

ОНТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»		51/11-2025 1 стр. из 42

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Тесты программы для рубежного контроля 1

Название ОП: 6В10101 «Медицина»
 Код дисциплины: VB 4317
 Название дисциплины: «Внутренние болезни -1»
 Объем учебных часов/кредитов: 150/5
 Курс и семестр изучения: 4, VII

Шымкент, 2025

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 2 стр. из 42</p>

Составитель:



Альмуханова К.К.

Заведующая кафедрой к.м.н., доцент



Асанова Г.К.

Протокол №

1

Дата

28.08

2025

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 3 стр. из 42</p>

Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства по дисциплине «Внутренние болезни -1» (VII семестр)

1 вариант

1. Мужчина 28 лет жалуется на повышение температуры тела до 38С; кашель со слизистой мокротой; слабость. Заболел остро после переохлаждения. Объективно: в легких жесткое дыхание, хрипов нет. При обследовании: лейкоциты - 9,5 тыс, СОЭ - 20 мм/ч. Какой диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен?

- А. Хронический бронхит, обострение
- Б. Острый ринофарингит
- В. Хронический бронхит, обострение
- С. Внебольничная прикорневая пневмония
- Д. ХОБЛ, легкой степени, обострение
- Е. Острый бронхит

2. Больной 53 лет госпитализирован с диагнозом верхнедолевой пневмонии. Из мокроты выделен золотистый стафилококк. Через 2 недели больной стал откашливать до 100 мл мокроты с неприятным запахом на фоне лихорадки. Рентгенологически выявлен деструктивный процесс, захватывающий всю верхнюю долю правого легкого. Проведена резекция пораженной доли правого легкого. Наиболее целесообразно назначить в послеоперационный период:

- А. Эритромицин
- В. Экстенциллин
- С. Метронидазол
- Д. Левофлоксацин
- Е. Амоксициллин

3. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Что следует произвести для определения характера этого образования?

- А. Бронхоскопию
- В. Трансторакальную игловую биопсию
- С. Катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- Д. Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки
- Е. Исследование промывных вод при бронхоскопии

4. Согласно клиническим протоколам терапия используемая для лечения больных с нетяжелой бронхиальной астмой:

- А. ежедневное введение противовоспалительных препаратов
- В. ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия
- С. нерегулярные ингаляции β_2 -агонистов короткого действия
- Д. частое применение системных глюкокортикоидов
- Е. постоянное применение антигистаминных препаратов

5. Зоны лучшего прослушивания хрипов при правосторонней среднедолевой пневмонии находятся:

- А. в подлопаточной области
- В. в аксиллярной области
- С. по передней поверхности грудной клетки
- Д. в надключичной области
- Е. по всем полям

6. Аспирационная пневмония и лихорадка при легочном кровотечении, как правило, наступают:

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 4 стр. из 42</p>

- А. в момент кровотечения
Б. на 2-3-е сутки после кровотечения
В. через неделю после кровотечения
С. через 2-3 часа после кровотечения
Д. через 1-2 месяца
7. Тимпанический звук перкуссии характерен для синдрома:
А. синдрома очагового уплотнения легочной ткани
Б. бронхообструктивного синдрома
С. синдрома скопления жидкости в плевральной полости
Д. синдрома наличия полости в легком
Е. синдрома повышенной воздушности легочной ткани
8. Работник фермерского хозяйства 43 лет предъявляет жалобы на выраженную одышку, кашель. Объективно: цианоз, явления диффузной эмфиземы легких, на фоне которой прослушивается крепитация. Функция дыхания нарушена по рестриктивному типу. На рентгенограммах выявлена картина мелкосетчатого фиброза с диссеминированными узелковыми тенями, расположенными преимущественно в средних и нижних отделах легких. Целесообразно назначения исследования:
А. реакции пассивной гемагглютинации с сывороткой больного
Б. определения преципитирующих антител к грибковым антигенам
С. цитологии мокроты на атипичные клетки
Д. общего анализа крови с подсчетом тромбоцитов
Е. посева мокроты на чувствительность к антибиотикам
9. 65-летний мужчина с ХОБЛ отмечает усиление одышки, кашля; увеличение объема отделяемой мокроты желто-зеленого цвета, субфебрильную температуру. Объективно: ЧДД - 28 в минуту, ЧСС - 92 в минуту. Аускультативно в легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы. Целесообразно назначение:
А. монтелукаста
Б. микосиста
С. будесонида
Д. амоксиклава
Е. преднизолона
10. Больным хроническим бронхитом до 65 лет с умеренной бронхообструкцией (ОФВ1 > 50%) без сопутствующих заболеваний и редкими обострениями (менее 4 раз в год) целесообразно назначение:
А. макролидов
Б. доксициклина
С. феноксиметилпенициллина
Д. амоксициллина
Е. фторхинолонов
11. Согласно клиническому протоколу признак, отличающий пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек:
А. отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки
Б. дисфункция канальцев с нарушением ацилификации мочи
С. стойкая артериальная гипертензия
Д. развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
Е. выраженная уремическая интоксикация
12. Лейкоцитурия – это...
А. гной в моче.

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 5 стр. из 42</p>

- В. кровь в моче.
 - С. гемосидерин в моче.
 - Д. лейкоциты в моче.
 - Е. красный цвет мочи не зависит от причин, его вызвавших.
13. Острая задержка мочи, НЕ связанная с почечной патологией:
- А. дизурия
 - В. ишурия
 - С. изурия
 - Д. странгурия
 - Е. поллакурия
14. Симптом Пастернацкого определяется:
- А. методом осмотра
 - В. методом перкуссии
 - С. методом пальпации
 - Д. измерениями А/Д
 - Е. методом аускультации
15. Изменения пробы Аддиса – Каковского при пиелонефритах:
- А. эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000
 - В. эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
 - С. эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн
 - Д. эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн
 - Е. эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн
16. Наиболее информативный метод диагностики вазоренальной артериальной гипертензии:
- А. УЗИ почек
 - В. почечная ангиография
 - С. сцинтиграфия почек
 - Д. УЗИ почечных артерий
 - Е. рентгенологические исследования почек
17. Согласно клиническому протоколу признак, отличающий пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек:
- А. отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки
 - В. дисфункция канальцев с нарушением ацилификации мочи
 - С. стойкая артериальная гипертензия
 - Д. развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
 - Е. выраженная уремическая интоксикация
18. Согласно клиническому протоколу адекватная доза преднизолона на 1 кг веса больного, которую применяют для лечения хронического гломерулонефрита нефротического типа:
- А. 1 мг
 - В. 0,3–0,4 мг
 - С. 0,5–0,6 мг
 - Д. 0,7–0,8 мг
 - Е. 1,5
19. У больного В., 42 лет с хронической почечной недостаточностью, АД - 200/ 120 мм рт. ст, креатинин - 0,670 ммоль/л, мочевины - 6,1 ммоль/л. Наиболее целесообразная тактика:
- А. Гемодиализ
 - В. Антибактериальная терапия
 - С. Пульс-терапия преднизолоном
 - Д. Цитостатики

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 6 стр. из 42</p>

Е. Трансплантация почек

20. Больной Н., 32 лет перенес ангину. Спустя 2 недели появились отеки век, слабость, снижение работоспособности, а через месяц - отеки поясничной области, половых органов. Ан. мочи: уд. вес 1021, белок 4,0 г/л, эр-15-20 в п/зр, гиалиновые цилиндры в препарате. Согласно клиническому протоколу целесообразно назначить:

- А. антиагреганты
- В. антикоагулянты
- С. глюкокортикоиды
- Д. иммуномодуляторы

Е. антибиотики

2 вариант

1. У 45-летнего больного с очаговой пневмонией на 9-е сутки заболевания появилась гнойная мокрота с примесью крови, слева ниже угла лопатки прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, температура тела 39-40°C. Рентгенологически затемнение с участками деструкции. Какое осложнение наиболее вероятно развилось у больной?

- А. Сухой плеврит
- В. Абсцедирование
- С. Эмпиема плевры
- Д. Бронхоэктазы
- Е. Очаговый туберкулез

1. Гнойно-деструктивное расплавление ткани легкого с образованием тонкостенных полостей без выпота наиболее характерно для пневмонии, вызванной:

- А. Микоплазмой
- В. Клебсиеллой
- С. Аденовирусом
- Д. Стафилококком
- Е. Пневмококком

2. Больной Р., 44 лет. С детства страдает хроническим бронхитом. Последние 4 года мокрота отходит в большом количестве (до 300 мг в сутки), преимущественно по утрам, полным ртом и имеет неприятный запах, иногда в мокроте замечал прожилки крови. Сегодня утром стал беспокоить сильный надсадный кашель, отделилась мокрота зеленого цвета, внезапно стал кашлять алой кровью. Кожные покровы цианотичные. Ногти в виде часовых стекол, грудная клетка эмфизематозна. Перкуторно коробочный звук. При аускультации в легких сухие и влажные звучные среднепузырчатыхрипы, больше справа в подключичной области. Ваш предварительный диагноз?

- А. Туберкулез легких
- В. Рак легких
- С. Бронхоэктатическая болезнь
- Д. Острый плеврит
- Е. Бронхиальная астма

3. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это:

- А. максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
- В. максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
- С. максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе в первую минуту
- Д. максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе
- Е. максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе за одну минуту

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 7 стр. из 42</p>

4. При пневмонии делирий чаще развивается:
 - A. у алкоголиков
 - B. у стариков
 - C. у детей
 - D. при высокой лихорадке
 - E. у мужчин
5. Согласно клиническим протоколам при кровохаркании на догоспитальном этапе предпочтительно вводить...
 - A. аминакапроновую кислоту
 - B. викасол
 - C. хлористый кальций
 - D. аскорбиновую кислоту
 - E. антибактериальный препарат
6. Для наличия полости в легком характерен:
 - A. коробочный звук
 - B. тупой звук
 - C. тимпанический звук
 - D. притупление перкуторного звука
 - E. ясный легочной звук
7. Женщина 43 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,5°; боли в коленных и локтевых суставах; нарастающую одышку. При осмотре выявлена узловатая эритема. На рентгенограммах на фоне обычной прозрачности легких с обеих сторон определяются увеличенные прикорневые лимфоузлы эллипсоидной формы. При описанной форме саркоидоза целесообразно назначение ... терапии.
 - A. глюкокортикоидной
 - B. дренажной
 - C. муколитической
 - D. антибактериальной
 - E. бронходилатирующей
8. У мужчины 39 лет после злоупотребления алкоголем появились лихорадка до 40С, боли в грудной клетке, рвота. Рентгенологически: однородное плотное массивное затемнение в верхней доле правого легкого. Несмотря на массивную антибактериальную терапию, состояние ухудшается, развилась лейкопения, СОЭ-52 мм/ч. Из мокроты высеян золотистый стафилококк. Через неделю на рентгенограмме массивное затемнение занимало уже не только верхнюю, но и среднюю долю, намечались очаги деструкции. Целесообразная лечебная тактика в этой ситуации:
 - A. назначение цефтриаксона, нетромицина
 - B. проведение лобэктомии
 - C. назначение левофлоксацина в/в
 - D. проведение курса плазмафереза
 - E. назначение тиенама, метрогила
9. 65-летний больной с ХОБЛ отмечает усиление одышки, кашля; увеличение объема отделяемой мокроты желто-зеленого цвета, субфебрильную температуру. Объективно: ЧДД - 28 в минуту, ЧСС - 92 в минуту. Аускультативно в легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы. Целесообразно назначение
 - A. гентамицина в/м
 - B. сальбутамола в/в
 - C. кларитромицина peros

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 8 стр. из 42</p>

- D. вентолина ингаляционно
- E. сальбутамола ингаляционно

11. Согласно клиническому протоколу основной клинический признак нефротического синдрома:

- A. повышение АД
- B. сердцебиение
- C. дизурия
- D. отеки
- E. лихорадка

12. Фруктовый запах (или запах гниющих яблок) характерен для мочи, содержащей:

- A. кетоновые тела
- B. большое количества белка
- C. лейкоциты
- D. кровь
- E. ураты

13. Болезненное мочеиспускание называется:

- A. странгурия
- B. дизурия
- C. изурия
- D. ишурия
- E. поллакурия

14. Симптом Пастернацкого бывает резко положительным при:

- A. паранефрите
- B. пиелонефрите
- C. мочекаменной болезни
- D. гломерулонефрите
- E. радикулите

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

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

16. Больной А 28 лет появились приступообразные боли в области поясницы, задержка мочи и отечность. Положительный симптом Пастернацкого бывает при:

- A. диабетической нефропатии
- B. уретрите
- C. цистите
- D. простатите
- E. мочекаменной болезни

17. Согласно клиническому протоколу ваша рекомендуемая блюда больному с хронической почечной недостаточностью (концентрация креатинина крови 606 мкмоль/л, калия крови — 4,5 ммоль/л):

- A. творожно-гречневый пудинг
- B. яичница с ветчиной
- C. бифштекс с жареным картофелем
- D. мороженое

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 9 стр. из 42</p>

- Е. отварной картофель
18. Согласно клиническому протоколу признак, отличающий почечную эклампсию от гипертонического криза:
- сильная головная боль
 - судорожный синдром
 - ухудшение зрения
 - тошнота
 - головокружение
19. У больного М. 35 лет, на фоне массивных отеков выявлены следующие лабораторные изменения: анемия, гиперхолестеринемия, массивная протеинурия. Согласно клиническому протоколу наиболее правильный диагноз:
- Хронический гломерулонефрит
 - Острый пиелонефрит
 - Хронический пиелонефрит
 - Острый гломерулонефрит
- Лекарственная нефропатия
20. Больной Н. 65 лет, поступил в приемный покой с жалобами на тошноту, рвоту, выраженную слабость, сонливость, кожный зуд, снижение диуреза. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледной окраски с желтушным оттенком, сухие, со следами расчесов. Отечность в области лица. ОАК: эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$, Hb - 75 г/л, L - $8,9 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/ч. БАК: креатинин - 117 мкмоль/л, мочевины - 10,5 ммоль/л, общий белок - 65 г/л, кальций - 2,5 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 160 ммоль/л. Согласно клиническому протоколу для определения стадии хронической почечной недостаточности необходимо исследовать:
- скорость клубочковой фильтрации
 - остаточный азот
 - уровень калия в крови
 - суточную протеинурию
 - уровень натрия в крови

3 вариант

1. Острое течение заболевания, влажные хрипы, инфильтративные тени средней интенсивности в средне-нижних отделах легких, быстрая положительная динамика характерны для:
- Острого бронхита
 - Очаговой пневмонии
 - Пневмококка
 - Милиарного туберкулеза
 - Инфильтративного туберкулеза
2. Больной М., 38 лет жалуется на одышку, сухой кашель, потливость, слабость, повышение температуры тела до 38°C. 3 месяца назад перенес ОРВИ. При осмотре шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы увеличены до 1,5 см и безболезненны. На коже грудной клетки - узловатая эритема. Рентгенологически выявлено увеличение бронхопульмональных и медиастинальных лимфоузлов. В крови: СОЭ-35 мм/час, АЛТ-128 ед/л, АСТ-78 ед/л. Наиболее вероятный диагноз:
- Амилоидоз легких
 - Внебольничная пневмония
 - Фиброзирующий альвеолит
 - Саркоидоз

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 10 стр. из 42</p>

Е. Рак легкого

3. <question>Мужчина 50 лет на протяжении 20 лет страдает хроническим алкоголизмом. После переохлаждения вследствие нетрезвого состояния с симптомами интоксикации и жалобами на кашель и боли в грудной клетке был госпитализирован в стационар. НАИБОЛЕЕ вероятными возбудителями описанных изменений являются:

- А. Клебсиелла
- В. Пневмококк
- С. Стрептококк
- Д. Кишечная палочка
- Е. Стафилококк

4~Изменение индекса Тиффно характерное для рестриктивных заболеваний легких:

- А. снижение
- В. подъем
- С. повышение
- Д. увеличение
- Е. спад

5, Госпитализация больных с крупозной пневмонией производится:

- А. пешком
- В. сидя
- С. фиксацией больного
- Д. на носилках
- Е. любым способом

6, Наиболее частый возбудитель пневмонии:

- А. стафилококк
- В. клебсиелла пневмонии
- С. гемофильная палочка
- Д. стрептококк пневмонии
- Е. микопlasма

7.Коробочный звук характерен:

- А. синдрома повышенной воздушности легочной ткани
- В. для синдрома очагового уплотнения легочной ткани
- С. синдрома наличия полости в легком
- Д. бронхообструктивного синдрома
- Е. синдрома скопления жидкости в плевральной полости

8. Женщина 33 лет жалуется на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании; высокую лихорадку; общую слабость, потливость. Заболела 10 дней назад. Объективно: ЧДД - 26 в минуту. Справа в подлопаточной области определяется притупление перкуторного звука, переходящее в тупость, ослабление голосового дрожания. При аускультации дыхание в подлопаточной области справа не прослушивается. Границы сердца смещены влево. В анализе крови: лейкоциты – $18 \times 10^9/\text{л}$., эозинофилы – 4 %, базофилы – 1 %, палочкоядерные -13 %, сегментоядерные – 43 %, лимфоциты – 39%, СОЭ - 40 мм/ч. Целесообразно начать с назначения:

- А. иммунокорригирующих препаратов
- В. экстракорпоральных методов терапии
- С. инстилляций фибринолитиков в плевральную полость
- Д. комбинации 2-х антибиотиков широкого спектра действия в/в
- Е. пункции плевральной полости с ее промыванием

<p> ОНТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология»</p>		51/11-2025
<p>Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		11 стр. из 42

9. Женщина 48 лет жалуется на кашель, одышку, субфебрильную лихорадку, слабость. Длительное лечение антибиотиками не дало эффекта. При осмотре выявлен полилимфаденит, гепатоспленомегалия. Рентгенологически обнаружено увеличение бронхопульмональных и медиастинальных лимфоузлов. СОЭ-34 мм/ч. АЛТ – 98 ед/л, АСТ– 79 ед/л. На компьютерной томограмме - увеличение грудных лимфоузлов. Дополнительный метод обследования информативный для верификации диагноза:

- A. трансбронхиальная биопсия легких
- B. эхокардиография
- C. бронхография
- D. магнитно-резонансная томография
- E. рентгеноскопия органов грудной клетки

10. Согласно клиническим протоколам при лечении больных ХОБЛ основой базисной терапии является

- A. систематическое применение бронхолитиков
- B. оксигенотерапия
- C. антибактериальная терапия
- D. коррекция дыхательной недостаточности
- E. муколитическая и мукорегуляторная терапия

11. Согласно клиническому протоколу фактор, приводящий к прекращению клубочковой фильтрации:

- A. увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15 мм рт.ст
- B. увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст
- C. снижение систолического давления до 60 мм рт.ст
- D. увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
- E. повышение диастолического давления до 100 мм рт.ст

12. Полиурия характерна для:

- A. сахарного диабета
- B. уремия
- C. ОПН
- D. туберкулеза почек
- E. онкозаболевании почек

13. Острая задержка мочи, НЕ связанная с почечной патологией:

- A. ишурия
- B. дизурия
- C. изурия
- D. странгурия
- E. поллакурия

14. Колебания удельного веса мочи в норме:

- A. 1025 – 1040
- B. 1000 – 1008
- C. 1005 – 1010
- D. 1005 – 1028
- E. 1000 – 1040

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

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

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 12 стр. из 42</p>

Е. 750

16. Согласно клиническому протоколу признак, отличающий пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек:

- А. дисфункция канальцев с нарушением ацилификации мочи
- В. стойкая артериальная гипертензия
- С. развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
- Д. выраженная уремическая интоксикация
- Е. отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки

17. Согласно клиническому протоколу сочетание синдромов, соответствующее понятию смешанного нефрита:

- А. нефротический + гипертензия
- В. нефритический + почечная недостаточность
- С. мочевого + гипертензия
- Д. почечная недостаточность + гипертензия
- Е. мочевого + почечная недостаточность

18. Согласно клиническому протоколу при острой и хронической почечной недостаточности можно применять:

- А. нитрофурантоин
- В. налидиксовая кислота
- С. ампициллин
- Д. сульфадиметоксин
- Е. тетрациклин

19. Женщина 27 лет, болеет в течение 4-х лет. Жалобы на боли в области поясницы, головокружение, снижение аппетита, работоспособности, нарушение сна, тошноту, рвоту. Объективно: общее состояние тяжелое. Бледность кожных покровов, следы «расчесов». В легких дыхание ослабленное везикулярное, единичные сухие хрипы, АД-150/100 мм рт. ст. ОАК: эр.-2,3х10¹²/л, Нб-90 г/л. БАК: мочевины-25 ммоль/л, креатинин-742 мкмоль/л, калий-6,4 ммоль/л. ОАМ: уд. вес-1010, белок-4,5 г/л, L-15-17 в п.зр., эр.-3-5 в п/зр. В соответствии с клиническим протоколом эффективный метод лечения:

- А. плазмаферез
- В. гемодиализ
- С. гемоферез
- Д. трансплантация почки
- Е. перитонеальный диализ

20. Болезненное и частое мочеиспускание:

- А. ишурия
- В. изурия
- С. странгурия
- Д. дизурия
- Е. поллажурия

4 вариант

1. У больного К 32 лет в течение недели t°38-38,5С, рентгенологически слева в верхней доле определяется очаговые тени. Вероятный диагноз:

- А. очаговая пневмония
- В. туберкулез
- С. рак легких
- Д. мезотелиома

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 13 стр. из 42</p>

Е. ТЭЛА

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

- А. пневмония
- В. пневмоторакс
- С. эмфизема легких
- Д. острый бронхит
- Е. хронический бронхит

3. Больной Б., 41 года, с диагнозом «бронхиальная астма», не курящий. Жалобы на постоянные приступы одышки, частые ночные приступы. Параметры внешнего дыхания ОФВ₁ (ПС) <60%. Степень тяжести бронхиальной астмы:

- А. персистирующая средней тяжести
- В. астматический статус
- С. легкая персистирующая
- Д. тяжелая персистирующая
- Е. интермиттирующая

4. Согласно клиническим протоколам эффективно проведение бронхоскопического лаважа с лечебной целью при заболевании:

- А. бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови
- В. прогрессирующая эмфизема легких при дефиците ингибитора α_1 -антитрипсина
- С. экзогенный фиброзирующий альвеолит
- Д. хронический гнойный бронхит
- Е. бронхолегочный аспергиллез

5. Тонус гладкой мускулатуры бронхов снижается под влиянием:

- А. парасимпатической системы
- В. изоптина
- С. симпатической системы
- Д. изадрина
- Е. нарушение равновесия α и β -адренергической системы

6. Самое опасное для жизни осложнение пневмонии:

- А. абсцесс
- В. плеврит
- С. миокардит
- Д. инфекционно-токсический шок
- Е. перикардит

7. Тимпанический звук перкуссии характерен для синдрома:

- А. синдрома очагового уплотнения легочной ткани
- В. синдрома наличия полости в легком
- С. бронхообструктивного синдрома
- Д. синдрома скопления жидкости в плевральной полости
- Е. синдрома повышенной воздушности легочной ткани

8. Женщина 24 лет, получающая химиотерапию по поводу острого лимфобластного лейкоза, отмечает появление болей в грудной клетке, кашля с прожилками крови, одышки в покое. Компьютерная томография высокого разрешения выявила субплеврально расположенные мелкие, связанные с сосудами, округлые очаги, симптом «ореола» - кровоизлияния вокруг

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		
		<p>51/11-2025 14 стр. из 42</p>

очагов поражения. Выявлен антиген к Asp. Fumigatus. Согласно клиническим протоколам целесообразно назначить

- А. стрептокиназу
- В. ацикловир
- С. тобрамицин
- Д. флуконазол
- Е. фраксипарин

9. У больного 50 лет выявлено негетерогенное затемнение в верхней доле правого легкого со смещением средостения в сторону поражения, что заставляет думать:

- А. о цирротическом туберкулезе легких
- В. об экссудативном плеврите
- С. о казеозной пневмонии
- Д. об опухоли легкого
- Е. о спонтанном пневмотораксе

10. У больного П., 35 лет выслушивается амфорическое дыхание в 3-ем межреберье справа.

Вероятна патология:

- А. пневмоторакс
- В. гангрена легкого
- С. абсцесс легкого
- Д. эмфизема легких
- Е. бронхоэктатическая болезнь

11. ~«Дизурия» это:

- А. частое мочеиспускание
- В. частое болезненное и затрудненное мочеиспускание
- С. болезненное мочеиспускание
- Д. увеличение суточного количества мочи
- Е. уменьшение суточного количества мочи

12. ~Органическая почечная протеинурия НЕ характерна при:

- А. интоксикациях
- В. туберкулезе почек
- С. пиелонефрите
- Д. амилоидозе почек
- Е. опухолях почек

13. Механизм почечной артериальной гипертензий связан с...

- А. гиперсекрецией ренина.
- В. гиперсекрецией адреналина.
- С. гиперсекрецией левого желудочка.
- Д. первичным гиперальдостеронизмом.
- Е. гипосекрецией ренина.

14. Объем суточного диуреза у здоровых лиц:

- А. 600 – 800 мл
- В. 500 – 600 мл
- С. 2000 мл и более
- Д. около 1500 мл
- Е. 800 – 1000 мл

15. Гнойно-деструктивное расплавление ткани легкого с образованием тонкостенных полостей без выпота наиболее характерно для пневмонии, вызванной:

- А. Микоплазмой

ОНТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»		
		51/11-2025 15 стр. из 42

- В. Клебсиеллой
- С. Аденовирусом
- Д. Стафилококком
- Е. Пневмококком

16. Согласно клиническому протоколу характерное проявление для острого гломерулонефрита:

- А. стойкие боли в пояснице
- В. лихорадка с ознобами
- С. наличие лекарственной аллергии
- Д. полиурия
- Е. макрогематурия

17. Согласно клиническому протоколу средства, применяемые для лечения диабетической нефропатии:

- А. ингибиторы АПФ
- В. глюкокортикоиды
- С. цитостатики
- Д. высокобелковая диета
- Е. жирная диета

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

- А. компьютерная томография почек
- В. биопсия почек
- С. ангиография почек
- Д. экскреторная урография
- Е. ультразвуковое исследование

19. У женщины 48 лет в ходе обследования по поводу длительной лихорадки выявлены наложения на клапанах сердца, напоминающие вегетации. Суточный диурез 1,2 л. При бактериологическом исследовании крови обнаружен St. aureus. Начато лечение ампиоксом внутривенно (безуспешно). Общий анализ крови: Нв – 98г/л, лейкоцитов 12x10⁹/л, СОЭ – 40 мм/час. Общий анализ мочи: УВ – 1,018, белок – 1,066г/л, эритроцитов 8-10, лейкоцитов 10-12 в поле зрения, лейкограмма – 50% лимфоцитов. Креатинин 150 мкмоль/л. СКФ 80 мл/минут. При бактериологическом исследовании мочи микрофлоры не обнаружено. Согласно клиническому протоколу в программу лечения следует включить:

- А. антибиотики
- В. уросептики
- С. цитостатики
- Д. глюкокортикоиды
- Е. аминохинолоны

20. Согласно клиническому протоколу препаратом выбора для лечения нефропатии беременных (при позднем токсикозе) является:

- А. сульфат магния
- В. декстран (реополиглюкин)
- С. диуретики
- Д. свежзамороженная плазма

Е. гидралазин для внутривенных вливаний

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 16 стр. из 42</p>

5 вариант

1. Больной К., 28 лет жалуется на удушье, приступообразный сухой кашель. Дважды за последнюю неделю ночью просыпался от удушья, которое купировал беротеком. Принимает 3года серетид, беклазон ежедневно. При осмотре ЧДД – 22 в минуту. Пиковая скорость выдоха – 65 %. Наиболее вероятный диагноз.

- А. Бронхиальная астма, легкой степени, обострение ДН I
- В. Бронхиальная астма, тяжелое течение, обострение ДН III
- С. Бронхиальная астма, средней степени, обострение, ДН II
- Д. Бронхиальная астма, тяжелое течение, обострение, гормонозависимая форма ДН II
- Е. Бронхиальная астма, средней степени, обострение, гормонозависимая форма, ДН II

2. У больного 72 лет с тяжелой долевой пневмонией при критическом падении повышенной температуры тела внезапно развилась резкая слабость, головокружение, шум в ушах, тошнота, позывы на рвоту. Объективно: бледность, выраженный акроцианоз, холодный липкий пот, тахикардия, нитевидный пульс, глухость сердечных тонов, низкое АД. Наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного:

- А. Инфекционно-токсический шок
- В. Сепсис
- С. Кардиогенный шок
- Д. Тромбоэмболия легочной артерии
- Е. Острый респираторный дистресс-синдром

3. Мужчина 43 лет вернулся из командировки, где жил в отеле с кондиционером и душевой кабиной. На следующий день после приезда у него появилась фебрильная лихорадка с выраженной интоксикацией, кашлем, диареей, лейкоцитоз с лимфоцитопенией. НАИБОЛЕЕ вероятными возбудителями описанных изменений являются:

- А. Пневмококк
- В. Стафилококк
- С. Легионелла
- Д. Хламидии
- Е. Микоплазма

4. В лечении 50-летнего больного хроническим гнойно-обструктивным бронхитом в фазе обострения, эмфиземой легких, ДН II согласно клиническим протоколам нежелательно назначение препарата:

- А. антибиотики пенициллинового ряда
- В. содовые ингаляции
- С. ацетилцистеин внутрь
- Д. препарат полимикробной вакцины – бронхоиммунал
- Е. ингаляции трипсина

5. Бронхиальной астме способствует:

- А. блокада α -адренергической системы
- В. блокада холинергической системы
- С. гиперчувствительность β -адренергической системы
- Д. нарушение равновесия α и β -адренергической системы
- Е. парасимпатической системы

6. Факторы риска приобретенных пневмоний:

- А. возраст
- В. алкоголизм
- С. курение

ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»		
		51/11-2025 17 стр. из 42

- D. курение, возраст, алкоголизм, сахарный диабет
 E. сахарный диабет
- 7.** Гнойно-деструктивное расплавление ткани легкого с образованием тонкостенных полостей без выпота характерно для пневмонии, вызванной:
- A. пневмококком
 B. микоплазмой
 C. клебсиеллой
 D. стафилококком
 E. аденовирусом
- 8.** Мужчина на 2-е сутки после автодорожной травмы жалуется на одышку, сухой кашель, чувство дискомфорта в грудной клетке. Объективно: возбужден, пытается принять сидячее положение. Диффузный цианоз. ЧДД - 35 в мин. В нижних отделах с обеих сторон ослаблен перкуторный звук, выслушивается крепитация. ЧСС - 110 в мин. АД - 80/50 мм рт.ст. Эффективное лечение:
- A. тромбэктомия
 B. экстренный торакоцентез
 C. длительная небулизация
 D. искусственная вентиляция легких
 E. малопоточная оксигенотерапия
- 9.** Причинами развития эмпиемы плевры могут являться:
- A. абсцесс легкого
 B. рак легкого
 C. бактериальная пневмония
 D. мезотелиома плевры
 E. туберкулез легких
- 10.** Больной М., 38 лет жалуется на одышку, сухой кашель, потливость, слабость, повышение температуры тела до 38°C. 3 месяца назад перенес ОРВИ. При осмотре шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы увеличены до 1,5 см и безболезненны. На коже грудной клетки - узловатая эритема. Рентгенологически выявлено увеличение бронхопульмональных и медиастинальных лимфоузлов. В крови: СОЭ-35 мм/час, АЛТ- 128 ед/л, АСТ-78 ед/л. Вероятный диагноз.
- A. амилоидоз легких
 B. саркоидоз
 C. внебольничная пневмония
 D. фиброзирующий альвеолит
 E. рак легкого
- 11.** Полиурия характерна для:
- A. сахарного диабета
 B. уремии
 C. ОПН
 D. туберкулеза почек
 E. онкозаболевании почек
- 12.** Ложная лейкоцитурия вызвана:
- A. пиелонефритом
 B. простатитом
 C. гломерулонефритом
 D. пиелитом
 E. циститом

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		
		<p>51/11-2025 18 стр. из 42</p>

- 13.** Описание, характерное для клиники почечной эклампсии:
- А. головная боль, нарушение зрения, отслойка сетчатки, повышение АД
 - В. головная боль, головокружение, рвота, снижение АД
 - С. пароксизмы головных болей, сердцебиения, повышения уровня АД, судороги на фоне отеков
 - Д. нарушение речи и зрения, потеря памяти
 - Е. стойкое повышение АД без особых нарушений со стороны ЦНС
- 14.** Проба Реберга используется для определения:
- А. концентрационной функции почек
 - В. размаха удельного веса мочи
 - С. величин клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции
 - Д. соотношение дневного диуреза к ночному
 - Е. дневного диуреза
- 15.** Больной выделил днем мочи 700 мл, а ночью 1200. Какое отклонение от нормы имеется?
- А. дизурия
 - В. поллакиурия
 - С. никтурия
 - Д. полиурия
 - Е. олигурия
- 16.** Согласно клиническому протоколу фактор, приводящий к прекращению клубочковой фильтрации:
- А. увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15 мм рт.ст
 - В. увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст
 - С. увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
 - Д. повышение диастолического давления до 100 мм рт.ст
 - Е. снижение систолического давления до 60 мм рт.ст
- 17.** Согласно клиническому протоколу основной клинический признак нефротического синдрома:
- А. отеки
 - В. повышение АД
 - С. сердцебиение
 - Д. дизурия
 - Е. лихорадка
- 18.** Согласно клиническому протоколу микрогематурия наименее характерна для следующего варианта гломерулонефрита:
- А. Мембранозный нефрит
 - В. Липоидный нефроз
 - С. Мезангиопролиферативный нефрит
 - Д. Мезангиокапиллярный нефрит
 - Е. Волчаночный нефрит
- 19.** У больного 59 лет в течение месяца появилась безболевая макрогематурия с лихорадкой до 38 С. Лечился антибиотиками без эффекта. АД – 150/90 мм.рт.ст. В крови: Нв – 160 г/л, СОЭ – 57 мм/час. Согласно клиническому протоколу следующий шаг в обследовании:
- А. компьютерная томография почек
 - В. биопсия почек
 - С. ангиография почек
 - Д. ультразвуковое исследование
 - Е. экскреторная урография

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		
		<p>51/11-2025 19 стр. из 42</p>

20. У больной 25 лет после переохлаждения остро появились выраженные отеки, редкое мочеиспускание малыми порциями, асцит, снижение аппетита, слабость. АД – 120/80 мм рт. ст. В крови: Нв – 110 г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – 15,5х10⁹/л, СОЭ – 60 мм/час. В моче: уд. вес – 1026, белок – 5,6 г/л, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, общий белок – 40 г/л. Согласно клиническому протоколу наиболее информативный показатель для выявления нефротического синдрома:

- А. величина клубочковой фильтрации
- В. уровень креатинина сыворотки крови
- С. уровень холестерина сыворотки крови
- Д. величина канальцевой реабсорбции
- Е. величина суточной протеинурии

6 вариант

1. У больной К., 47 лет, страдающей сахарным диабетом и получающей лечение по поводу пневмонии, вновь повысилась температура тела до 39°C потрясающим ознобом и проливным потом. ЧДД – 32 в мин., ЧСС – 108 в мин. В крови: лейкоциты – 18х10⁹/л тыс., палочкоядерные – 14, сегментоядерные – 52, лимфоциты – 34, СОЭ – 48 мм/час. Из крови высеян золотистый стафилококк. При эхокардиографическом исследовании клапаны интактны. Развившееся осложнение у больного

- А. инфекционный эндокардит
- В. инфекционно-токсический шок
- С. сепсис
- Д. острая дыхательная недостаточность
- Е. острый респираторный дистресс-синдром

2. У больной 43 лет 4 месяца назад появились субфебрильная лихорадка, малопродуктивный кашель, медленно нарастающая одышка, слабость. Объективно: состояние средней тяжести. В легких ослабленное дыхание, в базальных отделах – крепитация. На рентгенограмме: усиление легочного рисунка. В крови: лейкоциты -10,5 тыс, СОЭ-23 мм/ч. Терапия пенициллином привела к ухудшению состояния больного, нарастанию одышки. Исследование ФВД: признаки дыхательной недостаточности рестриктивного типа. Вероятным этиологическим фактором является:

- А. вирусный
- В. токсический
- С. паразитарный
- Д. грибковый
- Е. бактериальный

3. У пациента 59 лет появилась лихорадка до 40°C, надсадный кашель с гнойной мокротой до 100 мл/сут, выраженная одышка в покое; болен около 4 недель. На R-грамме: в левом легком обнаружена обширная интенсивная инфильтрация легочной ткани с очаговой деструкцией в прикорневой зоне средних отделов. Какое из перечисленных осложнений НАИБОЛЕЕ вероятно развилось у больного?

- А. Туберкулема левого легкого
- В. Осложненный плеврит
- С. Эмпиема плевры
- Д. Гангрена левого легкого

Е. Ателектаз левого легкого

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 20 стр. из 42</p>

4. Лимфоцитарный состав и незначительное количество мезотелиальных клеток в экссудате характерны для заболевания:

- А. опухоль
- В. ревматоидный артрит
- С. лимфолейкоз
- Д. пневмония
- Е. туберкулез

5. Бронхиальная астма отличается от сердечной:

- А. ночными приступами удушья
- В. эффектом от приема α -2-адреномиметиков
- С. связью приступов с положением тела
- Д. кашлем в конце приступа
- Е. появление цианоза

6. Факторы риска приобретенных пневмоний:

- Г. возраст
- Г. алкоголизм
- Н. курение
- І. курение, возраст, алкоголизм, сахарный диабет

7. У больного движения грудной клетки симметричны, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, печеночная тупость смещена вниз. Согласно клиническому протоколу, наиболее вероятный диагноз:

- А. диффузная эмфизема легких
- В. фиброз легких
- С. гидропневмоторакс
- Д. бронхиальная астма
- Е. лобулярная пневмония

8. У мужчины с одышкой, уменьшающейся после ингаляций кислорода и бронхолитиков, наличием диффузного теплого цианоза, эпигастральной пульсации; акцента второго тона во II межреберье слева; симптома Грехема – Стилла; увеличением толщины стенки и расширением полости правого желудочка; отсутствием ортопноэ. Согласно клиническому протоколу, наиболее вероятный диагноз:

- А. хронического легочного сердца
- В. эмфиземы легких
- С. бронхиальной астмы
- Д. хронического бронхита
- Е. дилатационной кардиомиопатии

9. Женщина 43 лет жалуется на повышение температуры тела до $38,5^{\circ}$; боли в коленных и локтевых суставах; нарастающую одышку. При осмотре выявлена узловатая эритема. На рентгенограммах на фоне обычной прозрачности легких с обеих сторон определяются увеличенные прикорневые лимфоузлы эллипсоидной формы. При описанной форме саркоидоза целесообразно назначение ... терапии.

- Г. глюкокортикоидной
- Г. дренажной
- Н. муколитической
- І. саркоидоз
- Ј. бронходилатирующей

10. Больной 28 лет заболел 3 недели тому назад после перенесенного гриппа. Жалуется на кашель с мокротой, субфебрильную температуру, слабость, потливость; справа у нижнего угла

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		
		<p>51/11-2025 21 стр. из 42</p>

лопатки выслушиваются влажные хрипы; рентгенологически справа выявлено затемнение треугольной формы средней интенсивности и просветлением в центре, корни расширены, в прикорневой зоне - единичные очаговые тени. Целесообразная лечебная тактика:

- A. антибиотики
 - B. цитостатики
 - C. туберкулостатики
 - D. глюкокортикостероиды
 - E. аминохинолиновые производные
11. ~«Олигоурия» это:
- A. мочеиспускание малыми порциями
 - B. редкое мочеиспускание
 - C. болезненное мочеиспускание
 - D. выделение в пределах до 500 мл мочи в сутки
 - E. изменение цвета мочи
12. Наличие лейкоцитов в мочевом осадке:
- A. лейкоцитурия
 - B. пиурия
 - C. гиперлейкоцитурия
 - D. лейкоцитоз
 - E. лейкоцитопения
- 13 Ведущие симптомы нефротического синдрома:
- A. гипертензия
 - B. массивные отеки
 - C. лейкоцитурия вплоть до пиурии
 - D. отеки
 - E. боли в области поясницы
14. Пальпацией почек не возможно определить:
- A. степень нарушения функции почек
 - B. подвижность
 - C. конфигурацию почек
 - D. степень нефроптоза
 - E. плотность
15. Пациенту 40 лет с АГ I степени целесообразно начать обследование
- A. анализа мочи по Зимницкому
 - B. сцинтиграфии почек
 - C. урографии
 - D. УЗИ почек и сердца
 - E. ангиографии почек
16. Основная причина истинной лейкоцитурии – это...
- A. воспалительные заболевания придатков.
 - B. воспаление предстательной железы.
 - C. воспалительные заболевания матки.
 - D. воспалительные заболевания мочевого пузыря.
 - E. воспаление чашечно-лоханочной системы почек.
17. Согласно клиническому протоколу фактор, приводящий к прекращению клубочковой фильтрации:
- A. увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15 мм рт.ст
 - B. увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 22 стр. из 42</p>

- С. снижение систолического давления до 60 мм рт.ст
 Д. увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
 Е. повышение диастолического давления до 100 мм рт.ст
18. Согласно клиническому протоколу препаратом выбора для лечения нефропатии беременных (при позднем токсикозе) является:
- А. сульфат магния
 В. декстран (реополиглюкин)
 С. диуретики
 Д. свежесамороженная плазма
 Е. гидралазин для внутривенных вливаний
19. Больной 30 лет поступил с жалобами на выраженные отеки, уменьшение выделения мочи до 300 мл /сутки, головную боль, тошноту, резкую слабость, кожный зуд, резкое снижение зрения, АД 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 125 уд. в минуту. В крови: мочеви́на – 35 ммоль/л, креатинин – 1450 мкмоль/л, калий – 9,0 ммоль/л. В анализе мочи: уд. вес – 1005, белок – 10,0 г/л, Лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения. Согласно клиническому протоколу наиболее целесообразная тактика лечения :
- А. назначение плазмофереза
 В. назначение антибиотиков
 С. проведение гемодиализа
 Д. введение антикоагулянтов
 Е. проведение перитонеального диализа
20. 16-летний юноша поступил по поводу массивных отеков, которые держатся в течение 4 месяцев. Бледность, анасарка, пульс 76 уд. в мин, АД 120/80 мм рт.ст.. В анализе крови - НВ 130 г/л, тромбоциты 240000, СОЭ - 24мм/час. В анализе мочи - отн. плотность 1023, белок 16 г/сутки, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты - нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17г/л, креатинин 1,2мг%, холестерин 560мг%. Больного лечили фуросемидом внутривенно без эффекта. Следующий шаг в лечении -увеличить дозу:
- А. глюкокортикоидов
 В. диуретиков
 С. антибиотиков
 Д. уросептиков
 Е. метаболитов

7 вариант

1. Мужчина 63 лет жалуется на кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гно́йного характера; одышку, усиливающуюся при физической нагрузке; повышение температуры до 38С. Заболел остро после переохлаждения. Курит до 20 сигарет в сутки. При аускультации на фоне ослабленного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, справа в подлопаточной области - влажные мелкопузырчатые. Там же определяется притупление перкуторного звука. Рентгенологически в нижней доле правого легкого выявляются множественные инфильтративные тени размером 1-2 см. Лейкоциты – 14 тыс., СОЭ - 22 мм/час. ОФВ1 58%.Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен
- А. ХОБЛ легкой степени обострение
 В. ХОБЛ, средней степени тяжести, обострение
 С. ХОБЛ тяжелой степени, обострение
 Д. Очаговая пневмония, ХОБЛ средней степени тяжести
 Е. ХОБЛ средней степени тяжести бронхоэктазы

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		
		<p>51/11-2025 23 стр. из 42</p>

2. Картина сотового легкого и двусторонние изменения по типу «матового стекла» при компьютерной томографии наиболее характерна для:

- А. Двусторонней пневмонии
- В. Милиарного туберкулеза
- С. Амилоидоза легких
- Д. Фиброзирующего альвеолита
- Е. Саркоидоза легких

3. Пневмония – это заболевание, характеризующееся поражением:

- А. слизистой бронхов:
- В. плевры:
- С. легочных сосудов:
- Д. диафрагмы
- Е. респираторных отделов легких

4. Вторичная деструктивная диффузная эмфизема является осложнением:

- А. бронхиальной астмы
- В. хронического катарального бронхита
- С. хронического обструктивного бронхита
- Д. очаговой пневмонии
- Е. хронического фиброзирующего альвеолита

5. Синдром "рикошета" при астматическом статусе это:

- А. функциональная блокада β -адренергических рецепторов
- В. при применении α -2-адреностимуляторов
- С. накопление вязкой мокроты в дилатированных бронхах
- Д. трансудация жидкости из капилляров в легочную ткань
- Е. отхождение большого количества мокроты

6. Лекарственный препарат относящийся к М-холинолитикам:

- А. изадрин
- В. сальбутамол
- С. фликсотид (флутиказон)
- Д. атровент (ипратропиум)
- Е. серевент (сальметерол)

7. У больного: грудная клетка нормальной формы, смещения средостения нет, тупой звук при перкуссии, звонкие влажные хрипы и отчетливая крепитация. Согласно клиническому протоколу, наиболее вероятный диагноз:

- А. эмфизема
- В. лобарная пневмония
- С. пневмоторакс
- Д. бронхоэктазы
- Е. фиброз легкого

8. Хилезный экссудат характерен для:

- А. лимфогранулематоза
- В. саркоидоза легких
- С. рака легкого
- Д. тромбоэмболии легочной артерии
- Е. туберкулеза легких

9. Мужчина 41 лет жалуется на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании; повышение температуры до 38С; общую слабость, потливость. Болеет в течение 2 недели. Объективно: ЧДД - 26 в минуту. При обследовании выявлены: отставание левой

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 24 стр. из 42</p>

половины грудной клетки при дыхании; притупление перкуторного звука, переходящее в тупость, и ослабление голосового дрожания слева в подлопаточной области; резкое ослабление дыхания в той же области. Границы сердца смещены вправо. Пульс - 100 в минуту. В анализе крови: лейкоциты – $11 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные -13%, лимфоциты - 43%, СОЭ - 38 мм/ч. Согласно клиническому протоколу, наиболее вероятный диагноз:

- A. ателектаз
- B. пневмония
- C. экссудативный плеврит
- D. спонтанный пневмоторакс
- E. инфильтративный туберкулез легких

10. Больной 52 лет жалуется на одышку в покое, сухой приступообразный кашель, сердцебиение, слабость, снижение аппетита. Считает себя больным около полугода. 4 месяца назад рентгенологически выявлены двусторонние изменения, расцененные как пневмония. Антибактериальная терапия не дала эффекта – температура повысилась, усилилась одышка, потерял в весе 6 кг. Объективно: состояние тяжелое, одышка, акроцианоз. ЧДД – 28 в мин., выслушивается ослабленное дыхание и грубая крепитация («треск целлофана»). В крови: лейкоциты – 12 тыс., СОЭ - 42 мм/ч. В данном случае целесообразно назначить препарат:

- A. изониазид
- B. ровамицин
- C. метотрексат
- D. преднизолон
- E. ампициллин

11. Олигурия НЕ характерна для больных:

- A. при усиленном потоотделении
- B. с профузным поносом
- C. с сердечной декомпенсацией
- D. с сахарным диабетом
- E. находящихся в сухом жарком помещении

12. Основная причина истинной лейкоцитурии – это...

- A. воспалительные заболевания придатков.
- B. воспаление предстательной железы.
- C. воспалительные заболевания матки.
- D. воспаление чашечно-лоханочной системы почек.
- E. воспалительные заболевания мочевого пузыря.

13. Больной А 28 лет появились приступообразные боли в области поясницы, задержка мочи и отечность. Положительный симптом Пастернацкого бывает при

- A. мочекаменной болезни
- B. диабетической нефропатии
- C. паранефрите
- D. цистите

E. простатите

14.Почки при пальпации не выявляются при:

- A. нефроптозе 2 степени
- B. наличии больших кист
- C. пиелонефрите
- D. увеличении почек
- E. гломерулонефрите

15. Наиболее информативный метод диагностики вазоренальной 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 «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 25 стр. из 42</p>

- Ф. УЗИ почек
 - Г. сцинтиграфия почек
 - Н. почечная ангиография
 - І. УЗИ почечных артерий
 - Ж. рентгенологические исследования почек
- 16. Лейкоцитурия НЕ бывает истиной при:
 - А. кольпите
 - В. пиелонефрите
 - С. цистите
 - Д. пиелите
 - Е. гломерулонефрите
- 17. Согласно клиническому протоколу при хронической почечной недостаточности можно использовать антигипертензивный препарат:
 - А. гидрохлортиазид (гипотиазид)
 - В. азаметония бромид (пентамин)
 - С. нифедипин
 - Д. метилдопа
 - Е. спиронолактон
- 18. Согласно клиническому протоколу причина преренальной острой почечной недостаточности:
 - А. дегидратация
 - В. увеличение сердечного выброса
 - С. гипervолемия
 - Д. гипертонический криз
 - Е. рак шейки матки
- 19. У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 3,7мг%. Согласно клиническому протоколу наиболее целесообразно включить в лечение:
 - А. фурасемид
 - В. офлоксацин
 - С. фурамаг
 - Д. преднизалон
 - Е. актовегин
- 20. Больного 24 лет беспокоят головные боли, жажда, тошнота, рвота, носовое кровотечение, слабость, плохой аппетит. Болен в течение 10 лет. Объективно: бледен, на коже следы расчесов, симптом поколачивания положителен с обеих сторон. АД - 180/100 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. В крови: Нв-96 г/л, эр.-2,8 млн., лейкоц.-8,2 тыс., СОЭ-35 мм/ч, мочеви́на-16 ммоль/л, креатинин-0,250 ммоль/л. Анализ мочи: отн. плотность -1005, белок-4,5 г/л, лейкоц. - 8-12 в поле зрения, эр. - 20-25 в поле зрения. Согласно клиническому протоколу наиболее целесообразная тактика лечения:
 - А. проведение гемодиализа
 - В. назначение плазмофереза
 - С. назначение антибиотиков
 - Д. введение антикоагулянтов
 - Е. проведение перитонеального диализа

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 26 стр. из 42</p>

8 вариант

1. Больной А 68 лет жалобы на одышку при небольшой нагрузке кашель с трудноотделяемой мокротой, работал 20лет на цемзаводе. Аускультативно выдох удлинён, сухие жужжащие хрипы. ОФВ₁65%. Рентгенологически диффузное усиление, деформация легочного рисунка мелкоузловой фиброз. Ваш диагноз?

- А. ХОБЛ легкой степени обострение ДН
- В. ХОБЛ тяжелой степени обострение ДН II
- С. Силикоз I стадии. ХОБЛ обострение ДН II
- Д. ХОБЛ тяжелой степени обострение ДН III
- Е. ХОБЛ средней степени обострение ДН II

2. Больной 49 лет предъявляет жалобы на приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие в ночное время; свистящее дыхание, слышимое на расстоянии. Объективно: при аускультации везикулярное дыхание без патологических шумов. Число дыханий- 19 в мин. При бронхоскопии отёк и гиперемия слизистой верхних отделов дыхательных путей. При ФГДС: гиперемия, сливные эрозии по всей окружности нижней трети пищевода. Какова наиболее вероятная причина бронхообструкции:

- А. Бронхиальная астма
- В. Трахеобронхиальная дискинезия
- С. Сердечная астма
- Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- Е. Паразитоз

3. Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована:

- А. при поступлении в стационар
- В. после выписки из стационара
- С. через 2-3 дня и более после госпитализации
- Д. накануне поступления в стационар
- Е. через неделю после выписки

4. Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеют:

- А. острые заболевания дыхательной системы
- В. хронические болезни бронхолегочного аппарата
- С. функциональное перенапряжение аппарата дыхания
- Д. возрастная инволюция эластической ткани легких
- Е. дефицит α1- антитрипсина

5. Важнейшим признаком астматического статуса II стадии является:

- А. выраженность цианоза
- В. пульсация шейных вен
- С. тахикардия
- Д. жесткость дыхания
- Е. отсутствие дыхательных шумов

6. Согласно клиническим протоколам хронический бронхит следует лечить антибиотиками:

- А. в осенне-зимний период
- В. длительно
- С. не следует применять вообще
- Д. при появлении кровохарканья
- Е. при выделении гнойной мокроты

7. 65 летний мужчина 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Жалуется на усиливающуюся одышку. При обследовании: СОЭ – 65 мм/ч. Рентгенологически обнаружен плевральный

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 27 стр. из 42</p>

выпот. При пункции удалено 500 мл жидкости. Через 2 дня выявлено повторное накопление жидкости в плевральной полости. Для уточнения диагноза информативно исследование:

- A. магнитно-резонансная томография
 - B. компьютерная томография
 - C. цитологическое исследование экссудата
 - D. трансбронхиальная пункция
 - E. исследование на онкомаркеры
8. Ослабление голосового дрожания встречается при:
- A. Пневмонии
 - B. Ателектазе легкого
 - C. Инфаркте легкого
 - D. Гидротораксе
 - E. Опухоли легкого
9. Осложнениевероятно приведшее к летальному исходу мужчину с хронической обструктивной болезнью легких:
- A. спонтанный пневмоторакс
 - B. пневмония
 - C. экссудативный плеврит
 - D. острая дыхательная недостаточность
 - E. тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
10. Для определения выраженности дыхательной недостаточности информативны:
- A. исследование газового состава артериальной крови
 - B. жалобы и анамнез больного
 - C. спирографическое исследование
 - D. рентгенологическое исследование
 - E. физикальное обследование больного
11. Анурия – это...
- A. полное прекращение выделения мочи или выделение мочи до 50 мл в сутки.
 - B. редкое мочеиспускание.
 - C. прекращение выделения мочи в дневное время суток.
 - D. отсутствие изменения в мочевом осадке.
 - E. мочеиспускание малыми порциями.
12. Лейкоцитурия НЕ бывает истиной при:
- A. пиелонефрите
 - B. цистите
 - C. пиелите
 - D. кольпите
 - E. гломерулонефрите
14. Нормальные параметры пробы Аддиса – Каковского:
- A. эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 3 млн, цилиндров 10000
 - B. эритроцитов 500000, лейкоцитов 4 млн
 - C. эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000
 - D. эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
 - E. эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 70000
15. Колебание относительной плотности мочи 1010-1012 в пробе Зимницкого – это
- A. никтурия
 - B. гипоизостенурия
 - C. полиурия

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		
		<p>51/11-2025 28 стр. из 42</p>

- D. протеинурия
E. поллакурия
16. Эритроцитурия и гематурия наиболее характерны для:
A. цистита
B. пиелонефрита
C. гломерулонефрита
D. уретрита
E. воспалительные заболевания мочевого пузыря
17. Согласно клиническому протоколу экскреция калия с мочой определяется величиной:
A. клубочковой фильтрации
B. проксимальной секреции калия
C. дистальной реабсорбции калия
D. проксимальной реабсорбции калия
E. дистальной секреции калия
18. Согласно клиническому протоколу для исследования концентрационной способности почек проводится проба:
A. Реберга
B. Нечипоренко
C. Аддиса-Коковского
D. Зимницкого
E. С преднизолоном
19. Больной 25 лет жалуется на острые боли в области промежности, отдающие в крестец и поясничную область. Температура тела повышена до 39,5°C. Мочеиспускание затруднено, болезненно. Согласно клиническому протоколу следующий шаг в обследовании:
A. компьютерная томография почек
B. экскреторная урография
C. биопсия почек
D. ангиография почек
E. сцинтиграфия почек
20. Женщина 27 лет, болеет в течение 4-х лет. Жалобы на боли в области поясницы, головокружение, снижение аппетита, работоспособности, нарушение сна, тошноту, рвоту. Объективно: общее состояние тяжелое. Бледность кожных покровов, следы «расчесов». В легких дыхание ослабленное везикулярное, единичные сухие хрипы, АД-150/100 мм рт. ст. ОАК: эр.-2,3х10¹²/л, Нб-90 г/л. БАК: мочевина-25 ммоль/л, креатинин-742 мкмоль/л, калий-6,4 ммоль/л. ОАМ: уд. вес-1010, белок-4,5 г/л, L-15-17 в п.зр., эр.-3-5 в п/зр. В соответствии с клиническим протоколом эффективный метод лечения:
A. плазмаферез
B. гемодиализ
C. гемоферез
D. трансплантация почки
E. перитонеальный диализ

9 вариант

1. Больной В., 37 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 4-х лет. Приступы удушья купирует вентолином, преднизолон в дозе 10 мг/сут. Пиковая скорость выдоха - 55%. На момент осмотра – ортопноэ, при аускультации – свистящие сухие хрипы по всем легочным полям, ЧДД – 28 в мин, ЧСС 92 уд в мин., АД 130/90 мм.рт.ст. Больной за последний час трижды применял ингалятор с вентолином. Какая тактика ведения больного наиболее целесообразна?

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 29 стр. из 42</p>

- A. Теофиллин peros, серетид 500мкг
 - B. Эуфиллин 2,4% 10 мл в/в, вентолин
 - C. Преднизолон в/в в дозе 120-90 мг
 - D. Вентолин через небулайзер, беродуал
 - E. Ингаляции беротеком, вентолин
2. Анамнестические указания на пользование кондиционерами, душевыми в отелях, пансионатах; фебрильная лихорадка с выраженной интоксикацией, кашлем, диареей; лейкоцитоз с лимфоцитопенией наиболее характерны для пневмонии:
- A. Хламидийной
 - B. Микоплазменной
 - C. Легионеллезной
 - D. Пневмококковой
 - E. Стафилококковой
3. Частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является:
- A. хламидия
 - B. микоплазма
 - C. пневмококк
 - D. клебсиелла
 - E. вирус простого герпеса
4. Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеют:
- A. дефицит $\alpha 1$ -антитрипсина
 - B. деградация эластической ткани легкого
 - C. острые болезни аппарата дыхания
 - D. хронические болезни бронхолегочного аппарата
 - E. функциональное перенапряжение аппарата дыхания
5. На стороне пневмоторакса перкуторно отмечается:
- A. резкое притупление
 - B. высокий тимпанит
 - C. отсутствие изменений
 - D. укорочение звука
 - E. ясный легочный
6. Основным возбудителем внебольничных пневмоний является:
- A. стафилококк
 - B. гемофильная палочка
 - C. синегнойная палочка
 - D. пневмококк
 - E. легионелла
7. У женщины 28 лет выслушивается шум трения плевры. Рентгенологические изменения отсутствуют. Согласно клиническому протоколу, наиболее вероятный диагноз:
- A. острая пневмония
 - B. эмпиема плевры
 - C. сухой плеврит
 - D. экссудативный плеврит
 - E. бронхоэктатическая болезнь
8. Методом, достоверно подтверждающим поражение лимфатических узлов средостения саркоидозом является:
- A. Гистологическое исследование биоптатов пораженных узлов

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		
		<p>51/11-2025 30 стр. из 42</p>

- В. Радиоизотопное сканирование легких
 - С. Торакоскопия
 - Д. Срединная томография
 - Е. Исследование функции внешнего дыхания
9. Мужчина 23 лет отмечает повышение температуры тела до 39,0°C, кашель со скудной мокротой, боли в грудной клетке, слабость. В крови: лейкоциты – $13 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 36 мм/ч. Целесообразно назначение исследования:
- А. спирография
 - В. бронхоскопия
 - С. компьютерная томография органов грудной клетки
 - Д. ультразвуковое исследование плевральных полостей
 - Е. рентгенография органов грудной клетки
10. Бронхиальная астма, вызванная физическим усилием, может быть предотвращена с помощью профилактического (за 15-30 минут до нагрузки) применения:
- А. Кромоналов
 - В. Бета - агонистов
 - С. Ингаляционных глюкокортикостероидов
 - Д. Производных ксантина
 - Е. Антагонистов лейкотриеновых рецепторов
11. Иштурией НЕ является:
- А. нарушение мочеотделения из-за препятствия в мочевом пузыре
 - В. нарушение мочеотделения из-за препятствия в мочеиспускательном канале
 - С. нарушение мочеотделения из-за патологии в паренхиме почек
 - Д. нарушение мочеотделения из-за повреждения спинного мозга
 - Е. нарушение мочеотделения из-за препятствий в мочеточнике
12. Эритроцитурия и гематурия наиболее характерны для:
- А. цистита
 - Б. пиелонефрита
 - В. уретрита
 - Г. гломерулонефрита
 - Д. воспалительные заболевания мочевого пузыря
13. Для нефроптоза 1 степени характерно:
- А. пальпируется вся почка в положении стоя
 - Б. пальпируется вся почка в положении лежа
 - В. пальпируется нижний полюс почки
 - Г. почка пальпируется в любом месте брюшной полости
 - Д. пальпируется верхний полюс почки
14. Данные пробы Реберга при нефритах:
- А. КФ–100 мл\ мин, Р– 98%, МД – 2 мл
 - Б. КФ–120 мл\ мин, Р– 60%, МД – 2 мл
 - В. КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,
 - Г. КФ–50 мл\ мин, Р– 99%, МД – 0,6 мл
 - Д. КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,
15. Рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей – это
- А. ирригоскопия
 - Б. томография
 - В. экскреторная урография
 - Г. хромоцистоскопия

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 31 стр. из 42</p>

- Е. колоноскопия
16. Состояние, когда содержание лейкоцитов в моче НЕ подлежит подсчету:
- лейкоцитурия
 - гиперлейкоцитурия
 - лейкоцитоз
 - пиурия
 - воспалительные заболевания мочевого пузыря
17. Согласно клиническому протоколу частый морфологический вариант поражения почек при подагре:
- мезангиокапиллярный нефрит
 - фокально-сегментарный гиалиноз
 - мембранозный нефрит
 - интерстициальный нефрит
 - экстракапиллярный нефрит
18. Согласно клиническому протоколу назначение больному фуросемида не обосновано:
- при хронической почечной недостаточностью
 - при острой почечной недостаточностью
 - на хроническом гемодиализе
 - при сердечных отеках
 - при отсутствии ответа на введение данного вещества на протяжении 48 часов
19. Согласно клиническому протоколу экскреция калия с мочой определяется величиной:
- клубочковой фильтрации
 - проксимальной секреции калия
 - дистальной реабсорбции калия
 - проксимальной реабсорбции калия
 - дистальной секреции калия
20. Согласно клиническому протоколу для исследования концентрационной способности почек проводится проба:
- Реберга
 - Нечипоренко
 - Аддиса-Коковского
 - Зимницкого
 - С преднизолоном

10 Вариант

1. Больной Б., 56 лет, жалобы на приступы удушья до 5-6 раз в сутки, кашель с пенистой мокротой слизистого характера, каждую ночь беспокоят приступы удушья, особенно под утро, одышка в покое, отеки на ногах. При осмотре ЧДД - 28 в минуту. Пиковая скорость выдоха - 52%. Какой диагноз наиболее вероятен?
- Бронхиальная астма, средней степени, обострение, ДН II
 - Бронхиальная астма, тяжелое течение, обострение, ДН II
 - Бронхиальная астма, тяжелая степень, обострение, ДН III
 - Хронический обструктивный бронхит, обострение ДН II
 - Хронический обструктивный бронхит, обострение ДН III
2. Больной 16 лет, учащийся техникума. Заболел остро на фоне простуды. Отмечает, что кроме него в группе заболело еще несколько человек. Жалобы на приступообразный кашель с

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		
		<p>51/11-2025 32 стр. из 42</p>

мокротой желто-зеленого цвета, боли в мышцах, головную боль. Общее состояние средней степени тяжести. Жесткое дыхание, хрипов нет. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. При бактериоскопии мокроты выделен стрептококк, при повторном исследовании – *Mycoplasma pneumoniae*. Рентгенологически – усиление и сгущение легочного рисунка, пятнистые затемнения в нижних отделах легких. Наиболее вероятный диагноз:

- A. Пневмококковая пневмония
 - B. Инфекционная пневмония
 - C. Стрептококковая пневмония
 - D. Гриппозная пневмония
 - E. Микоплазменная пневмония
3. Характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции:
- A. инспираторная
 - B. экспираторная
 - C. смешанная
 - D. экспираторная-инспираторная
 - E. смешанно- инспираторная
4. Синдром хронического панкреатита, преимущественно с признаками экзокринной недостаточности часто развивается в рамках заболевания:
- A. синдрома Дауна
 - B. синдрома Марфана
 - C. первичного амилоидоза
 - D. муковисцидоза
 - E. вторичного амилоидоза
5. При клапанном пневмотораксе надо:
- A. ввести наркотики
 - B. назначить кислород
 - C. срочно ввести иглу в плевральную полость
 - D. проводить искусственную вентиляцию легких
 - E. введения гормонов
6. Лекарственный препарат относящийся к селективным агонистам β_2 -адренорецепторов короткого действия:
- A. изадрин
 - B. фликсотид (флутиказон)
 - C. сальбутамол
 - D. атровент (ипратропиум)
 - E. серевент (сальметерол)
7. 74-летняя женщина жалуется на остро возникшее затрудненное дыхание. Страдает заболеванием сердца и эмфиземой. Ночью проснулась от выраженной одышки, появился кашель с розовой мокротой. При осмотре: ЧДД- 36 в минуту, АД- 200/110 мм.рт.ст. Пульс -110 в минуту. Температура тела -38°C. В нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются влажные хрипы. При аускультации сердца выявлены ритм галопа, тахикардия. Будет выявлена рентгенологическая картина:
- A. двусторонний плевральный выпот
 - B. множественные мелкие очаги по типу «снежной бури»
 - C. увеличение тени сердца и двустороннее усиление альвеолярного рисунка
 - D. двусторонняя интенсивная инфильтрация в нижних отделах
 - E. увеличение тени левого предсердия и выпот в плевральных синусах

<p>QONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 33 стр. из 42</p>

8. У 42-летнего мужчины с долевой пневмонией на 7-е сутки заболевания справа ниже угла лопатки не прослушивается дыхание. Вероятно у пациента развилось осложнение:

- A. сухой плеврит
- B. эмпиема плевры
- C. экссудативный плеврит
- D. подпеченочный абсцесс
- E. спонтанный пневмоторакс

9. У учащегося техникума 16 лет на фоне простуды повысилась температура, появились чувство жжения в грудной клетке, приступообразный изнуряющий кашель с трудноотделяемой желто-зеленой мокротой, слабость, головная боль, боли в мышцах, плохая переносимость холода (острая боль в кончиках пальцев рук и ног на холод). Отмечает, что в группе заболели еще несколько человек. При физикальном обследовании выслушивается жесткое дыхание, единичные хрипы в нижних отделах справа. Вероятный возбудитель:

- A. хламидии
- B. клебсиелла
- C. пневмококк
- D. микоплазма
- E. стафилококк

10. Причина развития первичной эмфиземы легких:

- A. Инфекция
- B. Курение
- C. Вредные газы
- D. Производственная пыль
- E. Недостаток альфа1-антитрипсина

11. Поллакурия это...

- A. болезненное мочеиспускание.
- B. редкое мочеиспускание.
- C. учащенное мочеиспускание.
- D. прекращение мочеиспускание.
- E. мочеиспускание малыми порциями.

12. Состояние, когда содержание лейкоцитов в моче НЕ подлежит подсчету:

- F. лейкоцитурия
- G. гиперлейкоцитурия
- H. пиурия
- I. лейкоцитоз
- J. воспалительные заболевания мочевого пузыря

13. Для нефроптоза 2 степени характерно:

- A. пальпируется половина почки
- B. пальпируется вся почка в положении стоя
- C. пальпируется вся почка в положении лежа
- D. почка пальпируется в любом месте брюшной полости
- E. пальпируется верхний полюс почки

14. Данные пробы Реберга при пиелонефритах:

- A. КФ–100 мл\ мин, Р – 98%, МД– 2 мл
- B. КФ–50 мл\ мин, Р–99%, МД – 0,6 мл
- C. КФ – 110 мл\ мин, Р – 98%,
- D. КФ–120 мл\ мин, Р – 60%, МД – 2 мл
- E. КФ – 150 мл\ мин, Р – 78%,

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 34 стр. из 42</p>

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

- F. мочекаменной болезни
- G. гломерулонефрите
- H. пиелонефрите
- I. цистите
- J. амилоидозе почек

16. Согласно клиническому протоколу важнейшим диагностическим критерием нефротического синдрома является:

- A. отеки
- B. сывороточный альбумин ниже 30 г/л
- C. гиперхолестеринемия
- D. гиперкоагуляция
- E. суточная протеинурия более 3,5 г

17. Согласно клиническому протоколу клинические проявления, не характерные для нефроптоза:

- A. гематурия, связанная с физической нагрузкой
- B. астеническое телосложение пациентов
- C. нейровегетативные нарушения
- D. почечные колики
- E. ноющие боли в проекции почки

18. Согласно клиническому протоколу эффективный противоанемический препарат больным с ренальной анемией:

- A. сорбифер
- B. феррумлек
- C. космофер
- D. аспаркам
- E. рекармон

19. Юноша 15 лет жалуется на отеки лица, головную боль, связанные с перенесенной две недели назад ангиной. В течение трех дней - уменьшение диуреза. При осмотре: пастозность лица, АД 140/100 мм рт.ст. В моче: белок – 0,99 г/л, эритроциты выщелоченные до 10 в п/зр. Согласно клиническому протоколу препарат для купирования артериальной гипертензии в данном случае:

- A. фуросемид
- B. капотен
- C. верапамил
- D. амлодипин
- E. спиронолактон

20. У больного 36 лет стремительно прогрессирует гломерулонефрит. За месяц отмечены существенное увеличение концентрации креатинина и снижение скорости клубочковой фильтрации. Однако АД остается в пределах нормы. 2 дня назад эпизод легочного кровотечения был купирован гемостатиками. Отоларинголог изменений не зафиксировал. На рентгенограмме легких отмечены очаговые инфильтративные признаки в обоих легких без признаков деструкции. Согласно клиническому протоколу в программу лечения следует включить:

- A. глюкокортикоиды
- B. антибиотики
- C. уросептики
- D. цитостатики

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 35 стр. из 42</p>

Е. аминоксидолон

11 вариант

1. При проведении дифференциального диагноза между приступом бронхиальной астмы и первой стадией астматического статуса наиболее достоверным признаком является:

- А. Выраженный цианоз
- В. Рефрактерность к бета 2-агонистам
- С. Тяжесть экспираторного удушья
- Д. Вынужденное положение больного
- Е. Неэффективность внутривенного введения эуфиллина

2. Военнослужащий 19 лет, проживающий в казарме, жалуется на сухой кашель, озноб, повышение температуры тела до 38, артралгии и миалгии. Рентгенологически выявлено усиление легочного рисунка, нечетко очерченное затемнение в нижних отделах правого легкого. Лечение пенициллином и цефалоспорином не дало эффекта. Какой из перечисленных препаратов необходимо назначить пациенту:

- А. Имипинем
- В. Амоксиклав
- С. Азитромицин
- Д. Цефуроксим
- Е. Гентамицин

3. β_2 -агонисты, обладающие пролонгированным действием:

- А. сальметерол
- В. салбутамол
- С. беротек
- Д. вентолин
- Е. интал

4. Ржавая мокрота более типична:

- А. для крупозной пневмонии
- В. для хронической пневмонии
- С. для муковисцидоза
- Д. для тромбоэмболии ветвей легочной артерии
- Е. для острого бронхита

5. При открытом и клапанном пневмотораксе выслушивается:

- А. бронхиальное дыхание
- В. крепитация
- С. резкое ослабление или отсутствие дыхания
- Д. разнокалиберные хрипы
- Е. сухие хрипы

6. Лекарственный препарат относящийся к селективным агонистам β_2 -адренорецепторов короткого действия:

- А. салбутамол
- В. изадрин
- С. фликсотид (флутиказон)
- Д. атровент (ипратропиум)
- Е. серевент (сальметерол)

7. Характерная картина кашля при отеке легких:

- А. хриплый, беззвучный
- В. прерывистый, «лающий» с отделением мокроты полным ртом
- С. приступообразный сухой, мучительный, болезненный

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 36 стр. из 42</p>

- Д. хрипящий с большим количеством розовой, пенистой мокроты
Е. резкий мучительный сухой
8. 69 летний мужчина 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Жалуется на усиливающуюся одышку. При обследовании: СОЭ – 75 мм/ч. Рентгенологически обнаружен плевральный выпот. При пункции удалено 700 мл жидкости. Через 2 дня выявлено повторное накопление жидкости в плевральной полости. Для уточнения диагноза информативно:
- А. исследование на онкомаркеры
В. компьютерная томография
С. цитологическое исследование экссудата
Д. трансбронхиальная пункция
Е. магнитно-резонансная томография
9. Больной Т., 67 лет, страдающий хроническим алкоголизмом и злоупотребляющий курением, после переохлаждения поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боль грудной клетке слева, кашель со слизисто-гнойной мокротой, выраженную одышку. При осмотре: больной беспокоен, кожные покровы с землистым оттенком, ЧДД – 36 в мин. В легких слева ниже угла лопатки выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС-104 в мин. АД-110/70 мм рт.ст. Рентгенологически выявлена массивная инфильтрация нижней доли левого легкого. У больного развилось осложнение:
- А. миокардит
В. эмболия легочной артерии
С. дыхательная недостаточность
Д. инфекционно-токсический шок
Е. респираторный дистресс-синдром взрослых
10. У больного 55 лет обнаружено отставание правой половины грудной клетки при дыхании, притупление ниже уровня 3-го ребра, ослабленное дыхание и бронхофония так же, рентгенологически - смещение сердца влево. Согласно клиническому протоколу, наиболее вероятный диагноз:
- А. Ателектаз
В. Крупозная пневмония
С. Пневмоцирроз
Д. Пневмоторакс
Е. Экссудативный плеврит
11. Никтурия – это...
- А. преобладание дневного диуреза.
В. учащенное мочеиспускание.
С. преобладание ночного диуреза над дневным.
Д. болезненное мочеиспускание.
Е. учащенное болезненное мочеиспускание.
12. Показатель, НЕ относящийся к физическим свойствам мочи:
- А. объем
В. цвет
С. реакция
Д. удельный вес
Е. запах
13. Для нефроптоза 3 степени характерно:
- А. пальпируется нижний полюс почки
В. почка пальпируется только при обострении патологического процесса
С. пальпируется вся почка в положении стоя и лежа

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 37 стр. из 42</p>

- D. пальпируется половина почки
E. почка не ошущается
14. Для проведения пробы Нечипоренко моча берется:
A. средняя порция мочи
B. за полсуток
C. вся порция разовой мочи
D. за сутки
E. последняя порция мочи
15. При остром пиелонефрите рекомендуется суточное употребление жидкости (в мл)
A. 500
B. 1000
C. 1500
D. 2500
E. 750
16. Согласно клиническому протоколу наиболее частая причина нефротического синдрома у взрослых:
A. минимальные изменения
B. IgA-нефрит
C. Пиелонефрит
D. мембранозный нефрит
E. цистит
17. У пациента 73 лет, натрий сыворотки 170 ммоль/л. Вероятная причина гипернатриемии в данном случае
A. высокое потребление соли с пищей
B. уремия
C. непропорциональная продукция антидиуретического гормона
D. дегидратация
E. передозировка диуретиков
18. Согласно клиническому протоколу препарат выбора для лечения гипертонии у беременных:
A. конкор
B. берлиприл
C. фурасемид
D. нитроглицерин
E. метилдопа
19. При остром пиелонефрите рекомендуется суточное употребление жидкости (в мл)
A. 500
B. 2500
C. 1000
D. 1500
E. 750
20. Больной выделил днем мочи 700 мл, а ночью 1200. Какое отклонение от нормы имеется?
F. дизурия
G. поллакиурия
H. полиурия
I. никтурия
J. олигурия

<p>QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 38 стр. из 42</p>

1. У больного бронхоэктатической болезнью после сильного кашля внезапно появились боли в грудной клетке справа и одышка. При осмотре выявлены отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания и выбухание межреберных промежутков; перкуторно - тимпанит. Наиболее вероятное осложнение, развившееся у больного:

- A. Ателектаз легкого
- B. Инфаркт легкого
- C. Пневмоторакс
- D. Эмфизема легких
- E. Экссудативный плеврит

2. Больной 22 лет, страдающий бронхиальной астмой, доставлен в приёмный покой. Объективно: возбужден, температура тела 36,7°C, ЧСС - 120 ударов в мин., число дыханий - 24 в мин. При аускультации: дыхание резко ослаблено, единичные сухие хрипы. Из анамнеза: в течение суток получил более 10 ингаляций беротека без эффекта. Врачом скорой помощи в/в введено 10 мл 2,4% раствора эуфиллина. Какой первый шаг экстренной помощи:

- A. Увеличение дозы симпатомиметиков
- B. Регидратация
- C. Увеличение дозы эуфиллина
- D. Применение кортикостероидов
- E. Искусственная вентиляция легких

3. Беродуал - это:

- A. адrenomиметик
- B. комбинация адrenomиметика и холинолитика;
- C. холинолитик
- D. метилксантин
- E. гормональный ингалятор

4. В первые 2 дня крупозной пневмонии (стадия прилива) над областью воспаления перкуторный звук:

- A. укорочен с тимпаническим оттенком
- B. низкий
- C. абсолютно тупой
- D. без изменений
- E. ясный легочный

5. В отличие от легочного кровотечения для кровохарканья характерно:

- A. наличие мелены
- B. темно-красный цвет крови
- C. частые обмороки
- D. пенистая кровь
- E. лихорадка

6. Лекарственный препарат относящийся к ингаляционным кортикостероидам:

- A. изадрин
- B. сальбутамол
- C. атровент (ипратропиум)
- D. фликсотид (флутиказон)
- E. серевент (сальметерол)

7. У больного 46 лет, курильщика, более 20 лет страдающего хроническим кашлем и одышкой, появились приступы удушья 3-4 раза в месяц. На рентгенографии легких явления эмфиземы, усиления бронхиального рисунка. Для проведения дифференциальной диагностики целесообразно назначение:

<p>QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 39 стр. из 42</p>

- A. торакоскопии
- B. диагностической бронхоскопии
- C. спирографии
- D. рентгенографии органов грудной клетки
- E. компьютерной томографии органов грудной клетки

8. 35-летний мужчина в течение 2-х лет страдает бронхиальной астмой. Приступы удушья купирует беротеком, гормонозависимый. Пиковая скорость выдоха - 64%. На момент осмотра – одышка в покое, при аускультации – свистящие сухие хрипы по всем легочным полям. За последний час трижды применял ингалятор с беротеком. Целесообразная тактика лечения:

- A. вентолин через небулайзер
- B. теофиллин ретос
- C. преднизолон в/в в дозе 30-60 мг
- D. эуфиллин 2,4% 10 мл в/в
- E. продолжать ингаляции беротеком

9. К семейному врачу обратилась больная 25 лет с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, повышение температуры до 37°C. Заболела остро после переохлаждения. Слева в межлопаточной области выслушиваются сухие хрипы. Общий анализ крови без особенностей. Согласно клиническим протоколам учитывая наличие беременности со сроком 8 -10 недель, целесообразно назначить лечение

- A. ципрофлоксацин
- B. метрогил, гентамицин
- C. амоксиклав, бронхолитин
- D. лазолван, теплое питье
- E. бромгексин, тетрациклин

10. Больной 56 лет, обратился с жалобами на выраженную одышку, кашель со скудной мокротой, боль в сердце. В течение длительного времени болеет хронической обструктивной болезнью легких. Объективно: выбухание шейных вен, отеки нижних конечностей, расширение границ сердца. При аускультации рассеянные сухие хрипы, акцент второго тона на легочной артерии. Вероятная причина вышеописанных симптомов:

- A. Тромбоз легочной артерии
- B. Инфаркт миокарда
- C. Миокардит
- D. Перикардит
- E. Хроническое легочное сердце

11. Протеинурия – это...

- A. соли в моче.
- B. кровь в моче.
- C. светлая и мутная моча.
- D. белок в моче.

E. цилиндры в моче.

12. Место образования ренина:

- A. островки Лангерганса поджелудочной железы
- B. канальцевый аппарат почек
- C. купферовские клетки печени
- D. юкстагломерулярный аппарат почек
- E. надпочечники

13. Степень нефроптоза определяют:

- A. симптомом Пастернацкого

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»</p>		<p>51/11-2025 40 стр. из 42</p>

- В. в положении лежа
 - С. при пальпации по Образцову - Стражеско
 - Д. в положении по Боткину
 - Е. только по УЗИ почек
14. Изменение пробы Аддиса – Каковского при нефритах:
- А. эритроцитов 2 млн, лейкоцитов 1 млн, цилиндров 10000
 - В. эритроцитов 500000 млн, лейкоцитов 4 млн
 - С. эритроцитов 1 млн, лейкоцитов 2 млн, цилиндров 20000
 - Д. эритроцитов 4 млн, лейкоцитов 50000 млн
 - Е. эритроцитов 6 млн, лейкоцитов 80000 млн
15. Согласно клиническому протоколу ранний признак хронической почечной недостаточности:
- А. поллакиурия
 - В. анурия
 - С. олигурия
 - Д. никтурия
 - Е. дизурия
16. Согласно клиническому протоколу наиболее частое осложнение острой почечной недостаточности:
- А. артериальная гипертензия
 - В. гипокалиемия
 - С. застойная сердечная недостаточность
 - Д. острые бактериальные инфекции
 - Е. вторичный гиперпаратиреоз
17. Согласно клиническому протоколу показания к срочному направлению больного с хронической почечной недостаточностью на гемодиализ:
- А. метаболический ацидоз
 - В. выраженная олигурия
 - С. высокая гиперкалиемия
 - Д. анасарка
 - Е. тяжёлая гипертензия
18. Согласно клиническому протоколу при острой и хронической почечной недостаточности можно применять препарат:
- А. альюгастрин
 - В. рекармон
 - С. гентамицин
 - Д. тиенам
 - Е. аспаркам
19. Больной А 28 лет появились приступообразные боли в области поясницы, задержка мочи и отечность. Положительный симптом Пастернацкого бывает при
- А. мочекаменной болезни
 - В. диабетической нефропатии
 - С. уретрите
 - Д. цистите
 - Е. простатите
20. Согласно клиническому протоколу признак, отличающий пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек:
- А. отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапия және кардиология»		51/11-2025
Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»		41 стр. из 42

- В. дисфункция канальцев с нарушением ацилификации мочи
 С. стойкая артериальная гипертензия
 D. развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
 E. выраженная уремическая интоксикация

Правильные ответы вариантов

Варианты												
№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	A	D	C	A	C	A	C	C	D	D	B	C
2	C	D	D	C	A	C	D	D	B	B	C	B
3	E	C	C	D	D	D	D	D	A	A	A	A
4	A	A	D	D	D	C	E	D	D	C	D	E
5	B	D	E	B	E	D	D	B	E	B	A	E
6	D	C	B	D	C	C	E	C	A	D	B	B
7	D	E	B	C	D	D	E	A	C	E	E	D
8	B	D	E	E	D	D	B	E	B	B	C	E
9	D	E	C	B	D	E	C	C	D	D	E	A
10	D	C	D	C	B	D	C	C	A	A	C	B
11	C	D	D	D	D	E	D	A	B	B	D	C
12	C	D	D	E	D	E	D	B	C	A	A	B
13	E	C	D	B	A	B	E	E	D	C	C	B
14	B	E	E	A	C	A	E	B	E	E	B	A
15	B	D	B	D	D	A	D	A	C	A	A	E
16	D	D	D	A	C	D	D	B	E	B	E	D
17	D	D	E	D	D	D	A	C	A	C	B	D
18	A	D	D	C	E	D	A	C	A	A	A	A
19	A	D	B	A	C	D	A	A	B	D	D	E
20	B	B	B	D	A	A	C	E	C	A	D	A

<div>ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</div> <div> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</div>	
Кафедра «Терапия және кардиология» Методические рекомендации для контрольно-измерительные средства «Внутренние болезни -1»	51/11-2025 42 стр. из 42