , при прохождении очередного профилактического осмотра обнаружено: глюкоза 6,0 ммоль/л (на глюкометре). На повторном анализе крови натощак уровень глюкозы составил – 5,9 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 10,6 ммоль/л.

Предскажите, возможно у пациентки:

<variant> нарушенная толерантность к глюкозе

<variant> нарушенная гликемия натощак

<variant> случайная гликемия

<variant> сахарный диабет

<variant> гестационный сахарный диабет

<question>Мужчина 45 лет, на приеме у врача жалуется на укрупнение черт лица, кистей и стоп, длительные головные боли, ночные апноэ. От момента появления первых симптомов заболевания прошло 5 лет. Объективно: укрупнение носа, губ, языка, утолщение кожи, увеличение надбровных дуг, увеличение верхней и нижней челюсти, расширение межзубных промежутков, увеличение конечностей. АД 160/90 мм.рт.ст. Ваш предварительный диагноз:

<variant> акромегалия

<variant> гигантизм

<variant> спорадическая опухоль гипофиза

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		82стр. из 87

<variant> опухоль глоточного кольца

<variant> опухоль сфеноидального синуса

<question>К симптомам гипертиреоза относится :

<variant> тахикардия

<variant> брадикардия

<variant> тихий разговор

<variant> сухость кожных покровов

<variant> психозы

<question>Ведущий симптом скрытой формы сахарного диабета:

<variant> повышение толерантности к глюкозе

<variant> крупный плод

<variant> ожирение

<variant> генетическая предрасположенность

<variant> жажда

<question> Мужчина 42 лет жалуется на сильную боль в правом плюснефаланговом суставе, настолько сильную, что даже прикосновение к нему невыносимо. Считает себя больным после переиздания и посещения сауны (бани). Назовите изменения в биохимическом анализе крови у данного больного:

<variant> повышенный уровень мочевой кислоты

<variant> повышение уровня креатинина

<variant> повышенный уровень мочевины

<variant> повышение уровня глюкозы

<variant> повышенные уровни АЛТ и АСТ

<question> Женщина 35 лет жалуется на боли в лучезапястных суставах, в кистях, чувство утренней скованности до 11:00. Температура тела повышается по вечерам до 37,5-37,8°C. Считает себя больной около 3 месяцев, начало заболевания связывает с переохлаждением и перенесенной острой респираторной инфекцией. Лучезапястные суставы симметрично припухлые, положительный симптом компрессии. Назовите изменения в общем анализе крови у данной больной:

<variant> увеличение СОЭ

<variant> лейкопения

<variant> тромбоцитоз

<variant> тромбоцитопения

<variant> лимфоцитоз

<question> Больная 26 лет массой 58 кг и ростом 162 см жалуется на боли в коленных суставах, возникающие по утрам, больше в правом суставе, боли усиливаются при движении, подъеме по лестнице. Считает себя больной около 2 недель после переохлаждения. Выберите патологические изменения при физикальном обследовании данной больной:

<variant> грубая неравномерная деформация коленных суставов

<variant> при пальпации определяется локальное повышение температуры

<variant> Крепитация ощущается при пальпации во время пассивного движения сустава.

<variant> при пальпации кожа над суставами холодная и влажная

<variant> активные движения в суставах симметрично ограничены

<question> Женщина 56 лет, весом 98 кг и ростом 156 см жалуется на боли в коленных суставах, возникающие при вставании или спуске по лестнице. Считает себя больной около 2 лет, в последние 2 недели боли усилились, что связывает с физической нагрузкой. Выберите изменения при физикальном обследовании данной пациентки:

<variant> округлые, равномерно опухшие коленные суставы

<p style="text-align: center;"> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p style="text-align: center;">  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p style="text-align: center;">Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		47 / 11-2025
<p style="text-align: center;">Контрольно-измерительные средства</p>		83стр. из 87

<variant> при пальпации определяется локальное повышение температуры

<variant> Крепитация ощущается при пальпации во время пассивного движения сустава.

<variant> пальпация выявляет сильную боль в суставах

<variant> гиперемия коленных суставов при осмотре

<question> Женщина 43 лет жалуется на слабость, потерю веса на 7 кг, боли в мышцах, сильные боли и ограничение подвижности в лучезапястных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей до 3 часов, сильные боли и припухлость в пястно-фаланговых, локтевых, затем в коленных и плечевых суставах. Изменение в суставах в одних стихает, в других появляется в течение 3-4 месяцев. Выберите симптом у данной больной, который является диагностическим критерием ревматоидного артрита:

<variant> утренняя скованность

<variant> значительная потеря веса

<variant> повреждение коленного сустава

<variant> слабость

<variant> мышечная боль

<question> Больная 22 лет жалуется на утреннюю скованность суставов кистей в течение 2 часов, слабость, субфебрильную температуру. Жалобы появились 6 месяцев назад.

Объективно: симметричная припухлость проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев обеих кистей и пястно-фаланговых суставов, ограничение движений, гипотрофия червеобразных мышц. В общем анализе крови: СОЭ 30 мм/ч. Назовите результат иммунологического исследования у данной больной:

<variant> ревматоидный фактор повышен

<variant> С-реактивный белок слегка повышен

<variant> ревматоидный фактор не определяется

<variant> антистрептолизин-О умеренно повышен

<variant> антистрептолизин-О резко повышен

<question> Женщина 38 лет в течение 6 месяцев жалуется на боли в кистях. Объективно: положительный симптом сжатия кисти, ограничение объема движений в лучезапястных суставах. Назовите предрасполагающий фактор, имеющий значение для данной патологии:

<variant> предыдущая стрептококковая инфекция

<variant> злоупотребление алкоголем

<variant> повышенное потребление специй и копченостей

<variant> избыточный вес

<variant> семейная история

<question> Женщина 38 лет в течение 2 месяцев жалуется на боли в коленных, лучезапястных, пястно-фаланговых суставах кистей, больше в правой руке, утреннюю скованность до 30 минут. Объективно: небольшая припухлость коленных суставов, местная температура, легкая гипотрофия мышц тыла кистей, ограничение движений в лучезапястных суставах. Назовите метод обследования для уточнения диагноза:

<variant> Рентген кистей рук

<variant> КТ рук

<variant> Рентген только правой руки

<variant> магнитно-резонансная томография рук

<variant> магнитно-резонансная томография коленных суставов

<question> Больная 32 лет обратилась с жалобами на утреннюю скованность продолжительностью 30-40 минут, боли и припухлость лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов; повышение температуры тела до 37,5°, потерю веса на 5 кг. Все симптомы появились после переохлаждения 2 месяца назад. Общий анализ

<p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		84стр. из 87

крови: Эритроциты - 3,2, Hb - 110 г/л, Лейкоциты - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, Hf - 78%, Lf - 16%, СОЭ - 29 мм/ч. Назовите лабораторные исследования для уточнения диагноза у данной больной:

- <variant> ревматоидный фактор
- <variant> антистрептолизин-О
- <variant> уровень ферритина
- <variant> уровень сывороточного железа
- <variant> уровень мочевой кислоты

<question> Девушка 20 лет заболела остро после переохлаждения: температура 38° , через неделю появились сильные боли и припухлость в лучезапястных суставах, утренняя скованность до 12 часов дня; боли в коленных и плечевых суставах. Состояние расценено как осложнение ОРВИ, проводилась терапия антибиотиками без эффекта. Объективно: симметрично резкое ограничение подвижности лучезапястных суставов, припухлость, местная температура, положительный симптом сдавливания кистей. Общий анализ крови: Эритроциты - 3,0, Hb - 98 г/л, Лейкоциты - $10,9 \times 10^9/\text{л}$, Hf - 78%, Lf - 19%, СОЭ 48 мм/ч.

Назовите предварительный диагноз:

- <variant> ревматоидный артрит
- <variant> острая ревматоидная лихорадка
- <variant> инфекционный артрит
- <variant> подагрический артрит
- <variant> спондилоартрит

<question> Мужчина 30 лет жалуется на скованность в грудном и шейном отделах позвоночника, боли в пояснице и крестце. Скованность уменьшается при физической нагрузке. Считает себя больным около года. Проба Томайера 30 см, проба Форестье 2 см.

Назовите предварительный диагноз:

- <variant> остеохондроз позвоночника
- <variant> ревматоидный полиартрит
- <variant> ревматический полиартрит
- <variant> хронический подагрический артрит
- <variant> спондилоартрит

<question> Мужчина 32 лет жалуется на боль и скованность в грудном отделе позвоночника, припухлость в области реберно-грудинных суставов. Движения в позвоночнике ограничены во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Симптом Кушилевского положительный.

Назовите результат иммунологического исследования у данного больного:

- <variant> антистрептолизин - О резко повышен
- <variant> ревматоидный фактор умеренно повышен
- <variant> ревматоидный фактор резко повышен
- <variant> ревматоидный фактор не определяется
- <variant> антистрептолизин - О умеренно повышен

<question> Мужчина 29 лет обратился с жалобами на скованность в шейном и грудном отделах позвоночника, затруднение дыхания из-за болей в спине и реберно-грудинных суставах. Движения в позвоночнике ограничены во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Назовите метод обследования необходимый для проведения в первую очередь у данного пациента:

- <variant> Рентген грудного отдела позвоночника
- <variant> КТ грудного отдела позвоночника
- <variant> КТ шейного отдела позвоночника
- <variant> магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника
- <variant> магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных суставов

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		85стр. из 87

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



- <variant> болезненность
- <variant> крепитация
- <variant> жесткость
- <variant> повышение локальной температуры
- <variant> ограничение подвижности

<question> Первым признаком остеоартроза коленного сустава является:

- <variant> повреждение пателлофemorального сустава (на основании рентгенологических данных)
 - <variant> боль при пальпации коленного сустава
 - <variant> хруст при движении коленного сустава
 - <variant> остеофиты (по данным рентгенографии)
 - <variant> боль при подъеме по лестнице
- крови

<question>Женщина 45 лет, на приеме у терапевта жалуется на выраженную усталость, головокружение и болезненность в нижних конечностях. При осмотре отмечается жёлтушность кожных покровов и склер. На анализах крови наблюдается анемия с увеличением количества ретикулоцитов, а также увеличение уровня непрямого билирубина. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>приобретенная аутоиммунная гемолитическая анемия
- <variant>В-12 дефицитная анемия
- <variant>тромбоцитопеническая пурпура
- <variant>железодефицитная анемия
- <variant>геморрагический васкулит

<question>4 стадия хронического лимфолейкоза характеризуется:

- <variant>лимфоцитозом и тромбоцитопенией
- <variant>тромбоцитозом и лейкопенией
- <variant>лейкоцитозом и тромбоцитозом
- <variant>эритроцитозом и лейкопенией
- <variant>эритропенией и лейкоцитозом

<question>На приеме у врача, женщина 39 лет, с жалобами на общую слабость, затруднение глотания, ощущение комка в горле. При осмотре отмечается: увеличение шейных лимфатических узлов, на ощупь плотные, легко смещаются под кожей, не спаены с окружающими тканями. Врач выставил предварительный диагноз «лимфогранулематоз». Укажите характерный объективный симптом для данного диагноза:

- <variant>увеличение лимфатических узлов

<p style="text-align: center;"> ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p style="text-align: center;">  SKMA ~1979~ MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p style="text-align: center;">Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»</p>		<p>47 / 11-2025</p>
<p style="text-align: center;">Контрольно-измерительные средства</p>		<p>86стр. из 87</p>

<variant>повышение температуры тела

<variant>увеличение селезенки

<variant>увеличение печени

<variant>снижение температуры тела

<question>На приеме у врача 37-летняя женщина жалуется на головокружение, обмороки, чувство покалывания в груди, одышку, общую слабость. Врач выставил предварительный диагноз: «Апластическая анемия». Укажите характерные изменения в общем анализе крови для данного диагноза:

<variant>эритроцитопения с тромбоцито-и лейкоцитопенией

<variant>эритроцитоз с лейкоцитозом

<variant>эритроцитопения с лейкоцитозом

<variant>лейкоцитоз и тромбоцитозом

<variant>лейкоцитоз и эритроцитоз

<question>У 29 - летней женщины при осмотре на коже обнаружены геморрагические высыпания. При исследовании анализов крови выявлены: выраженная анемия, тромбоцитопения и умеренная нейтропения. Назовите механизм развития данной клинко-лабораторной картины:

<variant>аплазия костного мозга

<variant>гиперплазия костного мозга

<variant>дефицит фактора Кастл

<variant>дефицит витамина B₁₂

<variant>дефицит железа

<question>Мужчина 47 лет, при исследовании общего анализа крови, обнаружены следующие изменения: анемия, нормоцитоз, нормохромия и значительное повышение регенераторных форм. Уровень ретикулоцитов в крови значительно повышен. Укажите вид анемии которой характерны данные показатели крови:

<variant>острый постгеморрагический

<variant>хронический лимфолейкоз

<variant>аутоиммунный гемолитическая анемия

<variant>острый лейкоз

<variant>апластическая анемия

<question>Женщина 43 лет, на приеме у врача жалуется на головокружение, потемнение в глазах, снижение чувствительности в нижних конечностях и на чувство покалывания при ходьбе, общую слабость. Из анамнеза: указанные жалобы беспокоят в течение 6 месяцев, возможную причину указать не может. При осмотре: умеренная желтушность кожных покровов, при пальпации печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. В общем анализе крови: эритроциты- $1.3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 72 г/л, цветной показатель – 1,45, лейкоциты – $4.3 \times 10^9/л$, эоз. – 2, баз. – 0, пал/яд. – 5, сегм./яд. – 66, мон. – 11, лимф. – 27, скорость оседания эритроцитов – 14 мм/час. При эндоскопическом исследовании обнаружены – атрофические изменения слизистой оболочки желудка. Назовите патологический процесс в данном случае:

<variant>болезнь Аддисона-Бирмера

<variant>цирроз печени

<variant>вирусный гепатит С

<variant>железодефицитная анемия

<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия

<question>Мужчина 56 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на повышенную потливость, общую слабость, быструю утомляемость на фоне привычной физической

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»		47 / 11-2025
Контрольно-измерительные средства		87стр. из 87

нагрузки и снижение массы тела за последние два месяца. При осмотре выявлены: увеличенные шейные лимфатические узлы, при пальпации плотной консистенции. В общем анализе крови: эритроциты – $2,0 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $50,0 \times 10^9/л$, тромбоциты – $160 \times 10^{12}/л$. Назовите для какого синдрома характерна данная клинико-лабораторная симптоматика:

<variant>лимфопролиферативный

<variant>анемический

<variant>апластический

<variant>геморрагический

<variant>миелопролиферативный

<question>У женщины 39 лет, появилось профузное носовое кровотечение. Из анамнеза: длительно болеет вирусным гепатитом. При осмотре обнаружены: на коже петехиально-пятнистая сыпь, отмечается гепатомегалия и спленомегалия, в анализах крови : время свертывания крови по Ли-Уайту - 22 мин. Укажите синдром в данном случае:

<variant>геморрагический

<variant>лимфопролиферативный

<variant>миелопролиферативный

<variant>апластический

<variant>анемический

<question>Мужчина 39 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастриальной области , общую слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза - язвенная болезнь 12-перстной кишки в течение года. При осмотре - кожные покровы бледной окраски, отмечается болезненность в эпигастриальной области. Печень и селезенка не пальпируются. В анализе крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,77, тромбоциты. – $195 \times 10^9/л$, ретикулоциты – 0,5 %. Общий билирубин – 12 мкмоль/л, железо – 4,5 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Укажите вид анемии у данного больного:

<variant>хроническая постгеморрагическая анемия

<variant>апластическая анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>В12-дефицитная анемия

<variant>острая постгеморрагическая анемия

<question>Мужчина 33 лет, обратился к врачу по поводу множественных мелкоточечных кровоизлияний на коже и слизистых оболочках . В анализе крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты- $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $41 \times 10^9/л$, также в лейкоцитарной формуле преобладают молодые, незрелые бластные формы до 95% ; зрелые лейкоциты, промежуточные формы отсутствуют; тромбоциты – $15 \times 10^9/л$, эозинофилы и базофилы отсутствуют; скорость оседания эритроцитов– 52 мм/час. Ваш предварительный диагноз:

<variant>острый лейкоз

<variant>геморрагический васкулит

<variant>апластическая анемия

<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия

<variant>тромбоцитопеническая пурпура