

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПО  
ПРОПЕДЕВТИКЕ ВНУТРЕННИХ  
БОЛЕЗНЕЙ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 3 КУРСА ОМ НА 2012-  
2013 УЧ. Г.

1. Anamnesis morbi -это:  
жилищно-бытовым условиям  
месту жительства больного  
+история развития настоящего заболевания  
вредным привычкам  
общеебиографическим сведениям

2. Anamnesis vitae –это:  
когда началось настоящее заболевание  
как началось заболевание  
какие проводились исследования  
какое проводилось лечение  
+сведения о жизни больного в разных его  
периодах

3.Состояние комы -это?

- 1.больной сонлив, но на вопросы отвечает
- 2.больной на вопросы отвечает с опозданием
- 3.больной сонлив
4. больной сонлив, на вопросы отвечает при  
громком окрике
- 5.+больной глубоко спит, на  
внешние раздражители не отвечает

4. Положение ортопноэ больной принимает  
для:  
+уменьшения тяжести одышки  
уменьшения болей  
уменьшения периферических отёков  
уменьшения асцита  
улучшения отхождения мокроты

5. Телосложение бывает:  
избыточным  
активным  
+правильным  
пассивным  
вынужденным

6. Анасарка –это:  
+массивных, распространенных отеков

отёков в поясничной области  
свободной жидкости в брюшной полости  
свободной жидкости в перикарде  
свободной жидкости в плевральной  
полости

7. Синюшное окрашивание кожи (цианоз)  
обусловлено:  
+гипоксией  
гемоллизом эритроцитов  
спазмом сосудов  
нарушением выделения печенью билирубина  
избытком меланина

8. Желтушное окрашивание кожи  
обусловлено:  
гипоксией  
+ гемоллизом эритроцитов  
спазмом сосудов  
атонией сосудов  
избытком меланина

9. Для больных с патологией органов  
дыхания характерно:  
коричневая окраска кожи  
желтушность кожи  
иктеричность склер  
депигментация  
+синюшная окраска кожи

10.При патологией печени и  
желчевыводящих путей характерно:  
наличие отеков  
+желтушность кожи  
выраженная бледность  
депигментация  
синюшная окраска кожи

11. При патологией мочевыделительной  
системы характерно наличие:  
+отежности лица  
желтушности кожи  
иктеричности склер  
депигментации  
цианоза

12. Для больного с недостаточностью  
кровообращения характерно наличие:  
отёчности лица  
желтушной окраски кожных покровов  
+периферических отеков  
витилиго  
волдырной сыпи

13. К нормальной форме грудной клетки  
относится:  
эмфизематозная  
паралитическая  
рахитическая  
сколиотическая  
+астеническая

14. Голосовое дрожание определяется  
методом:  
+пальпации  
осмотра  
сравнительной перкуссии  
топографической перкуссии  
аускультации

15. Усиление голосового дрожания  
обусловлено:  
полной закупоркой просвета бронха  
инородным телом  
значительным утолщением грудной стенки  
скоплением воздуха в плевральной полости  
+безвоздушностью части легкого  
ослаблением силы голоса

16. Одно из вынужденных положений  
больного при патологии органов дыхания:  
положение на спине  
положение на животе  
положение на здоровой стороне  
+положение на больном боку  
положение лежа с приведенными к животу  
коленями

17. Метод сравнительной перкуссии  
используют для выявления:  
границы органов  
величины органов  
формы органов  
консистенции органов

+патологических изменений перкуторного  
звука на симметричных участках

18. Боли в грудной клетке при заболеваниях  
органов дыхания связаны:

воспаление слизистой оболочки бронхов  
+раздражение плевры  
бронхоспазм  
воспалительной инфильтрациялегочной ткани  
расширение легких

19. Инспираторная одышка- это:  
+затруднение вдоха  
затруднение выдоха  
затруднение вдоха и выдоха  
учащение дыхания  
урежение дыхания

20. При экспираторной одышке наблюдается:  
затруднение вдоха  
+затруднение выдоха  
затруднение вдоха и выдоха  
урежение дыхания  
нарушение ритма дыхания

21. Патологическое учащение дыхания  
называется:  
брадипное  
апноэ  
+тахипное  
тахикардия  
брадикардия

22. Смещение нижних границ легких вниз  
определяется при:  
обтурационном ателектазе  
+эмфиземе легких  
наличия воздуха в полости плевры  
воспалительной инфильтрации легких  
расширения бронхов

23. При проведении перкуссии легких в  
межлопаточной области палец плессиметр  
ставят:  
+вертикально  
горизонтально

<p>косо на область межреберий на позвоночный столб</p>	<p>29. Причиной возникновения влажных хрипов является: отложение фибрина на листках плевры сужение просвета бронхов вследствие отека слизистой оболочки спадение легкого спазм бронхов +скопление в просвете бронхов жидкой мокроты</p>	<p>34. Амфорическое дыхание возникает в результате: спазма мелких бронхов прохождения воздуха через голосовую щель колебание стенок альвеол в фазу вдоха +наличия гладкостенной большой полости, сообщающейся с крупным бронхом спазма крупных бронхов 35. Отличительными признаками хрипов является, то, что при аускультации они: выслушиваются только в фазе вдоха выслушиваются только в фазе выдоха +выслушиваются как в фазе вдоха, так и в фазе выдоха усиливаются при надавливании стетоскопом на грудную клетку количество хрипов не изменяется после кашля</p>	<p>кровохарканье кашель с гнойной мокротой +одышка лихорадка боли за грудиной</p>
<p>24. В норме высота положения верхушек легких сзади определяется: выше ости лопатки на 1-2 см выше ости лопатки на 2-3 см +на уровне остистых отростков VII шейного позвонка на уровне остистых отростков VI шейного позвонка на уровне остистых отростков I грудного позвонка</p>	<p>30. Везикулярное дыхание возникает в результате: прохождения воздуха через голосовую щель +колебания стенок альвеол в фазу вдоха скопления в просвете бронхов мокроты спазма крупных бронхов спазма мелких бронхов</p>	<p>36. Аускультативным признаком шума трения плевры является, то, что он: выслушивается только в фазе вдоха выслушивается только в фазе выдоха +усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку после кашля усиливается после кашля исчезает</p>	<p>40. При каком из ниже перечисленных синдромов в мокроте выявляются эластические волокна: воспалительной инфильтрации легочной ткани +наличия полости в легких наличия жидкости в полости плевры нарушения бронхиальной проходимости наличия воздуха в плевральной полости</p> <p>41. При каком синдроме при патологии органов дыхания в мокроте выявляются спирали Куршмана: повышения воздушности легких воспалительной инфильтрации лёгких +бронхоспазма наличия жидкости в полости плевры бронхоэктазии</p>
<p>25. Целью топографической перкуссии легких является: определение эластичности грудной клетки определение голосового дрожания +определение нижних границ легких выявление болезненности определение формы грудной клетки</p>	<p>31. Бронхиальное дыхание возникает в результате: спазма бронхов +прохождения воздуха через голосовую щель колебания эластических элементов стенок альвеол в фазу вдоха накопления в просвете альвеол небольшого количества жидкого секрета скопление мокроты в просвете бронхов</p>	<p>37. Характерным признаком крепитации является: выслушивается только в фазе выдоха +выслушивается на высоте вдоха усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку после кашля усиливается после кашля исчезает</p>	<p>42. Больной К. 47л. Жалобы: одышка, трудноотделяемая, вязкая мокрота. При осмотре- бочкообразная грудная клетка, в акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы. Перкуссия- коробочный звук. Аускультация- усиленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом сухие свистящие хрипы. Для какого синдрома характерна данная клиническая картина: Инфильтративное воспаление легочной ткани Ателектаз Скопление жидкости в полости плевры Бронхоэктазы +Бронхоспазм</p>
<p>26. Патологическое притупление перкуторного звука над легкими обусловлено: +уменьшением содержания воздуха в части легкого наличием большой гладкостенной полости заполнением плевральной полости воздухом повышением воздушности легочной ткани бронхоспазмом</p>	<p>32. Условием образования крепитации является: прохождение воздуха через голосовую щель колебания эластических элементов стенок альвеол в фазу вдоха +накопление в просвете альвеол воспалительного секрета спазм бронхов скопление мокроты в просвете бронхов</p>	<p>38. Причиной усиления бронхофонии является: бронхоспазм расширение легких +уплотнение легочной ткани скопление жидкого секрета в бронхах наличие воздуха в плевральной полости</p>	<p>43. При исследовании мокроты выявлено следующее: количество мокроты незначительное, вязкой консистенции. При микроскопии найдены эозинофилы, спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена. Для какого синдрома характерны эти признаки: бронхоэктазии воспалительной инфильтрации лёгких</p>
<p>27. Наилучшее положение больного для аускультации легких: лежа на правом боку лежа на левом боку лежа на спине лежа на животе +сидя с положенными на колени руками</p>	<p>33. Условием образования шума трения плевры является: прохождение воздуха через голосовые связки колебания эластических элементов стенок альвеол в фазу вдоха скопления в просвете бронхов мокроты + отложение фибрина при воспалении на плевре бронхоспазм</p>	<p>39. Основной жалобой при синдроме наличия жидкости в полости плевры является:</p>	
<p>28. места наилучшего выслушивания легких: 1. VI-межреберье справа III – IV межреберье слева +спереди ниже II межреберья над лопаткой верхушка легкого</p>			

<p>+бронхоспазма наличия полости в легком наличия жидкости в полости плевры 44. При осмотре больного определяется асимметрия грудной клетки за счёт увеличения правой ее половины, отставание правой половины в акте дыхания и перкуторно тупой звук. Для какого синдрома это характерно: расширения бронхов (бронхоэктазии) воспалительной инфильтрации лёгких наличия полости в легком +наличия жидкости в полости плевры бронхоспазма</p>	<p>эластические волокна эозинофилы в большом количестве  49. Какие аускультативные данные характерны при синдроме наличия полости в легком: ясное везикулярное дыхание +амфорическое дыхание сухие свистящие хрипы крепитация шум трения плевры  50.Изменения бронхофонии при одностороннем скоплении жидкости в полости плевры :</p>	<p>53. У больного с одышкой, сухим кашлем, болями в грудной клетке при осмотре определяется асимметрия грудной клетки с выбуханием межреберных промежутков слева, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, перкуторно тупой звук. Там же дыхание не выслушивается. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки слева выявлено гомогенное затемнение с косым расположением верхней границы. Для какого синдрома характерна данная клиническая картина: бронхоспазма наличия воздуха в полости плевры +наличия жидкости в полости плевры воспалительной инфильтрации легких расширения бронхов</p>	<p>бронхоэктазия уплотнение легочной ткани +эмфизема легких сморщивание легких утолщение плевры 57. Для дифференциальной диагностики экссудатом и транссудатом наиболее информативным методом является: рентгеноскопия органов грудной клетки рентгенография органов грудной клетки +лабораторное исследование бронхоскопия УЗИ 58. Зловонный запах свежевыделенной мокроты характерен для синдрома: воспалительной инфильтрации легочной ткани наличия воздуха в плевральной полости наличия жидкости в плевральной полости расширения легких (эмфиземы) +расширения бронхов (бронхоэктазии)</p>
<p>45. Аускультативные данные при скоплении жидкости в полости плевры: сухие хрипы амфорическое дыхание ясное везикулярное дыхание +дыхание отсутствует бронхиальное дыхание</p>	<p>Усиление на обеих сторонах Усиление на стороне поражения Бронхофония не изменена +На стороне поражения бронхофония не определяется</p>	<p>54. Аускультативные данные при синдроме наличия воздуха в полости плевры: ясное везикулярное дыхание усиленное везикулярное дыхание +резко ослабленное везикулярное дыхание амфорическое дыхание сухие хрипы</p>	<p>59.При каком синдроме наибольшее диагностическое значение имеет исследование мокроты: +наличия полости в легком наличия воздуха в плевральной полости наличия жидкости в плевральной полости компрессионного ателектаза расширения легких</p>
<p>46. Какие аускультативные данные характерны для синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани: ясное, везикулярное дыхание +ослабленное везикулярное дыхание усиленное везикулярное дыхание амфорическое дыхание сухие свистящие хрипы</p>	<p>51. При рентгенологическом исследовании для синдрома наличия воздуха в полости плевры характерно: негомогенное затемнение просветление округлой формы с уровнем жидкости интенсивное затемнение с косой верхней границей интенсивное затемнение с горизонтальной верхней границей +отсутствие легочного рисунка и тень спавшегося легкого у корня</p>	<p>55. У больного с патологией органов дыхания по утрам выделяется мокрота с неприятным запахом, которая при стоянии разделяется на три слоя. Для какого синдрома характерна данная клиническая картина: +расширения бронхов бронхоспазма воспалительной инфильтрации легочной ткани расширения легких ателектаза</p>	<p>60. Какой метод исследования имеет диагностическое значение для выявления синдрома наличия жидкости в плевральной полости: исследование мокроты бронхоскопия +рентгенография определение газов крови пневмотахометрия</p>
<p>47. Какая жалоба характерна для синдрома наличия полости в легком: сухой кашель +кашель с выделением гнойной, зловонной мокроты кашель с трудноотделимой вязкой мокротой затрудненный выдох чувство тяжести в грудной клетке</p>	<p>52.У больного кашель с «ржавой» мокротой, лихорадка, одышка, боль в правой половине грудной клетки, там же определяются усиление голосового дрожания и бронхофонии, а также бронхиальное дыхание. Для какого синдрома характерны эти признаки: наличия жидкости в полости плевры бронхоспазма +воспалительной инфильтрации легких бронхоэктазии эмфиземы легких</p>	<p>56. У больного жалобы на затруднение выдоха. При осмотре выявлены бочкообразная грудная клетка с расширенными межреберными промежутками, участие вспомогательных мышц в акте дыхания; при перкуссии коробочный звук; при аускультации – равномерно ослабленное везикулярное дыхание. Для какого синдрома при патологии органов дыхания характерна данная клиническая картина:</p>	<p>61.Больному на Р-ген исследовании выставлен диагноз «Абсцесс легкого» . Какие изменения можно найти в анализе мокроты? Спирали Куршмана Макрофаги Дендриты Кристаллы Шарко-Лейден</p>
<p>48. При синдроме воспалительной инфильтрации легочной ткани в мокроте выявляются: +макрофаги спирали Куршмана кристаллы Шарко-Лейдена</p>			

+Эластические волокна  
62. Жалобы при синдроме воспалительной инфильтрации легких:  
+кашель со «ржавой» мокротой  
сухой кашель  
гнойная с неприятным запахом мокрота  
одышка с затрудненным выдохом  
вязкая трудноотделяемая мокрота  
63. Больной Н., 24л. С жалобами на лихорадку, кашель с мокротой с прожилками крови обратился к врачу. В анамнезе – после перенесенного переохлаждения почувствовал резкую боль в правом боку и высокую температуру. При пальпации - у угла правой лопатки на уровне 6-7 м/р голосовое дрожание усилено; перкуссия – здесь же – притупление легочного звука. Какие будут аускультативные изменения?  
На выдохе гудящие хрипы  
крупнопузырчатые хрипы  
+крепитации  
сухие свистящие хрипы  
дыхание отсутствует

64. Больной Ж., 54л., обратился к врачу с жалобами утренний кашель со слизисто-гнойной с прожилками крови мокротой, выделяемой «полным ртом» и периодическую лихорадку. В анамнезе – болеет в течение нескольких лет, при переохлаждении заболевание обостряется. При осмотре – кожа землистым оттенком; пальцы в виде «барабанных палочек», ногти – «часовых стеклышек». Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуссия – по левой лопаточной линии на уровне 7-8 м/р - притупление легочного звука с тимпаническим оттенком. Какова аускультативная симптоматика?  
Амфорическое дыхание  
Бронхиальное дыхание  
Крепитации  
Крупнопузырчатые хрипы  
+мелко-среднепузырчатые хрипы

65. Голосовое дрожание при воспалительной инфильтрации легких:

ослаблено  
+усилено  
не изменено  
не определяется  
сухие хрипы

66. Больной Д., 17л. с жалобами на сухой кашель, выраженную одышку, повышение температуры тела, боли в правой половине грудной клетки обратился к семейному врачу. В анамнезе – болен в течение 2 недель, связывает с переохлаждением. При осмотре врач обнаружил увеличение правой половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков; при аускультации – дыхание резко ослаблено. Какие будут изменения при перкуссии?  
Тимпанический звук  
Коробочный звук  
Тупой звук  
Притупленно- тимпанический звук  
Ясный легочный звук

67. больной С., 37л. вызвал скорую помощь по поводу сильной одышки, боли в левой половине грудной клетки и небольшого повышения температуры тела. Из анамнеза – вчера утром во время занятий физическими упражнениями почувствовал внезапную боль в левой половине грудной клетки, вечером появилась одышка, а боль стала сильнее. При осмотре – больной сидит, выраженная одышка, кожа синюшного цвета, левая половина грудной клетки увеличена. Голосовое дрожание здесь не определяется. Перкуссия – тимпанический звук. О каком синдроме должен подумать врач?  
Скопление жидкости в полости плевры  
+Скопление воздуха в полости плевры  
Уплотнение легочной ткани  
Расширение легкого  
Бронхоэктазии

68. В мокроте у больного обнаружены: количество - 500 мл, цвет – желто-зеленый, зловонный неприятный запах. Микроскопия – в большом количестве эластичных волокон, единичные эритроциты. При каком синдроме встречаются данные симптомы?  
+наличие полости в легком  
ателектаз  
воспалительной инфильтрации легочной ткани  
Скопление жидкости в полости плевры  
бронхоспазм

69. больной Е., 27л. обратился к врачу с жалобами на кашель с трудноотделяемой, в малом количестве, стекловидную мокроту и одышку с затрудненным выдохом. В анамнезе – заболевание имеется с детского возраста, обострения чаще бывают после гриппа. Осмотр – грудная клетка в нижней половине расширена, межреберные мышцы участвуют в акте дыхания. Перкуссия – коробочный звук. Определите возможные аускультативные данные?  
Бронхиальное дыхание  
крепитации  
Дыхание с металлическим звуком  
Крупнопузырчатые хрипы  
+сухие свистящие хрипы

70. У больного в мокроте обнаружены спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена. О каком синдроме нужно думать?  
Скопление воздуха в полости плевры  
воспалительное уплотнение легочной ткани  
+ бронхиальная астма  
Скопление жидкости в полости плевры  
Расширение бронхов

71. У больного Р., 47 л. жалобы на приступообразную одышку, слизистая мокрота, выделяемая в конце длительного кашля. Из анамнеза – заболевание беспокоит последние 5 лет, впервые появилось после приема меда. При осмотре – врач определил эмфизематозно измененную грудную клетку, форсированное дыхание. Аускультация – ослабленное везикулярное дыхание. Как изменятся перкуторные данные?  
Притупленно- тимпанический звук  
Тимпанический звук  
Ясный легочный звук  
+Коробочный звук  
Тупой звук

72. Причины жесткого дыхания:  
Наличие большой полости в легком  
Уплотнение легочной ткани  
Скопление экссудата в альвеолах  
+сужение мелких бронхов и бронхиол  
Появление малой полости в легком

73. У больного на Р-ген исследовании обнаружено воспалительная инфильтрация легочной ткани. Как может измениться аускультативная симптоматика?  
сухие хрипы  
+бронхиальное дыхание  
Усиленное везикулярное дыхание  
Крупнопузырчатые хрипы  
Амфорическое дыхание  
74. У больного появилось дыхание с металлическим оттенком. Что может быть причиной?  
+открытый пневмоторакс  
Расширение бронхов  
Расширение легких  
Сужение бронхов  
Уплотнение легочной ткани

75. Для жесткого дыхания характерно:  
+усилены как вдох, так и выдох  
Усилен только вдох  
Усилен только выдох  
Удлинен только вдох  
удлинены обе фазы дыхания

76. Больной Е., 44л. жалуется на кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой и одышку. При осмотре: в акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы; грудная клетка эмфизематозна. Перкуссия – коробочный звук; аускультация – сухие хрипы. Определите синдром у больного: воспалительной инфильтрации + спазм бронхов ателектаз скопление жидкости в полости плевры бронхоэктазии

77. Причины развития ларингоспазма у детей раннего возраста:

1. относительная узость голосовой щели и развитая сосудистая сеть
2. малая васкуляризация слизистой оболочки
3. короткие голосовые связки
4. недостаточное развитие эластической ткани
5. плотность голосовых связок

78. Причины развития бронхиальной обструкции у детей раннего возраста: +узость бронхиальной щели, гиперсекреция слизистой

Недостаточное развитие сосудов слизистой оболочки

Малое слизистое отделяемое Хорошо развитая хрящевая ткань и эластических элементов Гиперсекреция слизистой

79. Причины развития эмфиземы у детей раннего возраста:

Хорошо развитая сосудистая сеть в легком Узость бронхиальной щели +недостаточное развитие эластической ткани Скопление в бронхах мокроты и их сужение

Недостаточное развитие дыхательного центра

80. Непостоянство дыхательного ритма у детей в первые месяцы жизни связано с:

1. + неравномерностью паузы между вдохом и выдохом
2. апноэ свыше 20 секунд во время сна
3. апноэ до 20 секунд во время сна
4. глубоким вдохом и выдохом
5. изменением ритма при нагрузке

81. Пуэрильное дыхание у детей - это: ослабленное везикулярное +усиленное везикулярное ослабленное бронхиальное амфорическое бронхиальное

82. При аускультации детей особое внимание уделяется:

1. верхушке легких
2. нижние края легких
3. надлопаточная область
4. 2 м/р
5. +подмышечная область

83. Область раннего появления крепитации у детей:

1. нижние края легких
2. верхушка легких
3. 2 м/р
4. + подлопаточная область
5. подмышечная область

84. Особенности симптоматики при осмотре детей с заболеваниями органов дыхания:

1. ротовое дыхание
2. сохранение носового дыхания
3. сохранение цвета кожных покровов
4. положение ортопное
5. +отделяемое из носа или изо рта

85. Наиболее часто встречающиеся симптомы при заболеваниях органов дыхания у детей

1. отсутствие кашля
2. + лающий или приступообразный сухой кашель
3. одышка
4. слабость
5. утомляемость

86. Наиболее часто встречающиеся жалобы при заболеваниях органов дыхания у детей

1. боль в грудной клетке
2. слабость
3. утомляемость
4. одышка
5. +лихорадка

87. Особенности анамнеза у детей при заболеваниях органов дыхания

1. простуда
2. отравление

3. катары верхних дыхательных путей
4. ангины
5. + коклюш

88. У детей раннего возраста аускультативная симптоматика пневмонии выслушивается в:

1. надлопаточной области
2. подлопаточной области
3. +по обеим сторонам позвоночника
4. в области 2 м/р
5. области верхушек легких

89. Основным симптомом при бронхиальной астме:

- инспираторная одышка
- +экспираторная одышка
- влажные хрипы
- жесткое дыхание
- мокрота «полным ртом»

90. Характерное изменение при бронхиальной астме:

- +перкуторный звук с коробочным оттенком
- нижняя граница не изменена
- нижняя граница смещена вверх
- везикулярное дыхание
- бронхиальное дыхание

91. Причина появления шума «падающей капли»:

- слипание альвеол
- +большая полость с уровнем жидкости
- ателектаз
- бронхоспазм
- расширение бронхов

92. Причины патологического бронхиального дыхания:

- бронхоспазм
- +воспалительное уплотнение легочной ткани
- наличие полости в легком
- развитие бронхоэктазов
- скопление воздуха в плевральной полости

93. Больной обратился в приемное отделение больницы с жалобами на затрудненное дыхание. Осмотр –выраженная одышка, ицаноз губ, носогубного треугольника, кончика пальцев, бочкообразная грудная клетка с расширенными межреберными промежутками, участие в акте дыхания вспомогательных мышц; перкуссия-коробочный звук; аускультация –равномерно ослабленное везикулярное дыхание и единичные сухие хрипы. Для какой патологии органов характерна данная симптоматика: скопление воздуха в плевральной полости расширение бронхов скопление жидкости в плевральной полости +расширение легких спазма бронхов

94. Больной находится на лечении в больнице в течение 2 недель по поводу воспалительной инфильтрации легких. Состояние улучшилось. Но врач при аускультации легких обнаружил дополнительный дыхательный шум. Какое изменение обнаружил врач?

Жужжащие хрипы  
Гудящие хрипы  
Крупнопузырчатые влажные хрипы + «crepitationes redux»

Сухие свистящие хрипы  
95. при осмотре больного врач обнаружил синюшность кожи и кончика пальцев, а также следующие изменения грудной клетки: плечи приподняты, нижняя половина расширена, втянутость межреберных промежутков, горизонтальное расположение ребер;

перкуссия коробочный звук, аускультация – равномерно ослабленное везикулярное дыхание. Какие жалобы могут быть у больного?

Кашель с большим количеством гнойной мокроты  
кровохарканье  
+одышка

слизистая мокрота с прожилками крови боли в грудной клетке

96. Аускультативная симптоматика для приступа бронхоспазма:

1.крепитациялар	+tachipное	109.Кифоз - это:	наличие в легком большой полости
2.+ свистящие хрипы на расстоянии		искривление позвоночника в боковых направлениях	115.К основному дыхательному шуму относится:
3.амфорическое дыхание	103.Дыхание здорового человека бывает	искривление позвоночника вперед	+везикулярное,
4.дыхание с металлическим оттенком	аритмичное	+патологическое искривление позвоночника кзади	хрипы
5. бронхиальное дыхание	+ритмичное	Ладьевидная грудь	крепитация
97.Жалобы больных с заболеваниями органов дыхания:	различной глубиной вдоха и выдоха	Куриная грудь	сухие хрипы
головные боли	волнообразное		влажные хрипы
головокружение	периодическое		
+одышка,		110.Голосовое дрожание усиливается при:	116.Везикулярное дыхание - это:
учащение сердцебиения	104. К основным жалобам больных с заболеваниями органов дыхания относятся:	гидротораксе	ларинготрахеальное
слабость	+кашель	пневмотораксе	+альвеолярное
	ржавая мокрота	обтурационном ателектазе	амфорическое
98.Одышка - это:	кровохарканье	+уплотнении легочной ткани	бронхиальное
брадипное	удушьё	Фибротораксе	ларингитическое
+dyspное	озноб		
tussis		111.Нормальный легочный перкуторный звук	117.У больного Н.37 лет при осмотре определяется отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ее выбухание, голосовое дрожание ослаблено, перкуторно – тупой звук, при аускультации - резко ослабленное везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Выявите синдром:
dolor	105.Голосовое дрожание - это:	характеризуется:	скопления жидкости в плевральной полости + образования полости в легком
sputum	habitus	высокочастотный, малой амплитуды	уплотнения легочной ткани
	pectoris vocalis	малой амплитуды, продолжительный	обструкции бронхов
99.Одышка может быть:	+ fremitus vocalis	тихий, продолжительный	расширение бронхов
ограниченной	vocalis	продолжительный, низкочастотный	
двухсторонней	ftremitus	+громкий, продолжительный,	
+патологической		низкочастотный	
распространенной	106. Причины уплотнения легочной ткани:		
функциональной	утолщение плевры	112.Абсолютный тупой звук:	
	+ инфаркт легкого	+бедренный, мышечный	
100.Кашель-это:	нагноение легочной ткани	над брюшной полостью	
dyspное	расширение бронхов	над пространством Траубе	
dolor	воспаление бронхов	в подлопаточных областях	
sputum		в подмышечных областях	
habitus	107.Какое дыхание называют периодическим:		
+tussis	везикулярное	113.Тимпанический перкуторный звук над легкими выслушивается при:	118.Крепитация не изменяется после:
	+ Биота, Чейн-Стокса	повышенной воздушности в легких	глубокого вдоха
101. К патологическим формам грудной клетки относятся:	бронхиальное	+наличие в легком пустой полости	физической нагрузки
+ладьевидная	поверхностное	уплотнение легочной ткани	глубокого выдоха
гиперстеническая	брюшное	гидротораксе	+откашливания
астеническая		гемотораксе	выделения мокроты
лордоз	108.Нормостеническая форма грудной клетки		
сколиоз	характеризуется:	114.Притупление перкуторного звука над легкими свидетельствует о:	119.Влажные хрипы выслушиваются:
	эпигастральный угол тупой	здоровом легком	при усиленном покашливании
102.Патологическое учащение дыхания-это:	прямым реберным углом	повышенной воздушности легких	только на вдохе
апноэ	+лопатки не плотно прилегают к грудной клетке	+уплотнение легочной ткани,	на выдохе
bradipное	угол реберных дуг узкий	наличие полости в легком, сообщающейся с бронхом	при задержке дыхания
тахикардия	выбухание над- и подключичных ямок		+ на вдохе и выдохе
аритмия			120.Шум трения плевры напоминают:

+хруст снега, скрип кожи, шорох бумаги  
лопающиеся мелкие пузырьки воздуха  
протяжные, высокие, свистящие звуки  
низкие, гудящие звуки  
жужжащие звуки

121. У больной Т. 45 лет жалобы на повышение температуры до 39 С, кашель, боли в грудной клетке слева. Заболела после переохлаждения, обратилась к врачу на 2-ой день болезни, когда появилась мокрота «ржавая», с примесью крови. При аускультации выявлено бронхиальное дыхание в нижних отделах левого легкого. Определите синдром:  
синдром наличия полости в легком  
+синдром уплотнения легочной ткани  
скопления жидкости в плевральной полости  
обструкции бронхов  
скопления газа в плевральной полости

122. При аускультации легких врач выслушал бронхиальное дыхание. Какие диагностические признаки характерны для этого дыхания:  
+выслушивается над гортанью, трахеей  
выслушивается над легочной тканью  
альвеолярное  
напоминает букву «ф»  
выслушивается на вдохе

123. При аускультации легких врач выслушал везикулярное дыхание. Укажите место наилучшего выслушивания:  
+над легочной тканью  
над гортанью  
в области бифуркации трахеи  
над VII шейным позвонком сзади  
между 2-4 грудными позвонками

124. У больного в правом легком обнаружена большая полость, сообщающаяся с крупным бронхом. При аускультации легких врач выявил:  
1.+амфорическое дыхание  
2.бронхиальное дыхание  
3.ослабленное дыхание

4.саккадированное дыхание  
5.жесткое дыхание  
125. Основные жалобы больных при синдроме воспалительного уплотнения легочной ткани:  
1.надсадный, сухой кашель  
2.зловонная мокрота  
3.выделение мокроты «полным» ртом  
4.тягучая, стекловидная мокрота  
5.+ «ржавая» мокрота  
126. Одышка при заболеваниях органов кровообращения, прежде всего, связана:  
+венозным застоем в малом круге кровообращения  
спазмом легочных артерий  
нарушением сердечного ритма  
повышенной возбудимостью дыхательного центра  
венозным застоем в большом круге кровообращения

127. Гепатомегалия при сердечной недостаточности обусловлено:  
+застоем крови в большом круге кровообращения  
спазмом коронарных сосудов  
расстройством кровообращения в органах брюшной полости  
спазмом мезентериальных сосудов  
застоем крови в малом круге кровообращения

128. Увеличение размеров печени при патологии сердечно-сосудистой системы обусловлено:  
застоем крови в малом круге кровообращения  
спазмом легочных сосудов  
+венозным застоем в большом круге кровообращения  
спазмом коронарных сосудов  
расстройством кровообращения в органах брюшной полости

129. Появление отеков при патологии сердечно-сосудистой системы обусловлено:  
застоем крови в малом круге кровообращения  
+застоем крови в большом круге кровообращения  
спазмом легочных сосудов

спазмом коронарных сосудов  
расстройством кровообращения в органах брюшной полости

130. Наличие отека жидкости в перикарде называется:  
+гидроперикард  
гидроторакс  
«воротник Стокса»  
анасарка  
асцит  
131. Как называется отек лица, шеи при сдавлении верхней полой вены:  
Гидроторакс  
Гидроперикард  
Асцит  
Анасарка  
+ «воротник Стокса»

132. Скопление отечной жидкости в брюшной полости при патологии сердечно-сосудистой системы называется:  
гидроторакс  
гидроперикард  
+асцит  
анасарка  
«воротник Стокса»

133. Пульсация слева от грудины на довольно широкой площади, распространяющаяся на надчревную область, обусловленная сокращениями увеличенного правого желудочка сердца, называется:  
+сердечный толчок  
сердечный горб  
«пляска каротид»  
капиллярный пульс

134. Симптом «кошачье мурлыканье» при патологии сердечно-сосудистой системы определяется методом:  
опроса  
+пальпации  
перкуссии  
аускультации  
электрокардиографии

135. Границы абсолютной сердечной тупости определяют методом:  
опроса  
пальпации  
+перкуссии  
аускультации  
электрокардиографии

136. Смещение границ относительной сердечной тупости вправо вызывается:  
низким стоянием диафрагмы  
увеличением левого предсердия  
расширением аорты  
+расширением правого предсердия и правого желудочка  
увеличением конуса легочного ствола

137. Местом наилучшего выслушивания митрального клапана является:  
+область верхушечного толчка  
нижний конец грудины  
второе межреберье слева от грудины  
второе межреберье справа от грудины  
слева от грудины в месте прикрепления III – IV ребер

138. Местом наилучшего выслушивания трехстворчатого клапана является:  
область верхушечного толчка  
нижний конец грудины, у основания мечевидного отростка +  
второе межреберье слева от грудины  
второе межреберье справа от грудины  
слева от грудины в месте прикрепления III – IV ребер

139. Местом наилучшего выслушивания клапана легочного ствола является:  
область верхушечного толчка  
нижний конец грудины, у основания мечевидного отростка  
+второе межреберье слева от грудины  
второе межреберье справа от грудины  
слева от грудины в месте прикрепления III – IV ребер

140. Акцент II тона на аорте наблюдается в случае:

переполнении кровью сосудов малого круга кровообращения

сужении русла легочной артерии  
затруднения кровообращения в легких  
повышения давления в малом круге кровообращения

+повышения давления в аорте

141. У больного Р., 54л. врач выявил синдром артериальной гипертензии. Определите аускультативные изменения?

Тоны сердца на верхушке усилены

Тоны сердца на основании усилены

2 тон на легочной артерии усилены

+2 тон на аорте усилен

Тоны сердца усилены во всех аускультативных точках

142. Больной А., 37л. с целью устройства на работу прошел полное медицинское освидетельствование. Больной считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Но на ЭхоКГ обнаружена недостаточность аортального клапана; также врачом выявлено умеренное увеличение левой границы сердца вместе со смещением верхушечного толчка. Какие будут подтверждающие аускультативные данные?

1. на верхушке систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область

2. на верхушке ограниченный диастолический шум

3. во 2-ой точке аускультации диастолический шум проводящийся на сосуды шеи

4.+ во 2-ой точке аускультации диастолический шум проводящийся в точку боткина-Эрба

5. на аорте ограниченный систолический шум

143. Наиболее характерным признаком сердечной недостаточности является кашель  
+отеки  
кровохарканье

гипертрофия миокарда  
слабость

144. К семейному врачу обратился больной Д., 42л. с жалобами на отеки на по вечерам в течение месяца. В анамнезе – месяц назад перенес грипп, лечился самостоятельно травами. Других жалоб нет. О какой возможной причине отеков должен подумать врач?

Заболевание почек  
Аллергическая реакция  
+Недостаточность сердца  
Легочно-сердечная недостаточность  
Недостаточность сосудов

145. Синяя окраска кожи при сердечной недостаточности связана наличием в крови недоокисленного гемоглобина  
оксигемоглобина  
продуктов распада гемоглобина  
гемосидерина  
+восстановленного гемоглобина

146. Осмотре больного О., 36л., доктор обнаружил шум в области абсолютной тупости сердца. Определите причину?  
Недостаточность 3-створчатого клапана  
Стеноз 3-створчатого клапана  
Плевроперикардиальный шум  
+Перикардиальный шум  
Шум трения плевры

147. У больного ночью внезапно появился кашель с небольшим количеством слизистой мокротой кашель, удушье. При осмотре семейным врачом выявлены: акроцианоз, ортопноэ, жесткое дыхание, единичные сухие, а в задних отделах влажные незвучные хрипы. Что явилось причиной развития данного состояния у больного?  
Синдром нарушения бронхиальной проходимости  
Астматический статус  
+Застой в малом круге кровообращения  
Синдром воспалительной инфильтрации

Синдром наличия полости в легком  
148. Ранним и характерным признаком сердечной недостаточности является:

выраженные отеки на ногах  
выраженные отеки на лице  
боли в области сердца  
+одышка  
кашель с кровянистой мокротой

149. Мама ребенка К., бл., жалуется, что у ребенка в последние 2 месяца появилось внезапное потеря сознания вместе остановкой дыхания, которое через несколько секунд самостоятельно или при взятии ребенка на руку проходит. О какой возможной патологии должен подумать врач?

+Нарушение ритма сердца  
Коронарная недостаточность  
Тетрада Фалло  
Застой крови в малом круге кровообращения  
Застой крови в большом круге кровообращения

150. Мама 9 месячного ребенка заметила, что он не может долго сосать грудь и у него внезапно появляется бледность кожи, сильная одышка, беспокойство, далее кожа становится синюшной. Какое заболевание должен предположить врач?

Ишемическая боль сердца  
+Тетрада Фалло  
Недостаточность легочной артерии  
Застой крови в малом круге кровообращения  
Острую сосудистую недостаточность

151. Определите наиболее возможный признак врожденного порока сердца у детей?  
Ограничение умственного развития  
Рвота  
Боли в животе  
Похудание  
+Отставание физического развития

152. Мама 5-летнего ребенка жалуется, что у ребенка в течение короткого времени внезапно вскрывает и проявляет беспокойство, потом самостоятельно успокаивается, но долго остается вялым, а кожа становится бледной. Как должен оценить врач причину данного приступа?  
Недостаточность легочной артерии  
+ Ишемическая боль сердца  
Нарушение ритма  
Острую сосудистую недостаточность  
Застой крови в большом круге кровообращения

153. У детей раннего возраста к особенностям формы и положения сердца относятся:  
А.+форма шаровидная, расположено выше  
В.форма грушевидная, границы относительной тупости с возрастом сужаются  
С. форма овальная, границы относительной тупости с возрастом сужаются  
Д.границы относительной тупости с возрастом расширяются  
Е. исходно поперечное положение оси сердца, без изменения

154. Передняя поверхность сердца у детей 1 года в основном образована:  
А.правым предсердием  
В.правым желудочком  
С.+правым предсердием, желудочком и частично левым желудочком  
Д.левыми предсердием, желудочком и частично правым желудочком  
Е. левым желудочком

155. Кровохарканье при сердечной астме обусловлено:  
застоем крови в большом круге кровообращения  
+застоем крови в малом круге кровообращения  
спазмом легочных сосудов  
спазмом коронарных сосудов  
инфарктом легкого

<p>156. Застой в большом круге кровообращения характеризуется: увеличением селезенки +увеличением печени бледностью кожных прокровов приступами удушья кровохарканьем</p>	<p>+Синдром острой левожелудочковой недостаточности 160. Скопление жидкости в брюшной полости при сердечной недостаточности называется: «портальная гипертензия» гидроторакс гидроперикард +асцит анасарка</p>	<p>164. Больной Т., 23л. с жалобами на одышку и сердцебиение, появившиеся через 2 недели после перенесенной ангины, пришел на прием к врачу. При обследовании врач определил, верхушечный толчок и левая граница сердца находятся в 5 межреберье по левой среднеключичной линии. На ЭхоКГ- заключение о недостаточности митрального клапана. Какую аускультативную симптоматику должен ожидать врач?</p>	<p>168. На верхушке выслушивается диастолический шум, начинающийся через небольшой интервал после 2-го тона и, продолжающийся всю диастолу. Шум имеет пресистолическое усиление, никуда не проводится. Для какого порока это характерно? +Митральный стеноз Недостаточность митрального клапана Аортальный стеноз Недостаточность клапанов аорты Недостаточность 3-х створчатого клапана</p>
<p>157. Участковый врач на вызове у больного, которого беспокоят одышка в покое, слабость. При осмотре: положение - ортопное, кожа - желтушно-цианотичным оттенком, асцит, отеки; выраженное набухание шейных вен, печень увеличена. О чем можно думать?</p>	<p>161. Причиной появления отеков при сердечной недостаточности является: застой крови в малом круге кровообращения +застоем крови в большом круге кровообращения повышение давления в легочных артериолах спазм венечных артерий нарушение кровообращения в органах брюшной полости</p>	<p>диастолический шум на аорте, проводящийся на сосуды шеи +систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область Ограниченный диастолический шум на аорте ограниченный диастолический шум на верхушке, ограниченный систолический шум на верхушке</p>	<p>169. При каком из перечисленных пороков наблюдается хлопающий 1-ый тон на верхушке сердца? А. Недостаточность митрального клапана Б. Недостаточность трикуспидального клапана В. Недостаточность клапана аорты Г. +Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия Д. Стеноз устья аорты</p>
<p>Цирроз печени Портальная гипертензия Синдром дыхательной недостаточности +Синдром хронической правожелудочковой недостаточности Синдром хронической левожелудочковой недостаточности</p>	<p>162. Скрытые отеки при сердечной недостаточности сначала появляются : на веках на руках в брюшной полости на бедрах +на лодыжках</p>	<p>165. Какой из перечисленных методов относится к основным? Анализ мочи +Расспрос Рентгенография УЗИ Анализ крови</p>	<p>170. Характеризуйте диастолический шум при митральном стенозе: Иррадирует в левую подмышечную область Лучше выслушивается в положении на левом боку +Сопровождается 3-м тоном Лучше выслушивается в положении на левом боку на высоте фазы выдоха Лучше выслушивается в вертикальном положении</p>
<p>158. Характерное изменение кожных покровов при сердечной недостаточности: бледность кожных покровов желтушность кожных покровов +синюшное окрашивание кожи (цианоз) наличие петехий депигментация кожи</p>	<p>163. При осмотре больного выявлена фиолетово-красная окраска щек, синюшные губы и конечности. Для какого порока характерны указанные симптомы?</p>	<p>166. Назовите признак, характеризующий общее состояние больного: +Состояние сознания Состояние опорно-двигательного аппарата Конституция телосложения Осмотр лица Осмотр глаз и век</p>	<p>171. Положительный венный пульс бывает при: Недостаточности митрального клапана Легочной гипертензии +Недостаточности трикуспидального клапана Недостаточности клапана аорты Стенозе устья аорты</p>
<p>159. Больной находился на лечении по поводу артериальной гипертензии. Вдруг у него появилась тяжелая одышка, кашель с трудноотделяемой мокротой, холодный пот, резкая слабость. При осмотре - больной стоит, кожные покровы бледные и синюшные. Над легкими масса сухих и влажных хрипов. Тоны сердца ослаблены, 2 тон на легочной артерии усилен. Какой синдром развился у больного? Синдром острой дыхательной недостаточности Синдром острой правожелудочковой недостаточности Синдром бронхоспазма Криз артериальной гипертензии</p>	<p>Аортальные пороки +Стеноз митрального клапана Затяжной септический эндокардит Недостаточность 3-х створчатого клапана Недостаточность 2-х створчатого клапана</p>	<p>167. У больного с недостаточностью клапана аорты появился короткий, тихий диастолический шум на верхушке. Каков его механизм? Присоединение митрального стеноза Митрализация имеющегося порока Шум Грэхема-Стилла Присоединение стеноза устья аорты +Функциональный шум Флинта</p>	<p>172. Систолический шум при стенозе устья аорты характеризуется: 1. Иррадиацией в левую подмышечную область</p>

<p>2. +Иррадиацией в область сонных артерий</p> <p>3. Отсутствием какой-либо иррадиации</p> <p>4. Усилением на высоте вдоха</p> <p>5. Усилением в положении на левом боку</p> <p>173. Рефлекс Китаева возникает вследствие:</p> <p>Митральной регургитации</p> <p>+Растяжения легочных вен</p> <p>Снижение градиента давления «левое сердце – левый желудочек»</p> <p>Увеличения притока крови к сердцу</p> <p>Повышения давления в полости желудочка</p> <p>174. Пресистолическое усиление шума при митральном стенозе возникает вследствие:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Активной систолы</li> <li>2. Митральной регургитации</li> <li>3. Растяжения левого предсердия</li> <li>4. +Ускорении кровотока из ЛП в ЛЖ</li> <li>5. Растяжения левого желудочка</li> </ol> <p>175. Звучность сердечных тонов ослабевает при:</p> <p>Тонкой грудной клетке</p> <p>+Накоплению жидкости в левой плевральной полости</p> <p>Большой легочной каверне</p> <p>Большом газовом пузыре желудка</p> <p>Опухоли в заднем средостении</p> <p>176. У больного выраженная тотальная сердечная недостаточность. АД = 100/50 ммртст. Как изменится 1-ый тон на верхушке?</p> <p>Усиление</p> <p>+Ослабление</p> <p>3-х членныйбуынды болады</p> <p>Не изменяется</p> <p>Раздвоение</p> <p>177. Раздвоение 2-го тона возникает при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неодновременном закрытии атриоventрикулярных клапанов</li> <li>2. Нарушении внутрижелудочковой проводимости</li> <li>3. +Неодновременном закрытии клапанов аорты и легочного ствола</li> <li>4. Появлении тона открытия</li> <li>5. Появление добавочного тона</li> </ol>	<p>178. Тон открытия митрального клапана лучше выслушивается:</p> <p>У основания сердца</p> <p>+На верхушке сердца</p> <p>В точке Боткина –Эрба</p> <p>У основания мечевидного отростка</p> <p>Справа у грудины в месте прикрепления 3-го ребра</p> <p>179. В каком из перечисленных случаев возникает ослабление обоих тонов?</p> <p>Тяжелой физической работе</p> <p>Волнениях</p> <p>+Микседеме</p> <p>Анемии</p> <p>Базедовой болезни</p> <p>180. Акцент 2-го тона на аорте наблюдается при:</p> <p>+Артериальной гипертонии</p> <p>Митральных пороках</p> <p>Аортальных пороках</p> <p>Снижении артериального давления</p> <p>Повышении давления в малом кругу кровообращения</p> <p>181. Акцент 2-го тона на легочной артерии появляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. +При повышении давления в малом кругу кровообращения</li> <li>2. Повышении давления на аорте</li> <li>3. Переполнении кровью сосудов малого круга</li> <li>4. Затруднении кровообращения в легких</li> <li>5. Сужении русла легочной артерии</li> </ol> <p>182. Причиной функциональных шумов являются:</p> <p>+Увеличение скорости кровотока</p> <p>Увеличение вязкости крови</p> <p>Гипотермия</p> <p>Гипотиреоз</p> <p>Уменьшение скорости кровотока</p> <p>183. Для систолического шума характерно:</p> <p>Появляется вместе со II-м тоном</p> <p>+Совпадает с верхушечным толчком и пульсом сонной артерии</p> <p>Появляется после 2-го тона вовремя длинной паузы</p>	<p>Лучше выслушивается в вертикальном положении</p> <p>Выслушивается чаще на ограниченном участке</p> <p>184. На верхушке 1-ый тон равен 2-му тону, 2-й тон на легочной артерии значительно акцентирован. После 2-го тона в точке Боткина – Эрба и во 2-м межреберье справа - дующий интенсивный шум. При каком синдроме это может быть?</p> <p>Недостаточность митрального клапана</p> <p>Стеноз митрального клапана</p> <p>+Недостаточность клапана аорты</p> <p>Стеноз устья аорты</p> <p>Недостаточность трехстворчатого клапана</p> <p>185. Объясните механизм возникновения стенокардических болей при аортальных пороках:</p> <p>Острая ишемия, вследствие нарушения коронарного кровообращения</p> <p>+Относительная коронарная недостаточность, связанная с гипертрофией миокарда</p> <p>Атеросклероз аорты</p> <p>Коронарит</p> <p>Артериальная гипотония</p> <p>186. Поперечник сосудистого пучка составляет:</p> <p>2 – 3см</p> <p>4 - 5см</p> <p>+ 5 – 6см</p> <p>6 – 7см</p> <p>7 – 8см</p> <p>187. Поперечник относительной тупости сердца в норме равен:</p> <p>3 – 4см</p> <p>6 – 7см</p> <p>7 – 8см</p> <p>8 – 9см</p> <p>+11 – 13см</p> <p>188. У больного выявлен разлитой, высокий, усиленный, резистентный верхушечный толчок. О каком изменении сердца Вы подумали?</p> <p>Гипертрофии правого предсердия</p> <p>Гипертрофии правого желудочка</p> <p>Гипертрофии левого предсердия</p>	<p>+Гипертрофии левого желудочка</p> <p>Смещении сердца кпереди опухолью средостения</p> <p>189. Какой из признаков в норме характерен для верхушечного толчка?</p> <p>Локализация в 6-ом межреберье на 1см кнутри от левой средне-ключичной линии</p> <p>Локализация в 5-ом межреберье на 1 – 1,5см кнаружи от левой средне-ключичной линии</p> <p>+При положении на левом боку смещается влево на 4см;</p> <p>Занимает площадь 2,5 – 3см</p> <p>Усиленный и резистентный</p> <p>190. У больного выявлен куполообразный верхушечный толчок, акцент 2-го тона на аорте и АД = 160/100 ммртст. Какой будет пульс у больного?</p> <p>Частый, низкий</p> <p>Редкий, мягкий</p> <p>+Напряженный, твердый</p> <p>Пустой, малый</p> <p>Большой и высокий</p> <p>191. Для какого синдрома характерен скорый и высокий пульс?</p> <p>А. Стеноза устья аорты</p> <p>Б. +Недостаточности клапана аорты</p> <p>В. Артериальной гипертензии</p> <p>Г. Коронарной недостаточности</p> <p>Д. Сердечной недостаточности</p> <p>192. Какая форма пульса характерна для стеноза устья аорты?</p> <p>Pulsus et altus</p> <p>+Pulsus tardus et parvus</p> <p>Pulsus dicroticus</p> <p>Pulsus paradoxus</p> <p>Pulsus filiformis</p> <p>193. Для диагностики облитерирующего эндартериита важно:</p> <p>Определение пульса височных артерий</p> <p>Определение пульса сонных артерий</p> <p>Определение пульса бедренных артерий</p> <p>+Определение пульса тыльной поверхности стопы</p> <p>Определение пульса подколенной артерии</p>
--	---	--	---

<p>194. При коарктации аорты характерно изменение величины пульса:  +Значительное уменьшение на нижних конечностях  Увеличение на нижних конечностях  Уменьшение на сонных артериях  Уменьшение на артериях верхних конечностей  Увеличение пульсации на бедренной артерии</p>	<p>Усиление влияния симпатической нервной системы  Ускорение скорости кровотока  Она не постоянна – при физической нагрузке ритм сердца учащается  Чаше наблюдается при гипотонии</p>	<p>Гипертрофией обоих предсердий  Дилатацией левого желудочка  Дилатацией правого желудочка  +Дилатацией левого предсердия  204. У больного Д., 37л., страдающего хроническим заболеванием дыхательных путей с наличием обструктивного синдрома пульмонолог определил резкое уменьшение площади абсолютной сердечной тупости.  Назовите возможную причину данного изменения?</p>	<p>Недостаточности митрального клапана  Недостаточности аортального клапана  Стеноза устья аорты  +Стеноза 2-х створчатого клапана  Стеноза устья легочной артерии  208. Больной 43 лет, водитель автобуса, жалуется на головную боль, головокружение, «стук» в висках. При пальпации определяется разлитой, усиленный верхушечный толчок и твердый пульс. АД - 170\100 ммртст. Пульс 70 уд. в мин. Какие изменения возможны при аускультации сердца:</p>
<p>195. При нажатии сонной артерии у больного появилось головокружение. Объясните механизм его возникновения:  Резкое падение АД, вследствие раздражения барорецепторов  +Резкое падение АД вследствие каротидного рефлекса  Ишемия мозга вследствие резкой брадикардии</p>	<p>+ Головокружение и обмороки  Боли в области сердца  Шум в ушах  Сухой кашель  Озноб и повышение температуры</p>	<p>1. +Эмфиземой легких  2. Расширением полости правого желудочка  3.Сморщиванием легких  4.Накоплением жидкости в перикарде</p>	<p>Усиление 1-го тона на верхушке  +Акцент 2-го тона над аортой  Ослабление 2-го тона над аортой  Дующий диастолический шум на верхушке  На аорте грубый систолический шум, проводящийся на сонные артерии</p>
<p>Развитие тромбозов сосудов головного мозга  Развитие мелких кровоизлияний  196. Для дыхательной аритмии характерно:  Урежение пульса на вдохе  Аритмия, возникающая в период респираторной паузы  +Ускорение пульса на вдохе, урежение на выдохе  Ускорение пульса на выдохе, урежение на вдохе  Урежение пульса только на вдохе</p>	<p>201. Наиболее характерным клиническим признаком обморока является:  Острая боль за грудиной и слабость  Коллапс  Учащение пульса до 160 – 200 и более в мин.  Нарушение ритма пульса  +Внезапная потеря сознания</p>	<p>5. Смещением сердца кпереди опухолью средостения  205. У больного одышка, приступы удушья по ночам. Верхушечный толчок и левая граница относительной сердечной тупости определяются в V-м межреберье на 2см кнаружи от левой средне-ключичной линии.  С чем могут быть связаны указанные изменения?  Гипертрофией правого желудочка</p>	<p>209. При каком пороке наблюдается систолическая гипертония и высокое пульсовое давление?  Митральном стенозе  +Недостаточности аортальных клапанов  Атеросклерозе аорты  Гипертиреозе  Анемии</p>
<p>197. Исследование нарушений ритма сердца проводится методами:  Пальпации пульса  Аускультации тонов сердца  Изучения ЭКГ  +Пальпации, аускультации и ЭКГ  Пальпации и ЭКГ</p>	<p>202. На прием к врачу пришел больной с жалобами быструю утомляемость, одышку и редкий периодический сухой кашель; появившиеся в последнее время.Ранее перенесенные заболевания отрицает. Однако помнит в детстве часто болел ангиной и на приписной комиссии ему сказали, «что у него в сердце шум». При осмотре:  верхушечный толчок слегка смещен вправо, а верхняя граница относительной тупости сердца смещена вверх. Определите возможную причину смещения верхней границы?</p>	<p>Гипертрофией левого желудочка  + Гипертрофией левого желудочка  Аневризмой сердца  Гипертрофией левых отделов сердца  206. 39л. больному Г. УЗИ сердца дано заключение: «недостаточность митрального клапана». Что должен выслушать доктор при аускультации сердца?</p>	<p>210. Больной 42 лет жалуется на одышку при умеренной физической нагрузке и приступы удушья по ночам. 20 лет страдает ревматизмом. При осмотре: цианоз губ, кончика носа, румянец щек с синюшным оттенком, пастозность голеней. О какой стадии нарушения кровообращения следует думать?  НК 0  НК I  +НК II А  НК II Б  НК III</p>
<p>198. Основные жалобы больных с патологией сердца:  +Одышка и ощущение «перебоев в работе сердца»  Слабость и утомляемость  Повышенный аппетит  Раздражительность и нарушение сна  Боли в костях и кровоточивость десен  199. Для синусовой брадикардии справедливы суждения:  +Усиление влияния на сердце n. Vagus</p>	<p>1. +Увеличение левого предсердия  2.Расширении правого предсердия  3.Расширении аорты  4. Гипертрофии левого желудочка  5. Недостаточности 3-х створчатого клапана  203. Осмотрев больного Б., 42лет доктор определил у него «митральную» конфигурацию сердца. С чем связано развитие данной конфигурации?  Гипертрофией правого предсердия</p>	<p>Усиление 1 тона на верхушке  Дующий диастолический шум на верхушке  + Дующий систолический шум на верхушке  Систолический шум во 2-ом м/р слева  Диастолический шум во 2-ом м/р справа  207. У больного на верхушке определяется усиление 1-го тона, грубый диастолический шум и ритм «перепела». Для какого порока это характерно?</p>	<p>211. У больного жалобы на одышку, ночной кашель и приступы удушья по ночам. В анамнезе артериальная гипертензия в течение 15 лет. Объясните причину выше указанных жалоб:  Развитие бронхиальной астмы  +Развитие сердечной астмы</p>

Синдром хронической правожелудочковой недостаточности

Синдром хронической левожелудочковой недостаточности

Синдром тотальной сердечной недостаточности

212. К ранним жалобам больного с митральным стенозом относится:

+Одышка и сердцебиение

Отеки появляющиеся к вечеру

Боли в костях

Сухой кашель по ночам

Головные боли, слабость

213. Диастолический шум на верхушке выслушивается при:

Гипотиреозе

Недостаточности митрального клапана

Анемии

Миокардите

+Митральном стенозе

214. У больного с митральным стенозом на Р-грамме обнаружены явления застоя в малом круге кровообращения. Какие у него могут быть жалобы?

Одышка и сердцебиение при большой физической нагрузке

Жгучие боли в 1/3 грудины

Приступы удушья с затрудненным выдохом

+Приступы удушья и сухой кашель

Приступообразные боли в области сердца

215. Характерная аускультативная симптоматика стеноза двустворчатого клапана:

Ослабление I тона на верхушке

Акцент II тона на аорте

+Тон открытия митрального клапана и диастолический шум на верхушке

Ослабление обоих тонов

На верхушке мягкий, непостоянный систолический шум

216. Основой болевого синдрома при стенокардии является:

Коронариит

Относительная коронарная недостаточность

+ Острая ишемия миокарда

Гормональные нарушения

Метаболические нарушения в миокарде  
217. Для боли при стенокардии наиболее характерны:

1. +Приступообразность, локализация и интенсивность

2. Сопровождается кардиогенным шоком

3. Не купируется нитроглицерином

4. Интенсивные продолжительные, усиливающиеся при вдохе

5. Сопровождаются тошнотой и неукротимой рвотой

218. Больной Е., 42 л. вызвал семейного врача с жалобами на внезапные приступообразные, сжимающие боли в области сердца и одышку. Для какого из перечисленных заболеваний может быть наиболее характерен данный болевой синдром?

А. Ревматизм

Б. +Стенокардия

В. Миокардит

Г. Стеноз аортального

клапана

Д. Недостаточность

аортального клапана

219. Больному П., 66 лет, явившемуся на прием с жалобами на боли в сердце при ходьбе и подъеме на лестницу врач дал следующее объяснение причин его жалоб. Какую возможную причину боли назвал врач?

+Атеросклероз коронарных артерий

Понижение коагулирующих свойств крови

Понижение активности симпат-адреналовой системы

Аномалии развития коронарных сосудов

Стеноз аорты

220. У больного В. 42л. доктор определил синдром «Артериальная гипертензия».

Доктор из анамнеза жизни и заболевания больного выяснил следующие сведения. На какие из ниже приведенных факторов доктор должен обратить особое внимание?

1.+

Руководящая должность

2.Активное

занятия физической культурой

3.Ограничение потребления поваренной соли

4. Гипохолестеринемия

5.Понижение коагулирующих свойств крови  
221. Больному с митральной недостаточностью на ЭКГ исследовании дали заключение о гипертрофии левого желудочка. На основании какого ЭКГ признака дано это заключение?

Низкие зубцы в R v5,v6

+ Увеличение амплитуды зубца в R v5,v6

Увеличение амплитуды зубца P v5,v6

Укорочение интервала P – Q в v5,v6

Появление зубца Q в v5,v6

222. Больному Ч. 46л. на УЗИ дали

заключение о недостаточности

трукспидального клапана. Какая будет

аускультативная симптоматика и где будет наилучшая точка ее выслушивания?

Систолический шум на верхушке сердца

Диастолический шум в нижней трети грудины

+Систолический шум в нижней трети

грудины

Диастолический шум на верхушке сердца

Акцент II тона во втором м/р справа у края

грудины

223. Типичными признаками недостаточности кровообращения у детей являются:

Повышение аппетита

Повышенная возбудимость

+Похудание и замедление роста

Внезапная потеря сознания

Сонливость

224. У ребенка двух лет бывают приступы с внезапным побледнением, резкой одышкой и выраженным цианозом. Это связано с:

Переполнением малого круга

кровообращения

+Обеднением малого круга кровообращения

Нарушением коронарного кровообращения

Нарушением ритма сердца

Недостаточностью кровообращения

225. У ребенка выслушивается грубый систолический шум во 2- 3 –ем межреберье вдоль левого края грудины и резкое ослабление II тона на легочной артерии. О какой патологии следует думать?

+Стеноз легочной артерии

Стеноз аорты

Стеноз митрального клапана

Дефект межпредсердной перегородки

Открытый артериальный проток

226. Осложнением инфаркта миокарда является:

Уплотнение аорты

+Аневризма сердца

Сужение коронарных сосудов

Легочно-сердечная недостаточность

Артериальная гипертензия

227. Укажите правильное определение

понятия «сердечный толчок»:

Пульсация справа от мечевидного отростка

Локальная пульсация в 3-м межреберье у

левого края грудины

Диффузная пульсация всей прекардиальной области

Пульсация в области 4 - 6-го межреберья слева

+Пульсация о области абсолютной тупости сердца

228. Основной клинический метод исследования пульса:

расспрос

+пальпация

перкуссия

аускультация

осмотр

229. Назовите инструментальный метод определения пульса:

электрокардиография

капилляроскопия

+сфигмография

флебография

фонокардиография

230. Определите метод регистрации

звуковых явлений в сердце:

электрокардиография

капилляроскопия  
**сфизмография**  
флебография  
**+фонокардиография**

231. Характеристика пульса при синдроме артериальной гипертензии:  
filiformis  
mollis  
**+durus**  
irregularis  
deficiens

232. Начальные и характерные симптомы сердечной недостаточности:  
боли в сердце  
**+одышка**  
кровохарканье  
выраженные отеки на ногах  
**умеренные отеки на лице**

233. Что означает дефицит пульса:  
мягкий пульс на одной руке  
отсутствие пульса на одной руке  
медленное наполнение пульса на обеих руках  
медленное наполнение пульса на на одной руке  
**+разница между частотой пульса и числом сердечных толчков**

234. Мужчина, 40л., жалуется на одышку, слабость и сильные, кратковременные, сжимающие боли за грудиной, появившиеся после волнения. О каком синдроме Вы подумаете в первую очередь?  
Дыхательная недостаточность  
**+Коронарная недостаточность**  
Острая сосудистая недостаточность  
Сердечная недостаточность  
Острая сердечно-сосудистая недостаточность

235. Семейный врач у мужчины 48 лет с жалобами на периодические колющие боли в области сердца пожизненно «хроническую коронарную недостаточность». Какое инструментальное исследование он должен провести сначала:

эхокардиография  
**+электрокардиография**  
**флебография**  
фонокардиография  
**сфизмография**

236. У мужчины 50л., страдающего ожирением, появились сильные жгучие боли за грудиной, иррадирующие в верхнюю левую половину тела и одышка. Боль длится больше часа. Как Вы думаете какой синдром развился у больного?  
артериальная гипертензия  
**+острая коронарная недостаточность**  
хроническая коронарная недостаточность  
острая сосудистая недостаточность  
острая левожелдочковая недостаточность

237. Явная аускультативная симптоматика недостаточности митрального клапана:  
ослабление I тона и диастолический шум в первой точке аускультации  
**+ослабление I тона и систолический шум в первой точке аускультации**  
усиление I тона и диастолический шум в первой точке аускультации  
усиление I тона и систолический шум в первой точке аускультации  
ослабление обеих тонов и дующий систолический шум на верхушке

238. Характерный аускультативный симптом для стеноза левого атриовентрикулярного отверстия:  
ослабление I тона и диастолический шум на верхушке  
**+ослабление I тона и систолический шум на верхушке**  
**+«ритм перепела» и диастолический шум на верхушке**  
ослабление I тона и диастолический шум на верхушке  
усиление I тона и систолический шум на верхушке

239. Для какого порока характерен симптом систолического дрожания и где он определяется?

На верхушке, при митральной недостаточности  
На верхушке, при стенозе митрального клапана  
**+Во втором м/р справа при стенозе аортального клапана**  
Во втором м/р слева при стенозе клапана легочной артерии  
Во втором м/р справа при недостаточности аортального клапана

240. У больного со стенозом левого атрио-вентрикулярного клапана доктор выслушал «ритм перепела». На основании каких звуковых явлений и где выслушал доктор данный звуковой феномен?  
I, II тон и систолический шум на верхушке  
**+громкий «хлопающий» I тон, II тон и открытия митрального клапана на верхушке на аорте, I, II тон и диастолический шум на легочной артерии, I, II тон и систолический шум на верхушке, I, II и III тон**

241. Какой порок является частой причиной систолического шума на верхушке:  
сужение левого атрио-вентрикулярного отверстия  
стеноз аорты  
стеноз легочной артерии  
**+ недостаточность митрального клапана**  
недостаточность трехстворчатого клапана

242. Диастолический шум на верхушке чаще связан:  
сужением трехстворчатого клапана  
**+сужением двухстворчатого клапана**  
сужением клапана легочного ствола  
недостаточностью аортального клапана  
недостаточностью митрального клапана

243. Причиной грубого систолического шума, выслушиваемого во второй точке аускультации и проводящегося на сосуды шеи, является порок:

стеноз левого атрио-вентрикулярного клапана  
недостаточность левого атрио-вентрикулярного клапана  
недостаточность клапана аорты  
**+ стеноз аорты**  
недостаточность правого атрио-вентрикулярного клапана  
244. Мягкий, дующий диастолический шум, выслушиваемый во второй точке и проводящийся на 5-ую точку аускультации шум бывает при:  
**стенозе аорты**  
сужении левого атрио-вентрикулярного отверстия  
**+ недостаточности клапана аорты**  
Сужении трехстворчатого клапана  
Недостаточности клапана легочной артерии

245. С каким пороком связаны такие симптомы, как «пляска каротид» и симптом Мюссе:  
недостаточностью митрального клапана  
**+ недостаточностью аортального клапана**  
недостаточностью легочной артерии  
**сужением аорты**  
недостаточностью трехстворчатого клапана

246. При каком пороке на верхушке пальпаторно определяется диастолическое дрожание (симптом «кошачьего мурлыканья»)?  
недостаточности клапана аорты  
сужении клапан аорты  
**+ сужении митрального клапана**  
**недостаточности митрального клапана**  
сужении трехстворчатого клапана

247. При осмотре больного выявлен разлитой, смещенный влево и усиленный верхушечный толчок; левая граница абсолютной тупости определяется в 5-ом м/р кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Аускультативно – систолический шум и ослабление I тона на верхушке. В анамнезе у больного в течение многих лет ревматизм. Для какого порока характерны данные изменения?

Сужение митрального клапана  
**+недостаточность митрального клапана**  
недостаточность правого атрио-  
вентрикулярного клапана  
сужение клапанов аорты  
недостаточность клапанов аорты

248. У больного жалобы на головные боли, тошнота, колющие боли в области сердца, шум в ушах. При осмотре: лицо умеренно гиперемировано, верхушечный толчок усилен разлитой, смещен влево вместе со смещением левой границы сердца влево; во второй точке аускультации акцент II тона, на верхушке короткий систолический шум. Для какого синдрома могут быть характерны данные признаки?

Артериальная гипотония  
+артериальная гипертония  
Недостаточность аортального клапана  
Стеноз аортального клапана  
Недостаточность митрального клапана

249. У больного с жалобами на одышку, головные боли, головокружение и «мелькание мушек» перед глазами при осмотре глазного дна обнаружены следующие изменения: сужение и извитость артерий и расширение вен, а также кровоизлияние в сетчатку. При каком синдроме возможны данные изменения?  
Хронической сердечной недостаточности  
Острой сердечной недостаточности  
Острой сосудистой недостаточности  
+артериальной гипертония  
артериальной гипотонии

250. больного беспокоят сильные сжимающие боли в области сердца, онемение двух последних пальцев левой кисти и одышка. Боли беспокоят периодически в течение часа, не прекращаются на коронаролитику. При осмотре: больной не подвижен, лицо бледное, тахикардия, тоны сердца ослаблены, АД 140/85 мм. рт.ст. В общем анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз; СОЭ не изменено. В биохимическом анализе – активность КФК, АСТ, ЛДГ 1,5 повышена. О каком синдроме необходимо думать?  
Острая сердечная недостаточность  
+острая коронарная недостаточность  
Острая сосудистая недостаточность  
Артериальная гипертония  
Хроническая коронарная недостаточность

251. Для патологии печени и желчевыводящих путей характерно:  
наличие отеков  
+желтушность кожи  
выраженная бледность  
депигментация  
синюшная окраска кожи

252. Мелена – это:  
1.+Черный стул  
2.Обесцвеченный стул  
3.Кал с примесью крови  
4.«овечий» кал  
5.пенистый зловонный стул

253. К признакам функциональной дисфагии относится:  
развивается постепенно  
+развивается внезапно  
развивается вследствие органических сужений пищевода  
постоянная затрудняется прохождение твердой пищи  
254. Боязнь приема пищи – это:  
+ Citifobia  
claustrophobia  
cleptomania  
cancerofobia  
prurigo  
255. Причины и механизм развития изжоги:

атония привратника  
спазм кардиального сфинктера  
дуоденогастральный рефлюкс  
+гастроэзофагеальный рефлюкс  
гиперсекреция  
256. К признакам патологии органов пищеварения при осмотре ротовой полости относится:  
язык влажный чистый  
+язык сухой, обложенный  
некротическая ангина  
сглаженность сосочков языка  
кровоточивость десен  
257. Признаки патологии желудка и кишечника при осмотре живота:  
эпигастральная пульсация  
живот отвисает в нижней части в вертикальном положении  
+живот доскообразный, не участвует в акте дыхания  
живот овальной формы, симметричный  
живот участвует в акте дыхания  
258. Глубокая методическая пальпация проводится в:  
в 2 этапа  
в 3 этапа  
+в 4 этапа  
в 1 этап  
в 5 этапов  
259. Признак синдрома повышения моторной функции кишечника:  
+ Схваткообразные боли по всему животу  
Тупые боли в правом подреберье  
Распирающие боли в эпигастрии  
редкие позывы к дефекации  
запоры  
260. Рвота – это:  
eructatio  
regurgitatio  
+emesis  
nausea  
bulimia  
261. Данные осмотра при синдроме нарушения всасывания в тонком кишечнике:  
увеличение массы тела  
+кахекия  
ксантеллазмы

влажность кожи  
сосудистые звездочки  
262. Мальдигестия -это:  
Нарушение желудочной секреции  
Нарушение секреции инсулина  
+Нарушение переваривания в тонком кишечнике  
Нарушение всасывания в кишечнике  
Снижение двигательной активности кишечника  
263. Жалобы больных при бродильной кишечной диспепсии:  
Плохая переносимость мясных продуктов  
Голодные боли в эпигастрии  
Плохая переносимость кислой пищи  
+Плохая переносимость молока  
Изжога  
264. У больного синдром повышения секреторной функции желудка.Какие дополнительные методы исследования необходимы?  
Ирригоскопия  
Гастроскопия  
+Исследование желудочного сока  
Дуоденальное зондирование  
Гастрография  
265. К появлению какой жалобы приводит снижение функции кардиального сфинктера?  
1.боли в правом подреберье  
2.запоры  
3.затрудненное прохождение пищи  
4.поносы  
5. +изжога  
266. У больного схваткообразные боли в животе, вздутие живота, выделение плотного кала малыми порциями 1-2 раза в день, кал со слизью. Какова причина данных симптомов?  
бродильная диспепсия  
кишечное кровотечение  
нарушение всасывания в тонком кишечнике  
+спазм и усиление моторной функции толстого кишечника  
растяжение и снижение моторной функции толстого кишечника

267. Больной Н. 40 лет жалуется на похудение, частый пенный жидкий стул желтого цвета, плохую переносимость молока, при пальпации – болезненность в эпигастриальной области. Какой синдром развился у данного больного?

+Мальдигестии  
Кишечного кровотечения  
Желудочной диспепсии  
Усиления моторной функции толстого кишечника  
Снижения моторной функции толстого кишечника

268. Больной 34 лет жалуется на понижение аппетита, слабость, неприятный вкус во рту, отрыжку тухлым, периодически – рвоту с примесью слизи и желчи. PH желудочного сока – 7,2. Какой это синдром?

Повышения секреторной функции желудка  
+Понижения секреторной функции желудка  
Желудочного кровотечения  
Мальабсорбции  
Кишечной диспепсии

269. У больного 35 лет жидкий стул 4-5 раз в день коричневого цвета с кислым запахом, похудение, слабость, вздутие живота, кровоточивость десен. Какой это синдром? понижения секреторной функции желудка  
желудочной диспепсии  
снижения моторно-эвакуаторной функции кишечника

+нарушения всасывания  
желудочного кровотечения

270. У больного пенистый стул желтого цвета с кислым запахом, при микроскопии - содержит остатки крахмала. Как называется выявленное изменение в кале?

Стеаторея  
Мелена  
Ахолия  
Креаторея  
+Амилорея

271. У больного кислая отрыжка, кислый вкус во рту, боли в подложечной области, запоры. Выявлено: базальная секреция – 150 мл, свободная HCl – 60 ммоль/л. Для какого синдрома характерны эти данные?

1.Повышения моторной функции желудка  
2.+Повышения секреторной функции желудка  
3.Снижения секреторной функции желудка  
4.Желудочного кровотечения  
5.Мальабсорбции

272. Механизм болей при заболеваниях желудка:

нарушение режима питания  
раздражение рецепторов пищи  
отравление недоброкачественной пищей  
+спазм гладкой мускулатуры  
физическая нагрузка

273. Причина появления рвотных масс зеленоватого цвета с гнилостным запахом и остатками пищи, съеденной накануне:

гипермоторика  
гиперсекреция  
воспаление желудка  
+препятствие выходу пищи из желудка  
переедание

274. Найдите причину функциональной дисфагии:

опухли пищевода  
стриктуры пищевода  
язвы пищевода  
опухли заднего средостения  
+спазм гладкой мускулатуры пищевода

275. Признаки органической дисфагии: развивается внезапно после эмоциональных перегрузок

не требует оперативного лечения  
+затрудняется прохождение твердой пищи  
затрудняется прохождение жидкой пищи  
проходит при приеме лекарств

276. Причина мелены – кровотечение из: +нижней трети пищевода  
сигмовидной кишки

восходящего отдела ободочной кишки  
прямой кишки  
нисходящего отдела ободочной кишки

277. Выберите признак, характеризующий функциональную дисфагию:

требуется оперативного лечения  
бывает при опухолях средостения  
проходит при приеме антацидов  
развивается постепенно

+с затруднением проходит жидкая пища

278. Выберите причину и механизм изжоги: спазм кардии

+зияние кардии  
дуоденогастральный рефлюкс  
гастроудоденальный рефлюкс  
пилоростеноз

279. Механизм развития отрыжки: спазм кардии

дуоденогастральный рефлюкс  
+спазм привратника  
атония привратника  
гастроудоденальный рефлюкс

280. Чем характеризуется желудочное кровотечение:

+рвотные массы напоминают кофейную гущу  
появляется без тошноты  
рвотные массы имеют щелочную среду  
рвотные массы с примесью пузырьков воздуха  
цвет кала не меняется

281. Больной жалуется на сезонное появление болей в подложечной области натощак или ночью, проходящих после приема пищи. При какой патологии это бывает?

1. хронический гастрит  
2. язвенная болезнь желудка  
3. опухоль пищевода  
4. +язвенная болезнь 12-пестной кишки  
5. хронический холецистит

282. Чем характеризуется пищеводная рвота: рвотные массы содержат соляную кислоту, частично переваренную пищу

+наступает без предшествующей тошноты, в рвотные массе - переваренная пища  
рвотные массы с примесью пузырьков воздуха

приносит облегчение  
рвотные массы напоминают кофейную гущу

283.Наличие в анализе кала переваренных мышечных волокон называется:

гликорейя  
амилорейя  
стеаторейя  
+креаторейя  
лакторейя

284.Наличие в анализе кала жировых капель, остатков в виде мыла называется:

амилорейя  
гликорейя  
+стеаторейя  
липорейя  
креаторейя

285.Наличие в анализе кала переваренной клетчатки, крахмальных зерен называется:

Алипорейя  
гликорейя  
креаторейя  
амилорейя +

286. Какие изменения при осмотре языка, можно обнаружить у больного язвенной болезнью?

сухой язык (“как щетка”);  
гладкий, полированный язык с атрофией сосочков;

чистый, влажный язык;  
+ язык обложен белым налетом  
красный “лакированный” язык.

287. Объясните, что такое положительный симптом Менделя?

1.+резкая болезненность при поколачивании пальцем правой руки по подложечной области

2. резкое усиление боли на вдохе при пальпации пальцем руки желчного пузыря;

3.болезненность при поколачивании ребром ладони по реберной дуге на высоте вдоха;

4.болезненность справа при давлении пальцами руки между ножками m. sternocleidomastoideus;

5.локальная болезненность при пальпации живота слева и выше пупка.

288.Укажите характерные признаки синдрома язвенного поражения 12-перстной кишки:

ранние боли  
уменьшение болей после акта дефекации  
sitophobia  
боли при глотании

ночные «голодные» боли +  
289. Внезапно у больного появилась кровавая рвота с примесью остатков пищи. Как называется это по латыни? 1.haematoma

2. +haematomesis	снимаются применением холода	+Схваткообразные боли по всему животу,	низкое стояние диафрагмы
3.maelena	+локализуются в подложечной области	частые позывы к дефекации	застойная печень
4.eructatio	296. Признаки патологии кишечника при	Сердцебиение, головокружение	эмфизема легких
5.regurgitation	осмотре живота:	Схваткообразные боли по всему животу,	306.Причины поражения печени:
290. Поверхностная ориентировочная	эпигастральная пульсация	запоры	Психоэмоциональный стресс
пальпация живота позволяет определить:	живот отвисает в нижней части в	Тошнота, ранние боли в подложечной	Тяжелый физический труд
+степень напряжения мышц передней	вертикальном положении	области	+Алиментарный фактор
брюшной стенки	живот увеличен в объеме, пупок втянут	Запоры, вялость, отечность, снижение памяти	Курение
форму исследуемого органа	«голова медузы»	301. Для больных с заболеваниями печени и	Переохлаждение
консистенцию исследуемого органа	+живот доскообразный не участвует в акте	ЖВП характерная жалоба:	
размеры исследуемого органа	дыхания	+Тупые боли в правом подреберье	307. Диспепсический синдром при
границы органа	297. У больного боли в эпигастральной	Боли в левом подреберье	заболеваниях печени связан с:
291. Жалобы больных с патологией	области слева, иррадиирующие в левый сосок	Изжога	+Нарушением оттока желчи
поджелудочной железы:	через 30 мин после приема пищи, исчезающие	Повышенный аппетит	Нарушением инактивации гормонов печени
боли по ходу пищевода во время приема	после рвоты, страх принятия пищи из-за	Запоры	Нарушением дезинтоксикационной функции
пищи	болей. Для поражения какого отдела желудка		печени
боли в правом подреберье, приступообразные	характерны эти боли?	302.Какой признак характерен для наличия	Нарушением оттока билирубина
+боли в подложечной области	+Кардиального отдела	конкрементов в желчном пузыре?	Нарушением белкового обмена
опоясывающего характера	Области малой кривизны	Приступообразные боли в левом подреберье	
боли в эпигастрии через 30 минут после	Области большой кривизны	Приступообразные боли в эпигастральной	308.Причины горечи во рту:
приема пищи	Области привратника	области	Увеличение билирубина в крови
292.Данные осмотра и пальпации при	Тела желудка	+Приступообразные боли в правом	Повышение кислотности желудочного сока
патологии поджелудочной железы:	298. У больного кислая отрыжка, кислый вкус	подреберье	Рефлюкс желудочного сока в нижнюю треть
желтуха, симптом волны	во рту, боли в подложечной области, запоры.	Приступообразные боли в левой подвздошной	пищевода
живот мягкий, безболезненный	При инструментальном исследовании	области	+застоем желчи
желтуха, симптом Ортнера	выявлено: базальная секреция – 180 мл,	Приступообразные боли вокруг пупка	Увеличение уровня холестерина
похудание, антиперистальтика	свободная HCl – 80 ммоль/л. Укажите		
+живот вздут, болезненность в точке	синдром:	303. В анамнезе больных заболеваниями	309.Причина зуда кожи при гепатобилиарной
Дежардена	Понижение моторной функции желудка	печени указывается:	патологии:
293. Механизм развития желудочной рвоты:	Снижения секреторной функции желудка	Переохлаждение	Гипербилирубинемия
открытие привратника	Синдром мальдигестии	+Перенесенный вирусный гепатит В	+Холемия
зияние кардии	Синдром мальабсорбции	Частые ангины	Гипопротеинемия
+антиперистальтика желудка	+Повышения секреторной функции желудка	Дисбактериоз	Гиперхолестеринемия
спазм мышц сфинктера Одди	299. Признаки болей при заболевании	Черепно-мозговая травма	Гиперпротеинемия
спазм мышц двенадцатиперстной кишки	кишечника:		
294. Симптомы желудочной диспепсии:	+локализуются вокруг пупка,	304. Наиболее вероятная причина развития	310.Признаки диспепсического синдрома:
+тошнота, изжога	схваткообразные	заболеваний (цирроза) печени:	+Вздутие живота, урчание в животе
вздутие живота	появляются через 30-40 минут после приема	Жаркий климат	Ахоличный стул
запоры	пищи, снимаются теплом	Алиментарный фактор	Зуд кожных покровов
жидкий стул	появляются через 1,5- 2 часа, ночью, натощак	Переохлаждение	«Малиновый» язык
горечь во рту	появляются в правом подреберье после	+Злоупотребление алкоголем	Похудание
295. Выберите признаки болей при	приема жирной пищи, схваткообразные	Гипертиреоз	
заболевании желудка:	появляются во время приема пищи,		
локализуются в пупочной области	локализуются за грудиной	305.Причина смещения верхней границы	311. К «малым» печеночным знаком
локализуются в гипогастрии	300. Признаки гипермоторной дискинезии	печени вверх:	относятся:
иррадиируют в левую половину поясницы и	кишечника:	+рак печени	Желтушность
пах		воспаление печени	Расширение геморроидальных вен
			«Голова медузы»

<p>+«Малиновый» язык Пищеводные кровотечения</p>	<p>Расширение геморроидальных вен</p>	<p>324. Нижняя границ печени смещается вверх: Рак печени +Острая дистрофия печени Эмфизема легких Низкое стояние диафрагмы Застойная печень</p>	<p>330. При крупной бугристости поверхности увеличенной печени оптимальный метод: Рентгенография органов брюшной полости Холангиография +Пункционная биопсия Компьютерная томография Дуоденальное зондирование</p>
<p>312. Ксантелазмы это: Отложение солей мочевой кислоты в коже Нарушение белкового обмена Нарушение пигментного обмена +Нарушение жирового обмена Нарушение дезинтоксикационной функции печени</p>	<p>318. Признаки синдрома холестаза: Боль в правом подреберье Боли в левом подреберье Асцит +Зуд кожи Ахоличный стул</p>	<p>325 Причина смещения нижней границы печени вниз: +Воспаление печени Острая дистрофия печени Метеоризм Эхинококк печени Асцит</p>	<p>331. Наиболее часто встречающиеся проявления диспепсии у детей: +отрыжка, тошнота изжога рвота запоры вздутие</p>
<p>313. Пальмарная эритема - это: Ксантелазмы Гинекомастия Кожный зуд +Покраснение тенара и гипотенара «Малиновый язык»</p>	<p>319. Характерный цвет кожи при гемолитической желтухе: +Лимонно-желтый Оранжево-желтый Зелено-желтый Грязно-желтый Цвет «мясных помоев»</p>	<p>326. Синдром гиперсиленизма это: Увеличение печени и селезенки Увеличение селезенки Увеличение печени Повышение функции печени +Повышение функции селезенки</p>	<p>332. Метеоризм у ребенка до года проявляется: урчанием отрыжкой рвотой тошнотой +стучит ножками</p>
<p>314. Симптомы синдрома «малой» печеночной недостаточности: Гипербилирубинемия Гипобилирубинемия +Гинекомастия Холестаз Нарушение оттока желчи</p>	<p>320. Характерный цвет кожных покровов при механической желтухе Лимонно-желтый Оранжево-желтый +Зелено-желтый Грязно-желтый Цвет «мясных помоев»</p>	<p>327. Пальпаторная боль при увеличении селезенки определяется: В правом подреберье +В левом подреберье В правой подвздошной области В левой подвздошной области В эпигастральной области</p>	<p>333. Срыгивание пищи без рвоты у детей до 1 года может быть связано с: +началом кишечной инфекции отравлением заболеванием желудка спазмом желудка сужением кишечника</p>
<p>315. Признаки синдрома портальной гипертензии: +Асцит Гинекомастия Ксантелазмы «Сосудистые звездочки» Следы расчесов на коже</p>	<p>321. Характерный цвет кожи при паренхиматозной желтухе: Лимонно-желтый +красно-желтый Зелено-желтый Грязно-желтый Цвет «мясных помоев»</p>	<p>328. Нормальные размеры селезенки: +Длинник 6-8, поперечник 4-6 Длинник 4-6, поперечник 6-7 Длинник 5-7, поперечник 6-8 Длинник 3-5, поперечник 6-8 Длинник 7-9, поперечник 5-4</p>	<p>334. Особенности рвоты у детей малого возраста: +начинается внезапно начинается постепенно начинается через 1,5-2 часа после еды не бывает тошноты бывает периодической</p>
<p>316. Желтуха начинается с: Склер и мягкого неба Ладонной поверхности +Уздечки языка Кожи передней поверхности грудной клетки Кожи живота</p>	<p>322. Для асцита наиболее характерно: +Живот увеличен, пупок выпячен При перкуссии живота определяется тимпанический звук Выпячивание в левом подреберье Живот увеличен, пупок не изменен Выпячивание в области правого подреберья</p>	<p>329. Положительные белково-осадочные пробы наблюдаются при желтухе: +Паренхиматозной Гемолитической Механической Гемолитической и паренхиматозной Гемолитической и механической</p>	<p>335. Частыми проявлениями кишечной диспепсии у детей являются: +поносы вздутие запоры урчание «овечий» кал</p>
<p>317. Симптомы «малой» печеночной недостаточности: Желтушность +Пальцы в виде «барабанных палочек» «Голова медузы» Расширение пищеводных вен</p>	<p>323. Метод определения границ печени: Пальпация +Перкуссия Аускульто-перкуссия Аускульто-пальпация «Шум плеска»</p>	<p></p>	<p>336. Рвота полным ртом у детей до 1 года является типичным признаком: +пилоростеноза короткого кишечника</p>

<p>малого желудка гипертонуса желудка спазма кишечника 337. Для почечной колики характерно: Тупые, ноющие боли в поясничной области с обеих сторон Резкие боли в поясничной области с обеих сторон +Проходят при применении тепла Боли продолжительные Боли проходят при применении холода 338.Симптомы нефротического синдрома: 1.Мягкие отеки, гиперлипидемия, цианоз 2. плотные отеки 3.+Гипоальбуминемия, стойкие отеки, бледность 4.Гиперальбуминемия 5.Гиполипидемия, мягкие отеки 339. Какие данные осмотра больного характерны для заболеваний почек: + Пастозность лица Гиперемия кожных покровов Цианоз запах ацетона Отеки на ногах 340. В механизме развития почечных отеков играет роль: Снижение проницаемости стенки капилляров Снижение гидростатического давления плазмы крови Повышение онкотического давления плазмы крови +Повышение гидростатического давления плазмы крови Задержка в крови и тканях ионов калия 341. Начальным признаком синдрома хронической почечной недостаточности является: + Никтурия Ишурия Поллакиурия Странгурия Анурия 342. Для синдрома почечной артериальной гипертензии характерно: +Повышение АД до 190/120 мм рт. ст. и гипертрофия левого желудочка</p>	<p>Раннее развитие гипертрофии левых предсердия и желудочка гипертрофия левого предсердия и повышение АД до 220/70 мм. рт. ст. гипертрофия левого желудочка и повышение АД до 220/70 мм. рт. ст. 343. Функциональными методами исследования почек являются: Трехстаканная проба, проба Реберга +Проба Реберга, проба Зимницкого Проба Зимницкого, проба по Нечипоренко Проба по Нечипоренко, трехстаканная проба Проба по Аддис-Каковскому, проба Реберга 344.К дизуриям с изменением ритма мочевыделения относятся: Изостенурия Полиурия Олигоурия Гипостенурия + Поллакиурия 345. Что характерно для почечных отеков: Усиливаются к вечеру на лице +Появляются вначале на лице, веках, по утрам При надавливании пальцем не остается ямочка Кожа над отеками желтушного цвета Появляются вначале на ногах, по утрам 346. Лабораторный признак нефротического синдрома: Гипохолестеринемия, лейкоцитурия +Гиперхолестеринемия, лейкоцитурия, протеинурия Лейкоцитурия, протеинурия 10-30 мг/кг в сутки Протеинурия 10-30 мг/кг в сутки, гипохолестеринемия Протеинурию более 50 мг/кг в сутки 347. В механизме развития синдрома почечной артериальной гипертензии имеет место: Снижение уровня альдостерона + Активация РААС Активация простагландиновой системы Задержка калия в организме</p>	<p>Повышение функции калликреин-кининовой системы 348. Проба Реберга позволяет определить: +А. Величину клубочковой фильтрации Б. Количество мочи В. Концентрационную способность почек Г. Клиренс креатинина Д. Суточный диурез 349. Признак синдрома хронической почечной недостаточности: Поллакиурия +Рвота, тошнота, кожный зуд Странгурия Запоры Дисфагия 350. Выделение мочи с монотонной относительной плотностью называется: Гиперстенурия Изурия +Изостенурия Ишурия Гипостенурия 351. Для заболеваний почек наиболее характерный симптом: Нарушение зрения +Боль в поясничной области Головокружение Нарушение слуха боли в околопупочной области 352. Перечисленные признаки (сухой кашель, отеки, тошнота, рвота, слабость, аммиачный запах изо рта, следы расчесов на коже) характерны для синдрома: Хронической сердечной недостаточности +Хронической почечной недостаточности Хронической печеночной недостаточности Нефротического Мочевое 353. Больной с заболеванием почек в анамнезе с жалобами на отечность лица и увеличение мочи, беспокоящими в последние обратился к врачу. Доктор назначил Пробу Зимницкого. С какой целью назначено данное исследование? Количество цилиндров в моче Величину канальцевой реабсорбции Количество эритроцитов в моче</p>	<p>+Концентрационную способность почек Количество лейкоцитов в моче 354. Болезненное болезненное мочеиспускание называется - гематурия гипостенурия +странгурия протеинурия изостенурия 355. Признак нарушения суточного ритма выделения мочи -это Изостенурия анурия полиурия ишурия +никтурия 356. Уменьшение суточного количества мочи -это поллакиурия олигоурия + ишурия дизурия странгурия 357.Признаки нефротического синдрома: Зернистые цилиндры , лейкоцитурия, гипергликемия Диспротеинемия, лейкоцитурия, гиперхолестеринемия Гиперпротеинемия, цилиндрурия, гипохолестеринемия Гиполипидемия, протеинурия +Гиалиновые цилиндры, гиперлипидемия, протеинурия. 358. Гематурия –это: наличие лейкоцитов в моче наличие уратов в моче наличие оксалатов в моче +наличие эритроцитов в моче наличие фосфатов в моче 359. В развитии почечной гематурии играет роль Воспаление мочеточников снижение уровня факторов свертывания крови +повреждение мочеточников камнем понижение проницаемости капилляров клубочков</p>
--	---	---	---

повышение количества эритроцитов в крови	365. Для хронической почечной недостаточности характерно: Гиперкальциемия, гиперкалиемия, Гипокальциемия, остеодистрофия	370. Какие изменения в данном анализе мочи по Зимницкому характерны для заболеваний почек: относительная плотность колеблется в пределах 1007 - 1009; дневной диурез – 600 мл, ночной диурез – 200 мл, суточный диурез - 800 мл.	боли в костях носовое кровотечение
360. В развитии почечных отеков играет роль: гипоальдостеронемия, повышение содержания натрия	Гиперкальциемия, полифагия	375. Причиной заболевания крови может быть:	+Ионизирующая радиация
гипоальдостеронемия, понижение содержания калия	+Метаболический ацидоз, никтурия	полиурия	Бактерии
+ гипопроteinемия, гиперальдостеронемия	Метаболический алкалоз	гиперстенурия	Стресс
Гиперпротеинемия, повышение количества натрия	366. При нефритическом синдроме моча: зеленоватая черная.	+гипостенурия	Переедание гиподинамия
снижение синтеза белков, повышение количества калия	соломенно-желтая цвета «кофейной гущи»	анурия	
361. Один из механизмов развития отеков при нефротическом синдроме:	цвета «мясных помоев»	олигоурия	376. Положение больного при пальпации селезенки:
+снижение онкотического давления плазмы крови	367. У больного в биохимическом анализе крови выявлены: повышение уровня мочевой кислоты, мочевины. Какое исследование необходимо дополнительно провести больному для подтверждения диагноза хр. почечной недостаточности?	371. Укажите патологические признаки в анализе мочи по Зимницкому: относительная плотность колеблется в пределах 1015 - 1029; дневной диурез – 450 мл, ночной диурез - 550 мл, суточный диурез 1000 мл.	Лежит на левом боку +Лежит на правом боку Стоит Сидит Лежит на животе
снижение гидростатического давления плазмы крови	больному для подтверждения диагноза хр. почечной недостаточности?	анурия	
повышение онкотического давления плазмы крови	+Проба Реберга	гипостенурия	
задержка в крови и тканях ионов калия	Проба по Зимницкому	изостенурия	377. Боли в костях при заболеваниях крови возникают в результате:
снижение проницаемости стенки капилляров	Проба Нечипоренко	+никтурия	гипоксии тканей
362. Причина развития отеков при остонефритическом синдроме:	Анализ по Аддис-Каковскому	Полиурия	трофических нарушений
снижение гидростатического давления плазмы крови	Общий анализ мочи	372. Склонность к образованию почечных отеков у детей раннего возраста обусловлена:	+Гиперплазии костного мозга
+повышение проницаемости стенки капилляров	368. Признаками какого синдрома являются: отеки, головная боль, тошнота, слабость, боли в животе, аммиачный запах изо рта, геморрагии и следы расчесов на коже?	+ повышенной гидрофильностью тканей, более активной реабсорбцией натрия в почках	воспалительного процесса
задержка в крови и тканях ионов калия	тубуло-интерстициальных нарушений сердечной недостаточности	пониженной гидрофильностью тканей, меньшей реабсорбцией натрия в почках	гипоплазии костного мозга
Гидростатическое давление плазмы крови без изменений	хронической печеночной недостаточности	низкой чувствительностью канальцев к действию альдостерона	
снижение проницаемости стенки капилляров	+хронической почечной недостаточности	большим поступлением жидкости извне относительно высокой концентрацией АДГ	378. Пойкилоцитозом называется изменение эритроцитов по:
363. Изменения в моче и крови при нефротическом синдроме:	нефротического синдрома	373. Наиболее частыми причинами развития ХПН у детей раннего возраста являются:	Величине
+микроальбуминурия, гипопроteinемия	369. Причины и механизм развития синдрома почечных отеков	хронический пиелонефрит	+Форме
диспротеинемия, гиперкалиемия	повышение продукции альдостерона,	хронический пиелит	Окраске
гиперальбуминемия, гипергликемия	снижение продукции альдостерона, снижение синтеза белков	3. +врожденные пороки развития мочевыделительной системы и врожденные, наследственные нефропатии	Подвижности
лейкоцитурия, гипергаммаглобулинемия	+увеличение реабсорбции натрия, повышение продукции альдостерона	4. приобретенные пороки развития мочевыделительной системы	количества
гиперхолестеринемия, гипокалиемия	снижение реабсорбции натрия, повышение продукции альдостерона	5. хронический гломерулонефрит	379. Лейкоцитоз – это количество лейкоцитов в 1мкл крови:
364. К признакам хронической почечной недостаточности относятся:	повышение проницаемости стенки капилляров	374. Жалобы больных В 12-дефицитной анемией:	Меньше 4 * 10 x 9/л 4-8 * 10 x 9/л +Больше 9 * 10 x 9/л Больше 7 * 10 x 9/л Меньше 7 * 10 x 9/л
гиперкалиемия, гиперкальциемия		боли в правом подреберье	
+Гипокалиемия, метаболический ацидоз		мелена	380. При заболеваниях системы крови наиболее характерные изменения лимфоузлов?
гипофосфатемия, гипокальциемия		+жжение языка, извращение вкуса	Мягкие, болезненные, кожа над ними горячая, гиперемирована
гиперфосфатемия, гиперпротеинемия			
Гипернатриемия, метаболический алкалоз			

<p>Плотные, болезненные, образуют пакеты, нагнаиваются</p> <p>Безболезненные, плотные, бугристые, неподвижные</p> <p>+Безболезненные, не спаянные между собой, подвижные</p> <p>Мягкие, болезненные, изъязвленные</p> <p>381. При диагностике лейкоза проводится пункция:</p> <p>костей черепа</p> <p>+стерральная спинномозговая печеночная селезеночная</p> <p>382. Что такое койлонихии:</p> <p>Поперечная исчерченность ногтей</p> <p>Выпуклость ногтей в виде часовых стекол</p> <p>+Ложкообразные вдавления ногтей</p> <p>Ломкость ногтей</p> <p>Уплотнение ногтей</p> <p>383. Что такое хантеровский (гунтеровский) глоссит?</p> <p>Язык густо обложен белым налетом, сосочки гиперемированы</p> <p>Язык обложен желтоватым налетом, сосочки гиперемированы</p> <p>+Ярко-красный гладкий язык, сосочки атрофированы</p> <p>Отечный, увеличенный в размерах язык</p> <p>Язык обложен коричневым налетом, сосочки атрофированы</p> <p>384. Увеличение цветного показателя наблюдается при анемии:</p> <p>Гипопластической</p> <p>+В12-дефицитной</p> <p>Железодефицитной</p> <p>Гемолитической</p> <p>Железонасыщенной</p> <p>385. Некротическая ангина наблюдается у больных:</p> <p>После кровотечения</p> <p>+При остром лейкозе</p>	<p>При усиленном гемолизе</p> <p>При дефиците железа в организме</p> <p>При воспалении слизистой ротовой полости</p> <p>386. В диагностике геморрагического синдрома имеет значение изучение:</p> <p>Лейкограммы</p> <p>+Коагулограммы</p> <p>Гемограммы</p> <p>Миелограммы</p> <p>Трепанобиопсии</p> <p>387. Перкуторные величины селезенки по курлову:</p> <p>+6-8 см</p> <p>4-6 см</p> <p>5-7 см</p> <p>3-5 см</p> <p>7-9 см</p> <p>388. Основные жалобы больных с патологией органов кроветворения:</p> <p>повышенный аппетит</p> <p>жажда</p> <p>увеличение веса</p> <p>отеки</p> <p>+боли в костях</p> <p>389. Клинический признак синдрома лимфопролиферации:</p> <p>+безболезненные, увеличенные лимфоузлы</p> <p>деформация суставов</p> <p>гепатомегалия без спленомегалии</p> <p>понижение температуры тела</p> <p>койлонихии</p> <p>390. Основные жалобы для анемического синдрома:</p> <p>боли в эпигастральной области</p> <p>боли в правом подреберье</p> <p>кровоточивость десен</p> <p>+головокружение, шум в ушах</p> <p>боли в левом подреберье</p> <p>390. Основные жалобы для анемического синдрома:</p> <p>боли в эпигастральной области</p> <p>боли в правом подреберье</p> <p>кровоточивость десен</p> <p>+головокружение, шум в ушах</p> <p>боли в левом подреберье</p>	<p>391. У больной тяжесть в правом и левом подреберьях, лихорадка, увеличение шейных лимфоузлов, спленомегалия, в крови лейкоцитоз, лимфобласты, повышение СОЭ. Какое исследование необходимо провести дополнительно:</p> <p>биохимическое исследование крови</p> <p>рентген-исследование</p> <p>биопсию печени</p> <p>+трепанобиопсию</p> <p>исследование мочи</p> <p>392. Какие факторы лежат в основе развития острого лейкоза:</p> <p>+лучевые факторы, химические факторы</p> <p>переохлаждение</p> <p>вредные привычки</p> <p>нарушение обменных процессов</p> <p>аллергический фактор</p> <p>393. Какой лабораторный симптом является решающим в диагнозе острого лейкоза:</p> <p>анемия</p> <p>лейкопения</p> <p>тромбоцитопения</p> <p>+бластемия</p> <p>ускорение СОЭ</p> <p>394. Какой наиболее частый клинический симптом хронического миелолейкоза:</p> <p>лихорадка</p> <p>кровоточивость</p> <p>увеличение лимфатических узлов</p> <p>увеличение печени</p> <p>+увеличение селезенки</p> <p>395. Какой метод является наиболее информативным для подтверждения лимфопролиферативного синдрома при хроническом лимфолейкозе:</p> <p>лейкоцитарная формула крови</p> <p>биопсия печени</p> <p>пункция селезенки</p> <p>+биопсия лимфатического узла</p> <p>пункция печени</p> <p>396. Наличие какого показателя важно для диагноза железодефицитной анемии:</p>	<p>снижение гематокрита</p> <p>эритроцитоз</p> <p>+снижение гемоглобина</p> <p>снижение количества лейкоцитов</p> <p>гипербилирубинемия</p> <p>397. Пациент, 32 лет обратился к врачу по поводу слабости, тяжести в левом подреберье. Увеличена селезенка (длина 16см). Анализ крови: Л-120*10<sup>9</sup> со сдвигом формулы до промиелоцитов, увеличением количества базофилов и эозинофилов; уровень НВ и Тр в норме. Укажите синдром?</p> <p>+Миелопролиферативный</p> <p>Лимфопролиферативный</p> <p>Геморрагический</p> <p>Анемический</p> <p>Лейкемический</p> <p>398. Больная 35 лет страдает хроническим энтеритом. При исследовании крови обнаружена гипохромная анемия, гипотеинемия. Сывороточное железо составляет 5,6ммоль/л. Какой вид анемии у данной больной?</p> <p>+Железодефицитная</p> <p>Железонасыщенная</p> <p>В12-дефицитная</p> <p>В12-насыщенная</p> <p>Гемолитическая</p> <p>399. Больной 70лет поступил в стационар с пневмонией тяжелого течения. В общем анализе крови Л-80*10<sup>9</sup> с увеличением лимфоцитов до70%, выявлены тени Гумпрехта. НВ и ТР. В пределах нормальных величин. Какой описан синдром?</p> <p>Миелопролиферативный</p> <p>+Лимфопролиферативный</p> <p>Геморрагический</p> <p>Анемический</p> <p>Лейкемический</p>
--	--	--	--

<p>400. Больная Д, 60 лет поступила с жалобами на резко выраженную общую слабость, головокружение, ощущение ватных ног. Больна в течение 2 лет. Об-но: Одутловатость лица, бледность кожных покровов с желтушным оттенком, субиктеричность склер. Дыхание везикулярное, тоны приглушены, систолический шум во всех точках. Сосочки языка сглажены, печень выступает на 2 см. ОАК: НВ-50 г/л; Эр-2,0*10<sup>12</sup>; Цв. Пок. -1,3; Л-2,5*10<sup>9</sup>; Тр -70*10<sup>9</sup>; Кака я анемия у больной? Железодефицитная +В12-дефицитная Сидеробластная Гемолитическая Гипопластическая</p>	<p>алиментарный фактор</p> <p>404. Анизозитозом называют изменение эритроцитов по: +величине форме окраске подвижности числу</p> <p>405. Какое изменение характерно для апластической анемии? Фуникулярный миелоз койлонихии Повышение количества ретикулоцитов в крови Повышение содержания железа в крови +Отсутствие эритробластов в костном мозгу</p>	<p>одинаковое количество нейтрофилов и лимфоцитов; увеличение количества моноцитов снижение количества лимфоцитов</p> <p>410. Первый перекрест в лейкоцитарной формуле крови у детей отмечается в возрасте: 1. 2-3 дней жизни 2. + 4-5 дней жизни 3. 10-11 дней жизни 4. 5-6 месяцев жизни 5. 1 года</p> <p>411. Анемия у детей диагностируется при снижении уровня гемоглобина ниже: 1. 100 г/л 2. +110 г/л 3. 120 г/л 4. 130 г/л 5. 140 г/л</p> <p>412. Объективный осмотр при синдроме гипергликемии может выявить: бледность кожных покровов цианотичный румянец +рубцоз энофтальм экзофтальм</p> <p>413. Осложнения синдрома гипергликемии: дыхательная недостаточность васкулиты, петехии +ретинопатия, атеросклероз перикардит гиперсаливация</p>	<p>416. Синдром гипокортицизма характеризуется: высокое АД, гипертрихоз +низкое АД, гиперпигментация высокое АД, симптом Грефе низкое АД, маскообразное лицо симптом Мари</p> <p>417. Причины гипогликемической комы: перегревание недостаточная выработка инсулина +передозировка инсулина переохлаждение недосыпание</p>
<p>401. Больная Г., 40 лет обратилась с жалобами на кровоизлияния на коже, возникающие при незначительных механических воздействиях, частые носовые кровотечения. Считает себя больной после перенесенного гриппа. Об-но: множественные подкожные мелкоточечные кровоизлияния и кровоподтеки. Положительный симптом Кончаловского. Определите ведущий синдром? +Геморрагический Анемический Гипопластический Лимфолиферативный Миелолиферативный</p>	<p>406. Показатели гемоглобина у здорового человека? 40 – 60 г/л 60 – 90 г/л 100 – 110 г/л +120 – 140 г/л выше 160 г/л</p> <p>407. К органам кроветворения ребенка после рождения относится: 1. печень; 2. легкие; 3. селезенка; 4. скопление лимфоидной ткани; 5. +костный мозг;</p>	<p>414. Для гипергликемической комы характерно: расширение глазной щели +запах ацетона изо рта сужение глазной щели холодный липкий пот боль за грудиной</p> <p>415. Для синдрома гиперкортицизма характерно: бронзовый оттенок кожи +стрии на теле сухость кожных покровов, следы расчесов экзофтальм. энофтальм</p>	<p>418. Симптомы гипергликемической комы: бледность кожных покровов и видимых слизистых полиурия +сухость кожных покровов, гипотония мышц гипертонус мышц повышение тонуса глазных яблок</p> <p>419. При синдроме гиперкортицизма бывает: ожирением +кушингоидным типом ожирения артериальной гипертензией, экзофтальмом кахексией отеками</p> <p>420. Для подтверждения синдрома гиперкортицизма в анализах мочи определяют: мочевую кислоту уробилин альдостерон +кето- и оксикетостероиды ацетон</p> <p>421. Характерный симптом синдрома гиперкортицизма: гигантизм нанизм +ожирение верхней половины туловища ожирение, отеки на ногах бронзовый оттенок кожи</p>
<p>402. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии являются: + кровопотери глистная инвазия гиповитаминоз резекция желудка недостаточное поступление железа с пищей</p> <p>403. Наиболее частой причиной В12 – дефицитной анемии являются: кровопотери глистная инвазия +атрофия желез желудка беременность</p>	<p>408. Для лейкоцитарной формулы здоровых детей первых дней жизни характерно: +преобладание нейтрофилов; преобладание лимфоцитов; одинаковое количество нейтрофилов и лимфоцитов; кол-во нейтрофилов меньше лимфоцитов сдвиг нейтрофилов «вправо»</p> <p>409. Особенности лейкоцитарной формулы здоровых детей первых лет жизни являются: преобладание нейтрофилов; +преобладание лимфоцитов;</p>		

422. Основные жалобы больных с синдромом гипергликемии: одышка никтурия странгурия +повышенный аппетит, сухость кожи сниженный аппетит, гиперпигментация кожи	+мягкие глазные яблоки, гипотонус мышц холодный липкий пот ригидность мышц	+стрии на теле пульсация в эпигастральной области «пляска каротид» деформация грудной клетки	ожирение артериальная гипертензия переохлаждение
423. Достоверные лабораторные признаки синдрома гипергликемии: гипогликемия, гипохолестеринемия +гипергликемия, гиперхолестеринемия гипогликемия гиперазотемия гипербилирубинемия	429. К развитию гипогликемической комы приводят: гиподинамия недостаточная выработка инсулина физическая нагрузка, переедание +физическая нагрузка, голодание переохлаждение	435. Жалобы больных с гипотиреозом: раздражительность, нарушение сна поносы лихорадка +слабость, снижение памяти дрожь в теле	441. Характерный внешний вид больных со сниженной функцией щитовидной железы: 1.+лицо одутловатое 2.тревожное выражение лица 3.блеск глаз 4.отеки на ногах 5.влажность кожных покровов
424. При синдроме гипергликемии наблюдается: повышенное содержание трансаминаз пониженное содержание трансаминаз повышенное содержание лактатдегидрогеназы +недостаточная продукция инсулина избыточная секреция альдостерона	430. При синдроме гиперкортицизма наблюдается: равномерное ожирение дефицит веса +артериальная гипертензия артериальная гипотензия слизистый отек	436. Осмотр больных со сниженной функцией щитовидной железы выявляет: офтальмопатию лунообразное лицо +сужение глазных щелей стрии на теле потливость	442. Основными жалобами при синдроме гипергликемии являются: 1.раздражительность, влажность кожных покровов 2.частое, болезненное мочеиспускание 3.повышенный аппетит, зуд кожи + 4.гиперсаливация 5.сниженный аппетит, уплотнение кожных покровов
425. При синдроме гиперкортицизма выявляют: +ожирение, артериальную гипертензию рубероз портальную гипертензию симптом Кохера симптом Грефе	431. Основные клинические симптомы характерные для гиперфункции щитовидной железы: брадикардия отечность лица тахикардия + сонливость лунообразное лицо	437. Жалобы больных с патологией эндокринной системы: отеки на ногах по вечерам мелькание «мушек» перед глазами кашель по утрам, кровохарканье +сердцебиение, дрожь в теле отеки на лице	443. Достоверные лабораторные признаки синдрома гипергликемии: 1.гипергаммаглобулинемия 2. +глюкозурия 3.гипохолестеринемия 4.гипогликемия 5.гипербилирубинемия
426. Проявлениями синдрома гипокортицизма бывают: артериальная гипертензия ожирение +артериальная гипотензия кушингоидный тип ожирения гиперкератоз	432. Для гипотиреоза характерным признаком является: раздражительность тремор тахикардия +брадикардия экзофтальм	438. Причинами развития патологии эндокринной системы могут быть: артериальная гипотония артериальная гипертензия +инфекционные заболевания заболевания печени заболевания почек	444. Причинами синдрома гипергликемии могут быть: 1.повышенное артериальное давление 2.избыточная секреция инсулина 3.избыточная секреция липазы 4. +недостаточность гормона инсулина 5.избыточная секреция альдостерона
427. При снижении функции щитовидной железы развивается: 1+уплотнение кожи 2.запах ацетона изо рта 3.следы расчесов 4.офтальмопатия 5.повышение тонуса глазных яблок	433. При гиперфункции щитовидной железы имеет место: симптом Крюкова симптом Елинека + симптом Мюссе симптом Квинке симптом Ортнера	439. Для синдрома гипергликемии характерным признаком является: потливость поллакиурия, странгурия +полидипсия, полиурия гиперсаливация гиперкератоз	445. Клинические проявления гипергликемической комы: расширение глазной щели асцит, сухость кожи гипергидроз гипертонус мышц +гипотонус мышц, снижение сухожильных рефлексов
428. Симптомы гипергликемической комы: расширение глазной щели потеря сознания, гипертонус мышц	434. Симптомы, характерные для заболеваний эндокринной системы: приступы загрудинных болей	440. Причинами снижения функции щитовидной железы могут быть: +лечение радиоактивным йодом артериальная гипотензия	446. Синдромом гиперфункции щитовидной железы чаще встречается у:

1.мужчин  
2. +женщин  
3.пожилых людей  
4.жителей эндемичных районов  
5.детей дошкольного возраста

447. У ребенка А , 11 лет, симптомокомплекс: задержка роста, адинамия, снижение аппетита, брадикардия, большой язык, запоры. Определите для какого патологического состояния характерны данные признаки:  
несахарного диабета  
болезни Иценго-Кушинга  
+гипотиреоза  
гипертиреоза  
болезни Симмондса

448. Парацитовидная железа у детей оказывает влияние на:  
углеводный обмен  
+фосфорно-кальциевый обмен  
усиливает распад жиров  
синтез белков и аминокислот  
задерживает выведение фосфора с мочой

449. Дисдиадохокинез – это:  
нарушение чувствительности  
+нарушение координационных проб  
нарушение памяти  
нарушение движений  
нарушение речи

450. Для эпилепсии характерно:  
нарушение речи  
+клонико-тонические судороги  
ясное сознание  
нарушение чувствительности  
нарушение зрения

451. Сопор – это:  
изменение состояния больного  
нарушение речи  
+ нарушение сознания больного  
нарушение движений  
нарушение памяти

452. Афония – это:  
нарушение движений  
нарушение памяти  
признак нарушения слуха  
+нарушение речи

нарушение сознания  
453. Рефлексы бывают:  
глубокие, внутренние  
поверхностные,внешние  
внутренние,сухожильные  
внешние

+сухожильные, поверхностные

454.При менингите бывает:  
парезы, параличи, симптом Бабинского  
гипотермия, тошнота, рвота  
головная боль, тошнота, рвота, параличи  
верхний симптом Бабинского  
+ригидность затылочных мышц, головная  
боль,симптом Бабинского

455. У больного с длительным анамнезом по артериальной гипертензии внезапно развилась моторная афазия, разглаживание носогубной складки слева, отклонение языка вправо, паралич правых конечностей. АД – 170/100. Больному выставлен диагноз: «ишемический инсульт». Какие еще изменения могут быть у больного?  
иктерус, афазия  
+гипо- или гиперрефлексия, гипостезия  
гипертермия, гипостезия  
гипостезия, цианоз, пастозность лица

456. Больному Н.,48 л., выставлен диагноз «субарахноидальное кровоизлияние». Какие виды нарушения есть у больного?  
симптом Брудзинского и Ортнера  
параличи, парезы, гиперкинезы,  
гиперкинезы, симптом Мюссе  
+симптом Брудзинского, параличи, парезы  
симптом Ортнера, гиперемия

457. Афазия бывает:  
координационная, моторная  
моторная, глубокая  
глубокая, сенсорная  
поверхностная, рефлекторная  
+сенсорная, моторная

458. К нарушениям речи относятся:  
деменция, дизартрия,афония  
+дизартрия, афония, афазия  
афония,дислексия  
афазия,анестезия,амблиопия  
анестезия,афазия

459. У больного с жалобами на сильные головные боли, тошноту, однократную рвоту, высокую температуру, появившиеся после переохлаждения, доктор определил двусторонний симптом Кернига. О каком синдроме должен подумать доктор?  
ишемический инсульт  
судорожный синдром  
отставания в развитии нервно-психического статуса  
геморрагический инсульт  
+менингеального синдрома

460.Рефлексы, вызванные с трехглавой и двуглавой мышц, называются:  
поверхностными  
сухожильными  
координационными  
+глубокими  
безусловными

461. У больного 35л. выявлены симптомы: Кернига, ригидность затылочных мышц, верхний и нижний Брудзинского. Какой это синдром?  
нарушения координации  
нарушения мозгового кровообращения  
судорожный  
+менингеальный  
нервно-мышечный

462. Парез – это:  
повышенная мышечная сила  
усиление рефлексов поверхностных  
отсутствие мышечной силы  
+снижение мышечной силы  
усиление рефлексов глубоких

463. Глубокие рефлексы – это:  
запястно-лучевой , брюшной,глотательный  
рефлексы,  
ахиллов ,запястно-лучевой, кашлевой  
рефлексы,  
глотательный ,брюшной,запястно-лучевой  
рефлексы  
+брюшной, ахиллов,запястно-лучевой  
рефлексы  
кашлевой ,ахиллов,коленный рефлексы

464. Координационные пробы – это:  
поза «лотоса», коленно-пяточная,  
пальценосовая пробы

поза Ромберга, коленно-локтевая, коленно-пяточная пробы  
+дисдиадохокинез, пальценосовая, коленно-пяточная пробы  
пальценосовая проба,дисдиадохокинез, поза «лотоса»  
пальцевушная проба, пальценосовая проба, дисдиадохокинез

465. Ребенку 7л., выставлен диагноз менингококкового менингита. На основании каких характерных симптомов может быть подтвержден данный диагноз?  
общая гиперестезия, симптомы Квинке и Кернига  
общая анестезия, гиперкинезия, симптом Брудзинского  
симптом ы Квинке, Бабинского, Брудзинского  
+симптом Брудзинского, Кернига, общая гиперестезия  
симптом Кернига, Бабинского, афазия

466. В приемный покой доставлен больной, у которого врач выявил отсутствие сознания, нарушение дыхания, клонико-тонические судороги. О каком синдроме Вы думаете?  
синдром дыхательной недостаточности  
менингеальный синдром  
+эпилептический синдром  
синдром нарушения мозгового кровообращения  
корешковый синдром

467.У больного, находящегося на лечении, врач выявил бледно-цианотичное лицо, нарушение сознания, амнезию, продолжающиеся клонико-тонические судороги. Для какого синдрома это характерно:  
+судорожного  
менингеального  
внутричерепной гипертензии  
инсульта  
пирамидальных нарушений

468. Больному с ишемическим инсультом доктор проводит неврологическое исследование и определяет состояние чувствительности. Какие виды нарушения чувствительности он должен выявить при данной патологии?

гиперестезия, нормоестезия, агнозия  
нормоестезия, анальгезия, гипоестезия  
+анальгезия, гиперестезия, гипоестезия  
гипоестезия, биестезия, агнозия  
агнозия, амблиопия, анестезия

469. У детей раннего возраста многие соматические и инфекционные заболевания чаще протекают с токсическим поражением ЦНС. Как Вы объясните причину данного явления?

+обильным кровоснабжением головного, высокой проницаемостью ГЭБ  
ограниченным кровоснабжением головного мозга

высокими темпами развития ЦНС  
низкой проницаемостью ГЭБ  
хорошим оттоком крови от головного мозга

470. Частое возникновение отека мозга при заболеваниях у детей 1 года жизни обусловлено:

высокой проницаемостью ГЭБ  
ограниченным кровоснабжением головного мозга  
высокими темпами развития ЦНС  
недостаточным содержанием воды в нервной ткани

+ограниченным оттоком крови от головного мозга, гидрофильностью нервной ткани

471. Безусловные рефлексы, сохраняющиеся на всю жизнь –это:  
+роговичный, глотательный, конъюнктивальный сосательный хоботковый хватательный рефлекс Бабинского

472. Показатель нервно-психического развития ребенка в возрасте 6 месяцев: гулит ползает узнает мать

самостоятельно сидит  
+произносит отдельные слоги

473. Уровень развития речи у ребенка 12 месяцев:  
многократное повторение слогов  
+произносит 10-12 слов  
читает короткие стихи  
формирует короткие предложения  
исполняет короткие песни

474. Наиболее вероятная причина поражения коленных суставов:  
+Повышенный вес  
Повышение артериального давления  
Стенокардия

Стресс  
Гипокалиемия  
475. Причиной заболевания суставов может быть:  
Нарушение обмена калия  
Нарушение обмена витаминов группы В  
Нарушение углеводного обмена  
+Нарушение обмена мочевой кислоты  
Нарушение обмена магния

476. Какие данные осмотра говорят о патологии позвоночника?  
1. Лордоз поясничного отдела позвоночника  
2. Кифоз грудного отдела позвоночника  
3. + Выпрямление поясничного лордоза  
4. Симптом Томмайера = 0 см  
5. Лордоз шейного отдела позвоночника

477. Какие данные осмотра сустава говорят о его патологии?  
1. Температура кожи над суставом обычная  
2. Форма сустава сохранена  
3 + Деформация сустава  
4. Имеются ротационные движения в суставе  
5. Движения в суставе сохранены

478. Объективный признак патологии сустава:  
1. Боль в суставе  
2. +Увеличение объема сустава  
3. Движения в суставе в полном объеме  
4. Утренняя скованность в суставах  
5. Ревматоидный артрит у близкого родственника

479. Какой признак говорит о патологии сустава?

1. Форма сустава сохранена  
2. Движения в суставе сохранены  
3. Температура кожи над суставом обычная  
4. +Гипертермия кожи в области сустава  
5. Имеются сгибательные движения в суставе

480. Утиная походка характерна для:  
1. Поражения обоих коленных суставов  
2. +Поражения обоих тазобедренных суставов  
3. Поражения поясничного отдела позвоночника

4. Поражения одного голеностопного сустава  
5. Поражения одного тазобедренного сустава

481. Одной из причин воспалительного заболевания суставов является:  
1. +Наследственная предрасположенность  
2. Ожирение  
3. Сахарный диабет  
4. Пожилой возраст  
5. Длительная иммобилизация конечности

482. Характерная жалоба при ревматоидном артрите:  
Боли в поясничном отделе позвоночника  
Ограничение движений в грудном отделе позвоночника  
Лихорадка 39°C  
+Утренняя скованность

Движения в суставе сохранены

483. Характерная жалоба при подагрическом артрите:  
Сильная боль в 2-м и 3-м проксимальных межфаланговых суставах кистей  
Утренняя скованность  
Стартовая боль  
Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника  
+Сильная боль в 1-м плюснефаланговом суставе стопы

484. Наиболее характерный признак воспаленного сустава при осмотре:  
Неравномерная деформация сустава  
Депигментация кожи над суставом  
+Гиперемия кожи над суставом  
Контрактура сустава  
Папулезная сыпь в области сустава

485. Наиболее характерный признак анкилозирующего спондилоартрита, выявляемый при осмотре:  
Кифосколиоз  
+ «Поза просителя»  
Гиперлордоз поясничного отдела позвоночника  
Сколиоз

Припухлость коленных суставов

486. Признак воспалительного поражения суставов в биохимическом анализе крови:  
1. +Повышение фибриногена  
2. Повышение общего холестерина  
3. Повышение общего холестерина  
4. Гипербилирубинемия  
5. Гипопротеинемия

487. При остеоартрозе больных больше беспокоит:  
Артралгия в покое  
Боль в суставе распирающего характера  
+Стартовая боль в суставе  
Скованность в суставе  
Отек в области сустава

488. Наиболее вероятной причиной остеоартроза является:  
1. +Травма сустава в анамнезе  
2. Вирусная инфекция  
3. Адинамия

4. Ревматическая лихорадка  
5. бактериальная инфекция

489. Одной из причин остеоартроза может быть:  
Голодание  
+Избыточный вес

Утренняя гигиеническая гимнастика  
Нарушение липидного обмена  
Заболевание мочевыделительной системы

490. При остеоартрозе происходит:  
1. Воспаление синовиальной ткани  
2. Разрушение костной ткани  
3. Воспаление околосуставных мягких тканей  
4. +Поражение хрящевой ткани суставов  
5. Поражение связочного аппарата вокруг сустава

491. Для остеоартроза наиболее характерным изменением сустава является:

<p>Сустав шарообразной формы Сустав увеличен в объеме, кожа над ним гиперемирована Ограниченная припухлость в околосуставной области Вынужденное положение сустава в позе разгрузки (сгибание) +Грубое нарушение формы сустава 492. Для остеоартроза наиболее характерно: 1.+Боль в суставе усиливается при нагрузке в конце дня 2.Боль в суставе сохраняется и в покое 3.Летучий характер артралгий 4.Боль в суставе и в окружающих мягких тканях 5.Боль разлитая по всей поверхности сустава 493. Узелки Гебердена это: 1.+Плотные узелки в тыльно-разгибательной поверхности дистальных межфаланговых суставах кистей 2.Подкожные узелки в области сухожилий разгибателей 3.Подкожные узелки на разгибательной поверхности суставов 4.Узелки в тыльно-разгибательной поверхности проксимальных межфаланговых суставах кистей 5.Подкожные узелки в области ушных раковин 494. Узелки Бушара это: Подкожные узелки в области век Узелки в тыльно-разгибательной поверхности дистальных межфаланговых суставах кистей Подкожные узелки на разгибательной поверхности суставов Подкожные узелки в области сухожилий сгибателей +Плотные узелки в тыльно-разгибательной поверхности проксимальных межфаланговых суставах кистей 495. Признаком остеоартроза при физикальном исследовании является: Ограничение активных движений в суставе Ограничение активных движений в определенных направлениях Временное ограничение подвижности сустава</p>	<p>Ограничение активных и пассивных движений во всех направлениях +Хруст (грубая крепитация) в суставе при исследовании его подвижности 496. Болезненность суставов определяется: Перкуссией сустава УЗИ сустава +Пальпацией сустава Перкуссией сустава неврологическим молоточком Термографией сустава 497. Объем движений в суставах измеряется в: сантиметрах миллиметрах дюймах +градусах минутах 498. Genu valgum это: 1.Асимметричная дефигурация коленных суставов 2.+О-образные ноги 3.Х-образные ноги 4.Симметричная дефигурация коленных суставов 5.Припухлость одного коленного сустава 499. «Поза просителя» это: Сглаживание шейного лордоза и выпрямление грудного кифоза +Шейный гиперлордоз и грудной кифоз Выпрямление грудного кифоза и сглаживание поясничного лордоза Кифосколиоз грудного отдела позвоночника Гиперлордоз поясничного отдела позвоночника 500. Ночные боли в ногах у детей дошкольного и школьного возраста связаны с: <i>остеопорозом</i> <i>+отставанием роста мышц и связок от роста костей</i> <i>артритами</i> <i>перенесенным рахитом</i> <i>инфекционными заболеваниями</i></p>	<p>501. У пациентки 45 лет, лицо с расширенными глазными щелями, усиленным блеском глаз, пучеглазием, придающим лицу выражение испуга. Для патологии какой системы характерно такое выражение лица: 1. эндокринной + 2. дыхательной 3. сердечно-сосудистой 4. пищеварительной 5. мочевыделительной</p> <p>502. При оценке формы грудной клетки определены следующие параметры: переднезадний размер грудной клетки приближается к боковому; надключичные ямки отсутствуют. Угол соединения тела и рукоятки грудины выражен значительно; эпигастральный угол больше 90°. Направление ребер в боковых отделах приближается к горизонтальному, межреберные промежутки уменьшены. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Для какой формы грудной клетки это характерно: 1. нормостенической 2. гиперстенической + 3. астенической 4. ладьевидной 5. рахитической</p> <p>503. У больного М., 58 лет, наблюдается кашель и отхождение большого количества гнойной мокроты по утрам при перемене положения тела. Для какого синдрома характерна эта картина: 1. бронхоспазма 2. воспалительной инфильтрации легких 3. ателектаза 4. расширения бронхов + 5. наличия воздуха в плевральной полости</p>	<p>504. У мужчины, 40 лет, с повышенной массой тела, после эмоциональной нагрузки беспокоят загрудинная боль сжимающего характера, иррадиирующая в левое плечо, левую руку, слабость. Продолжительность болей около 30 секунд, боли хорошо снимаются нитроглицерином. О развитии какого синдрома можно предположить: 1. дыхательной недостаточности 2. коронарной недостаточности + 3. острой сосудистой недостаточности 4. сердечной недостаточности 5. артериальной гипотензии</p> <p>505. У больного 50 лет, страдающего ожирением, нарушением липидного обмена развился приступ резчайших болей за грудиной. Боли носят жгучий, распирающий характер, иррадиируют в левое плечо, левую руку, их продолжительность более часа. Боли не снимаются нитроглицерином. При осмотре бледность кожных покровов, тахикардия, тоны сердца глухие, АД снижено. О развитии какого синдрома можно предположить: 1. артериальной гипертензии 2. острой коронарной недостаточности + 3. острой левожелудочковой недостаточности 4. хронической сердечной недостаточности 5. недостаточности трехстворчатого клапана</p> <p>506. На электрокардиограмме больного имеются следующие данные: электрическая ось сердца отклонена влево; зубец S высокий в V1, V2; зубец R высокий в V5, V6. Эти показатели являются ЭКГ признаками: 1. гипертрофии правого предсердия 2. гипертрофия левого предсердия 3. гипертрофии правого желудочка 4. гипертрофии левого желудочка + 5. ишемии миокарда</p>
--	---	--	---

507. При оценке формы грудной клетки определены следующие параметры: переднезадний размер грудной клетки приближается к боковому; надключичные ямки отсутствуют. Угол соединения тела и рукоятки грудины выражен значительно; эпигастральный угол больше 90°. Направление ребер в боковых отделах приближается к горизонтальному, межреберные промежутки уменьшены. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Какая форма грудной клетки у больного это характерно:

1. нормостеническая
2. гиперстеническая +
3. воронкообразная
4. ладьевидная
5. эмфизематозная

508. Для выявления подвижности нижних краев легких используют метод:

1. поверхностной пальпации
2. глубокой пальпации
3. сравнительной перкуссии
4. топографической перкуссии +
5. аускультации

509. У больного Н., 47 лет, наблюдается кашель и отхождение большого количества гнойной мокроты по утрам при перемене положения тела. Для какого синдрома характерна эта картина:

1. бронхоспазма
2. воспалительной инфильтрации легких
3. ателектаза
4. наличия полости в легких +
5. наличия воздуха в плевральной полости

510. Причиной патологического ослабления везикулярного дыхания является:

1. выраженное отложение жира в подкожно-жировой клетчатке
2. очень развитая мускулатура
3. тонкая грудная клетка
4. повышенная воздушность легких +
5. физическая нагрузка

511. В зависимости от характера патологического процесса влажные хрипы могут быть:

1. свистящие
2. жужжащие
3. звучные (консонизирующие) +
4. гудящие
5. басовые

512. Условием образования крепитации из ниже перечисленного является:

1. наличие вязкого секрета в бронхах
2. бронхоспазм
3. наличие в просвете альвеол жидкого секрета +
4. наличие рубцов на плевральных листках
5. резкая сухость плевральных листков

513. При исследовании мокроты выявлено следующее: количество мокроты 700 мл, зеленовато-желтого цвета со зловонным запахом. При микроскопии найдены в большом количестве эластичные волокна, единичные эритроциты. При каком синдроме встречаются эти признаки:

1. ателектаза
2. воспалительной инфильтрации лёгких
3. наличия полости в легком +
4. наличия жидкости в полости плевры
5. бронхоспазма

514. Как меняется бронхофония над областью поражения при одностороннем накоплении жидкости в полости плевры:

1. будет усилена с обеих сторон
2. будет усилена над областью поражения
3. будет усилена на противоположной стороне
4. бронхофония не меняется
5. бронхофония не будет определяться над областью поражения +

515. Как меняется голосовое дрожание при синдроме воспалительной инфильтрации легочной ткани:

1. усилено над областью поражения +

2. ослаблено над областью поражения
3. не меняется над областью поражения
4. не определяется над всей поверхностью легких
5. не определяется на противоположной стороне от поражения

516. Какие аускультативные данные из ниже перечисленного характерны для синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани:

1. ясное, везикулярное дыхание
2. крепитация +
3. удлинение выдоха
4. крупнопузырчатые влажные хрипы
5. сухие свистящие хрипы

517. Какие аускультативные данные характерны над областью поражения при синдроме наличия воздуха в полости плевры:

1. ясное везикулярное дыхание
2. усиленное везикулярное дыхание
3. резко ослабленное везикулярное дыхание +
4. амфорическое дыхание
5. сухие хрипы

518. Какие аускультативные данные характерны для компрессионного ателектаза:

1. влажные хрипы
2. сухие хрипы
3. бронхиальное дыхание +
4. шум трения плевры
5. крепитация

519. Причиной компрессионного ателектаза является:

1. закупорка бронха инородным телом
2. бронхоспазм
3. воспалительная инфильтрация легкого
4. сдавление легкого плевральным выпотом +
5. бронхоэктаз

520. У больного с жалобами на озноб, лихорадку, боли в грудной клетке, сухой кашель появилось выделение большого количества гнойной мокроты «полным ртом», температура снизилась. Для какого синдрома при патологии органов дыхания характерна такая клиническая картина:

1. бронхоспазма
2. расширения бронхов
3. расширения легких
4. наличия полости в легком +
5. воспалительной инфильтрации легких

521. У больного с одышкой, сухим кашлем, болями в грудной клетке при осмотре определяется асимметрия грудной клетки с взбуханием межреберных промежутков слева, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, перкуторно тупой звук. Там же дыхание не выслушивается. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки слева выявлено гомогенное затемнение с косым расположением верхней границы. Для какого синдрома характерна данная клиническая картина:

1. бронхоспазма
2. расширения бронхов
3. воспалительной инфильтрации легких
4. наличия жидкости в полости плевры +
5. наличия воздуха в полости плевры

522. У больного с жалобами на одышку, повышение температуры тела при осмотре выявлены усиление голосового дрожание в правой подлопаточной области, тем же отмечается притупление перкуторного звука; при аускультации определяются усиление бронхофонии и бронхиальное дыхание. Для какого синдрома при патологии органов дыхания характерна данная клиническая картина:

1. бронхоспазма
2. расширения бронхов
3. наличия воздуха в полости плевры
4. наличия жидкости в полости плевры
5. воспалительной инфильтрации легких +

<p>523. Какая жалоба характерна для синдрома расширения легких (эмфиземы):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. кашель с большим количеством гнойной мокротой</li> <li>2. кашель со слизистой мокротой</li> <li>3. кровохарканье</li> <li>4. одышка +</li> <li>5. боль в грудной клетке</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. исследование мокроты</li> <li>2. бронхоскопия</li> <li>3. рентгенография</li> <li>4. определение газов крови</li> <li>5. пневмотахометрия +</li> </ol>	<p>Патологических формах грудной клетки; резком похудении</p>	<p>538. Правила проведения аускультации легких: Выслушивание начинать с подлопаточных областей Выслушивание производить в фазу вдоха Выслушивание производить в обе фазы дыхания; + Выслушивание производить в фазу выдоха Выслушивание производить при задержке дыхания</p>
<p>524. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у больного с патологией дыхательной системой выявлены повышенная прозрачность легочных полей, ослабление легочного рисунка, низкое расположение и малая подвижность диафрагмы. Для какого синдрома характерна данная картина:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. воспалительной инфильтрации легочной ткани</li> <li>2. наличия воздуха в плевральной полости</li> <li>3. наличия жидкости в плевральной полости</li> <li>4. ателектаза</li> <li>5. расширения легких (эмфиземы) +</li> </ol>	<p>528. Какой метод исследования имеет диагностическое значение для выявления синдрома наличия жидкости в плевральной полости:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. исследование мокроты</li> <li>2. бронхоскопия</li> <li>3. рентгенография +</li> <li>4. определение газов крови</li> <li>5. пневмотахометрия</li> </ol>	<p>533. Изменение перкуторного звука при патологических процессах обусловлено: Уменьшением содержания или полным отсутствием воздуха в части легкого; + Массой или толщиной легочного слоя в зависимости от анатомического строения; Толщиной подкожно-жировой клетчатки Выраженностью и развитостью мышечной ткани Влиянием на перкуторный звук соседних органов.</p>	<p>539. Причины патологического ослабления везикулярного дыхания: Спазм бронхов Сильно развитая мускулатура; Воспалительное набухание альвеолярных стенок; + Ожирение Воспалительное набухание слизистой бронхов</p>
<p>525. При каком синдроме наибольшее диагностическое значение имеет бронхоскопия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. воспалительной инфильтрации легочной ткани</li> <li>2. наличия воздуха в плевральной полости</li> <li>3. наличия жидкости в плевральной полости</li> <li>4. расширения бронхов +</li> <li>5. расширения легких (эмфиземы)</li> </ol>	<p>529. При осмотре кожи и слизистых оболочек при дыхательной недостаточности выявляют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. желтушность</li> <li>2. бледность кожных покровов</li> <li>3. синюшное окрашивание кожи (цианоз) +</li> <li>4. наличие кровоизлияний</li> <li>5. депигментацию кожи</li> </ol> <p>530. Смещение нижней границы легких вверх определяется при: Ателектазе; + Синдроме воспалительной инфильтрации легких Эмфиземе легких; Синдроме нарушенной бронхиальной проходимости Спланхноптозе.</p>	<p>534. Уменьшение активной подвижности нижнего края легких происходит при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. очаговом туберкулезе</li> <li>2. одышке</li> <li>3. спазме бронхов</li> <li>4. Наличие жидкости в плевральной полости; +</li> <li>5. Воспалительной инфильтрации бронхов.</li> </ol> <p>535. Подвижность нижних краев легких по среднеключичной линии: 8-10 см 2-4 см 6-8 см 4-6 см + 10-12 см</p>	<p>540. Причины патологического ослабления везикулярного дыхания: Воспалительное набухание слизистой бронхов Спазм бронхов Сильно развитая мускулатура Правожелудочковая недостаточность Накопление воздуха в плевральной полости; +</p>
<p>526. Выберите метод функционального исследования системы внешнего дыхания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. спирометрия +</li> <li>2. флюорография</li> <li>3. бронхография</li> <li>4. анализ мокроты на атипичные клетки</li> <li>5. анализ мокроты на чувствительность к антибиотикам</li> </ol>	<p>531. Физиологическое притупление ясного легочного звука определяется над: В межлопаточной области Над верхушкой левого легкого; В правой подмышечной области; Во II - III межреберье слева; + В левой подмышечной области.</p>	<p>536. Наилучшее положение больного для аускультации легких: лежа на правом боку; лежа на спине; лежа на животе; сидя с положенными на колени руками; + стоя.</p>	<p>541. Причины патологического ослабления везикулярного дыхания: Воспалительное набухание слизистой бронхов Спазм бронхов Сильно развитая мускулатура; Физическая нагрузка Накопление экссудата в плевральной полости +</p>
<p>527. Какой метод исследования имеет диагностическое значение для выявления скрытой дыхательной недостаточности:</p>	<p>532. Физиологическое притупление легочного звука наблюдается при: Астеническом типе телосложения; Скоплении жидкости в плевральной полости; Ожирении; +</p>	<p>537. Хрипы по латински: Puer; Saccus; Inspectio; Constitutio; Ronchi. +</p>	<p>542. Наилучшие места выслушивания легких II межреберье справа; III – IV межреберье слева; подмышечные области + надлопаточные области над верхушками легких.</p>

<p>543. Механизм возникновения влажных хрипов: Трение листков плевры; Сужение просвета бронхов вследствие отека слизистой оболочки; Скопление в просвете бронхов отечной жидкости; Бронхоспазм Скопления в просвете бронхов вязкой мокроты. +</p>	<p>тонкая грудная клетка у детей и подростков. + воспалительная инфильтрация легочной ткани</p> <p>549. Признаки шума трения плевры: Выслушивается в обе фазы дыхания + Выслушивается в фазу вдоха После кашля исчезает Выслушивается в фазу выдоха Ослабевает при надавливании стетоскопом на грудную клетку</p>	<p>+ Выслушиваются при отсутствии движения воздуха по бронхам в момент смещения диафрагмы (втягивание и выпячивание большим живота); После кашля исчезает Выслушивается на высоте вдоха + Выслушивается в фазу выдоха</p>	<p>559. Дыхание с металлическим оттенком выслушивается при: Наличии полости в легком Сужении трахеи; Наличии воздуха в плевральной полости сообщающегося с внешней средой + Сужении крупного бронха Воспалительной инфильтрации легочной ткани</p>
<p>544. К побочным дыхательным шумам относятся: Везикулярное дыхание; Пуэрильное дыхание Бронхиальное дыхание; Крепитация; + Амфорическое дыхание</p>	<p>550. Признаками шума трения плевры является: Выслушивается в фазу вдоха Изменяется после кашля Усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку; + Ослабевает при надавливании стетоскопом на грудную клетку Выслушивается в фазу выдоха</p>	<p>554. Выберите признаки крепитации: После кашля не изменяется; + Изменяется после кашля Ослабевает при надавливании стетоскопом на грудную клетку Усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку Выслушивается в фазу выдоха</p>	<p>560. Дыхание с металлическим оттенком определяется при: Расширении бронхов Расширении легких Открытом пневмотораксе + Сужении крупного бронха Воспалительной инфильтрации легочной ткани.</p>
<p>545. Влажные хрипы могут быть: Свистящие Звучные (консонизирующие) + Басовые Жужжащие Дискантовые</p>	<p>551. Выберите признаки шума трения плевры: Выслушивается в фазу вдоха Выслушивается в фазу выдоха После кашля исчезает Ослабевает при надавливании стетоскопом на грудную клетку Выслушивается при отсутствии движения воздуха по бронхам в момент смещения диафрагмы (втягивание и выпячивание большим живота); +</p>	<p>555. Причины усиления бронхофонии: скопление жидкости в плевральной полости воздух в плевральной полости; скопление секрета в бронхах; расширение легких спадение легкого +</p>	<p>561. Крепитация по латински: Stupor; Crepitatio; + Inspectio; Constitutio; Ronchi.</p>
<p>546. Место образования крепитации: Трахея Бронхи Альвеолы + Плевральная полость Полость в легком</p>	<p>552. Признаки хрипов: Выслушиваются в обе фазы дыхания; + После кашля не изменяются; После кашля не исчезают Усиливаются при надавливании стетоскопом на грудную клетку; Выслушиваются при отсутствии движения воздуха по бронхам в момент смещения диафрагмы (втягивание и выпячивание большим живота); +</p>	<p>556. Выберите причины усиления бронхофонии: уплотнение легочной ткани; + скопление секрета в бронхах; расширение легких гидроторакс пневмоторакс</p>	<p>562. Причина ослабления везикулярного дыхания: Тонкая грудная клетка; Бронхоспазм Скопление жидкости в плевральной полости; + воспалительная инфильтрация слизистой бронхов похудание</p>
<p>547. Причины физиологического ослабления везикулярного дыхания: воспалительная инфильтрация легочной ткани развитая подкожно-жировая клетчатка + астеническое телосложение тонкая грудная клетка у детей и подростков. тяжелая физическая нагрузка</p>	<p>553. Признаки крепитации: Выслушивается в обе фазы дыхания;</p>	<p>557. Причины ослабления бронхофонии: уплотнение легочной ткани; расширение легких + расширение бронхов образование полости в легком скопление жидкости в плевральной полости</p>	<p>563. Место выслушивания бронхиального дыхания в норме: Над верхушками Над гортанью + в подмышечных областях Ниже угла лопатки; На уровне 5-6 грудных позвонков в межлопаточном пространстве.</p>
<p>548. Причины физиологического усиления везикулярного дыхания: чрезмерное развитие мышц грудной клетки развитая подкожно-жировая клетчатка скопление воздуха в плевральной полости</p>	<p>553. Признаки крепитации: Выслушивается в обе фазы дыхания;</p>	<p>558. Причины ослабления бронхофонии: уплотнение легочной ткани; расширение бронхов закупорка бронха; + спадение легкого образование полости в легком</p>	<p>564. Выберите места выслушивания бронхиального дыхания в норме:</p>

<p>Над легкими; Над верхушкой легкого В области <i>angulus Ludovici</i>; + В области 5 шейного позвонка; Ниже угла лопатки;</p>	<p>570. Причина появления шума «падающей капли»: слипание альвеол наличие большой полости с жидкостью в легком; + ателектаз Бронхоспазм Расширение бронхов</p>	<p>575. Выберите отличие крепитации от мелкопузырчатых хрипов: Выслушиваются на вдохе и выдохе Усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку; Ослабевает при надавливании стетоскопом на грудную клетку; Исчезает после кашля; Выслушивается на высоте вдоха. +</p>	<p>Вдох прерывистый + Ослабление вдоха Укорочение вдоха  581. Жалобы больных при синдроме жидкости в полости плевры: кашель с мокротой кровохарканье боли в грудной клетке одышка + боли за грудиной</p>
<p>565. К причинам патологических изменений дыхания относится: Скопление жидкости в плевральной полости; обтурационный ателектаз; + Выраженная подкожно-жировая клетчатка Сильно развитая мускулатура; Тонкая грудная клетка. Детский возраст</p>	<p>571. К характеристике какого патологического шума относятся следующие характеристики: сохраняется после покашливания; выслушивается в обе фазы дыхания, чаще выслушивается в нижнебоковых отделах грудной клетки.</p>	<p>576. Причины сухих хрипов: Слипание альвеол Накопление в просвете альвеол небольшого количества жидкого секрета; Набухание слизистой оболочки бронхов в результате воспаления; + Накопление жидкости в полости плевры Накопление воздуха в полости плевры</p>	<p>582. Аускультативные данные при синдроме жидкости в полости плевры: жесткое дыхание амфорическое дыхание везикулярное дыхание дыхание отсутствует + бронхиальное дыхание</p>
<p>566. Причина патологического бронхиального дыхания: Бронхоспазм Воспалительное уплотнение легочной ткани + Сильно развитая мускулатура расширение бронхов Кахексия</p>	<p>1. шум трения плевры + крепитация сухие хрипы; влажные хрипы; шум «падающей капли»;</p>	<p>577. Шум «падающей капли» выслушивается при: Слипанию альвеол вязким секретом Наличии большой полости в легком; + Бронхоспазме Трении листков плевры После покашливания.</p>	<p>583. Данные осмотра при синдроме воспалительной инфильтрации легочной ткани: тахипноэ + выбухание межреберных промежутков участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания бледность кожных покровов больной лежит на больном боку</p>
<p>567. Выберите причину патологического бронхиального дыхания: Бронхоспазм Большая гладкостенная полость, сообщающаяся с бронхом + Расширение бронхов Расширение легких Синдром нарушения бронхиальной проходимости</p>	<p>572. Отличие мелкопузырчатых хрипов от крепитации: После кашля исчезают + После кашля не изменяются; Усиливаются при надавливании стетоскопом на грудную клетку; выслушиваются на выдохе Выслушиваются на высоте вдоха.</p>	<p>578. Признаки жесткого дыхания: Усилены только фаза вдоха Наблюдается при сужении просвета мелких бронхов и бронхиол + Усилена только фаза выдоха; Фаза вдоха прерывистая Наблюдается при уплотнении легочной ткани.</p>	<p>584. Наиболее характерный признак синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани при осмотре: западение межреберных промежутков отставание одной половины грудной клетки в акте дыхания + участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания эмфизематозная грудная клетка положение ортопноэ</p>
<p>568. Механизм образования сухих хрипов: Наличие спаек в плевральной полости; Сужение просвета бронхов; + Слипание альвеол; скопление жидкости в плевральной полости трение листков плевры</p>	<p>573. Найдите отличие мелкопузырчатых хрипов от крепитации: Выслушиваются на вдохе и выдохе + После кашля не исчезают Ослабевают при надавливании стетоскопом на грудную клетку; Выслушиваются только на выдохе Выслушиваются на высоте вдоха.</p>	<p>579. Признаки жесткого дыхания: Усилены фазы вдоха и выдоха; + Усилена фаза выдоха; Напоминает хруст снега Наблюдается при заполнении альвеол легкого воспалительным экссудатом; Напоминает трение пучка волос у уха</p>	<p>585. Изменения голосового дрожания при синдроме воспалительной инфильтрации легочной ткани: усилено + не проводится над всей поверхностью легких не проводится с одной стороны</p>
<p>569. Условия образования крепитации: Экссудат, кровь на стенках альвеол; + Неровность плевральных листков; Сужение просвета бронхов; Экссудат в бронхах; Кровь в плевральной полости.</p>	<p>574. Отличие крепитации от мелкопузырчатых хрипов: Выслушивается в обе фазы дыхания; После кашля не изменяется; + Усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку; Усиливается после кашля; Выслушивается на высоте выдоха.</p>	<p>580. Признаки саккадированного дыхания: Усиление вдоха и выдоха Усилен выдох;</p>	

ослаблено нормальное	591. Данные осмотра при синдроме полости в легком: состояние удовлетворительное положение на больном боку отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания + положение ортопноэ пассивное положение	крепитация незвучные влажные хрипы	звук «треснувшего горшка» ясный легочный звук тупой + тимпанит
586. Аускультативные данные при синдроме воспалительной инфильтрации легочной ткани: сухие хрипы ослабленное везикулярное дыхание + усиленное везикулярное дыхание амфорическое дыхание незвучные хрипы	592. Данные осмотра при синдроме полости в легком: беспокойное состояние положение на больной стороне выбухание межреберных промежутков больной «мечется в постели» отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания +	597. Аускультативные данные при синдроме полости в легком: шум трения плевры усиленное везикулярное дыхание влажные хрипы + пуэрильное дыхание свистящие хрипы	603. Данные пальпации при обтурационном ателектазе: отсутствие голосового дрожания + усиление голосового дрожания болезненность по межреберьям грудная клетка ригидная грудная клетка эластичная
587. Аускультативные данные при синдроме воспалительной инфильтрации легких: жесткое дыхание амфорическое дыхание дыхание отсутствует сухие хрипы влажные хрипы +	593. Данные пальпации при синдроме полости в легком: отсутствие голосового дрожания усиление голосового дрожания + голосовое дрожание не изменено грудная клетка ригидная грудная клетка эластичная	598. Рентгенологические данные при синдроме полости в легком: повышение воздушности легочной ткани негомогенное затемнение просветление округлой формы с уровнем жидкости + интенсивное затемнение с косой верхней границей отсутствует легочный рисунок	604. Признаки пневмоторакса: тимпанический звук + коробочный звук ясный легочный звук тупой звук притупленно-тимпанический звук
588. При синдроме воспалительной инфильтрации легочной ткани выслушивается: шум падающей капли бронхиальное дыхание + жесткое дыхание амфорическое дыхание сухие хрипы	594. Данные перкуссии при синдроме полости в легком: тупой звук ясный легочный звук притуплено-тимпанический + коробочный тимпанит	599. В мокроте при синдроме воспалительной инфильтрации легочной ткани: макрофаги + спирали Куршмана кристаллы Шарко-Лейдена эластические волокна цилиндрический эпителий	605. Жалобы при синдроме наличия воздуха в полости плевры: кашель с мокротой кровохарканье повышение температуры тела боль в грудной клетке + приступы удушья
589. Характерные жалобы при синдроме полости в легком: сухой кашель выделение зловонной мокроты «полным ртом» + удушье «лающий» кашель кашель со скудной мокротой	595. Аускультативные данные при синдроме полости в легком: звонкие влажные хрипы + шум трения плевры жесткое дыхание ослабленное везикулярное дыхание сухие хрипы	600. В мокроте при синдроме полости в легком: атипичные клетки спирали Куршмана кристаллы Шарко-Лейдена эластические волокна + эозинофилы	606. Причины синдрома наличия воздуха в полости плевры: травма грудной клетки + воспаление бронхов бронхоэктазы бронхоспазм воспаление легких
590. Характерные жалобы при синдроме образования полости в легком: сухой кашель удушье мокрота «полным ртом» + ночной кашель кашель со скудной мокротой	596. Аускультативные данные при синдроме образования полости в легком: амфорическое дыхание + металлическое дыхание жесткое дыхание	601. Мокрота при синдроме полости в легком: скудноотделяемая 3-х слойная, гнойная + розовая, пенистая «ржавая» слизистая	607. Причины синдрома наличия воздуха в полости плевры: субплевральный абсцесс легкого + бронхоэктазы воспаление бронхов бронхоспазм воспаление легких

608. У больного асимметрия грудной клетки, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, голосовое дрожание слева не проводится. Укажите синдром:  
синдром наличия воздуха в полости плевры  
синдром жидкости в полости плевры +  
синдром полости в легком  
синдром расширения бронхов  
синдром нарушенной бронхиальной проходимости

609. У больного кашель с «ржавой» мокротой, лихорадка, одышка, боль в правой половине грудной клетки, там же усиление голосового дрожания и бронхофонии, бронхиальное дыхание. Укажите синдром.  
синдром жидкости в плевральной полости  
синдром воспалительной инфильтрации легких +  
синдром полости в легком  
синдром расширения бронхов  
синдром нарушенной бронхиальной проходимости

610. У больного отставание правой половины грудной клетки при дыхании, там же голосовое дрожание усилено, притуплено-тимпанический звук. Укажите данные аускультации у данного больного.  
крепитация, ослабленное везикулярное + жесткое дыхание, влажные хрипы  
жесткое дыхание, сухие хрипы  
бронхофония ослаблена  
крупнопузырчатые хрипы, ослабленное дыхание

611. Кровохарканье при патологии сердечно-сосудистой системы обусловлено:  
1. застоем крови в большом круге кровообращения  
2. застоем крови в малом круге кровообращения +  
3. спазмом легочных сосудов  
4. спазмом коронарных сосудов  
5. расстройством кровообращения в органах брюшной полости

612. При осмотре кожных покровов характерным признаком патологии сердечно-сосудистой системы является:  
1. желтушность кожных покровов  
2. бледность кожных покровов  
3. синюшное окрашивание кожи (цианоз) +  
4. наличие петехий  
5. депигментация кожи

613. Выраженная видимая пульсация в области шеи яремных сосудов при патологии сердечно-сосудистой системы называется:  
1. капиллярный пульс  
2. симптом Мюссе  
3. венный пульс +  
4. «пляска каротид»  
5. артериальный пульс

614. Одновременное ослабление обоих тонов сердца обусловлено:  
1. недостаточностью митрального клапана  
2. недостаточностью аортального клапана  
3. уменьшением наполнения кровью левого желудочка кровью во время диастолы  
4. снижением влияния сократительной способности мышцы сердца при воспалении +  
5. повышением влияния симпатической нервной системы на сердце

615. Причиной возникновения экстакардиального шума сердца является:  
1. изменения висцерального листка перикарда  
2. изменения париетального листка перикарда  
3. изменения висцеральной плевры, соприкасающейся с перикардом  
4. изменения париетального листка плевры, соприкасающейся с перикардом  
5. изменения висцерального и париетального перикардиальных листков +

616. Для синдрома артериальной гипертензии характерен пульс:  
1. нитевидный  
2. мягкий

3. твердый +  
4. нерегулярный  
5. дефицитный

617. У больного, страдающим синдромом артериальной гипертензией, внезапно развился приступ тяжелой одышки, появились ощущение удушья, кашель со слизистой трудно отделяемой мокротой, резкая слабость, холодный пот. Больной сидит в постели с опущенными вниз ногами, кожные покровы синюшные. При аускультации над легкими дыхание ослабленное, масса сухих и влажных хрипов. Какой синдром развился в данном случае:  
1. бронхоспазма  
2. острой правожелудочковой недостаточности  
3. острой левожелудочковой недостаточности +  
4. острой недостаточности левого предсердия  
5. хронической сердечной недостаточности

618. Под понятием «дефицит пульса» понимают:  
1. урежение пульса на одной руке  
2. отсутствие пульса на одной руке  
3. учащение пульса на на одной руке  
4. частота пульса на одной руке отличается от частоты на другой  
5. частота пульса отличается от числа сердечных сокращений +

619. У практически здоровой молодой женщины на фоне сильного испуга развилась кратковременная потеря сознания, которая прошла самостоятельно. О каком синдроме можно предположить:  
1. дыхательной недостаточности  
2. коронарной недостаточности  
3. острой сосудистой недостаточности +  
4. сердечной недостаточности  
5. хронической сердечной недостаточности

620. У мужчины, 40 лет, с повышенной массой тела, после эмоциональной нагрузки беспокоят загрудинная боль сжимающего характера, иррадирующая в левое плечо, левую руку, слабость. Продолжительность болей около 30 секунд, боли хорошо снимаются нитроглицерином. О развитии какого синдрома можно предположить:  
1. воспаление сердечной мышцы  
2. коронарной недостаточности +  
3. острой сосудистой недостаточности  
4. сердечной недостаточности  
5. хронической сердечной недостаточности

621. При синдроме острой коронарной недостаточности наиболее информативным методом инструментальной диагностики является:  
1. электрокардиография +  
2. капилляроскопия  
3. сфигмографии  
4. флебографии  
5. фонокардиография

622. На электрокардиограмме больного имеются следующие данные: электрическая ось сердца отклонена вправо; зубец S глубокий в V5, V6; зубец R высокий в V1, V2. Эти показатели являются ЭКГ признаками:  
1. гипертрофии правого предсердия  
2. гипертрофия левого предсердия  
3. гипертрофии правого желудочка +  
4. гипертрофии левого желудочка  
5. ишемии миокарда

623. Характерными аускультативными признаками недостаточности митрального клапана являются:  
1. ослабление I тона и диастолический шум на верхушке  
2. ослабление I тона и систолический шум на верхушке +  
3. громкий I тон и диастолический шум на верхушке  
4. ослабление I тона на верхушке и диастолический шум на аорте

5. ослабление I тона на верхушке и грубый систолический шум на аорте

624. Мелодия, называемая «ритм перепела», характерная для митрального стеноза включает в себя:

1. ослабленный I тон и диастолический шум на верхушке
2. ослабленный I тон и систолический шум на верхушке
3. громкий, хлопающий I тон, затем II тон и тон открытия двухстворчатого клапана +
4. ослабление I тона на верхушке и диастолический шум на аорте
5. I тон, затем II тон и перикард тон

625. Какой порок сердца является причиной возникновения диастолического шума, выслушиваемого при аускультации на верхушке сердца:

1. стеноз левого атриовентрикулярного отверстия +
2. стеноз устья аорты
3. недостаточность аортального клапана
4. недостаточность митрального клапана
5. недостаточность трехстворчатого клапана

626. При каком пороке сердца характерны следующие изменения: пульс становится скорым, высоким и большим; систолическое давление повышается, диастолическое давление снижается:

1. стеноз левого атриовентрикулярного отверстия
2. стеноз устья аорты
3. недостаточность аортального клапана +
4. недостаточность митрального клапана
5. недостаточность трехстворчатого клапана

627. Для какого порока сердца характерно выявляемое при пальпации предсердной области систолическое дрожание:

1. стеноза левого атриовентрикулярного отверстия
2. недостаточности митрального клапана
3. недостаточности трехстворчатого клапана

4. стеноза устья аорты +  
5. недостаточности аортального клапана

628. У больного при осмотре выявлены смещение верхушечного толчка влево и вниз, он разлитой, усиленный; перкуторно – смещение границ сердца вверх и влево; аускультативно - на верхушке ослабление I тона, систолический шум. Пульс и АД не изменены. Рентгенологически определяется увеличение левого предсердия и левого желудочка. Для какого порока сердца характерны эти признаки:

1. стеноза левого атриовентрикулярного отверстия
2. недостаточности митрального клапана +
3. недостаточности трехстворчатого клапана +
4. стеноза устья аорты
5. недостаточности аортального клапана

629. У больного жалобы на одышку, сердцебиение при физической нагрузке, иногда кашель и кровохарканье. При осмотре акроцианоз, румянец с цианотическим оттенком; при пальпации верхушечного толчка определяется «кошачье мурлыканье»; при аускультации на верхушке I тон громкий, хлопающий, после 2 тона выслушивается добавочный тон открытия митрального клапана, диастолический шум. Рентгенологически определяется увеличение левого предсердия (митральная конфигурация сердца). Для какого порока сердца характерны эти признаки:

1. стеноза левого атриовентрикулярного отверстия +
2. недостаточности митрального клапана
3. недостаточности трехстворчатого клапана
4. стеноза устья аорты
5. недостаточности аортального клапана

630. У больного жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, выраженные отёки, увеличение в объеме живота. При осмотре цианоз, набухание и пульсация шейных вен, пульсация в области абсолютной тупости; при перкуссии – значительное смещение границ вправо; при аускультации в 4-ой точке выслушивания ослабление I тона, систолический шум, 2 тон над легочным стволом ослаблен. Рентгенологически определяются признаки гипертрофии правых отделов сердца. Для какого порока сердца характерны эти признаки:

631. У больного жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, снижение трудоспособности, плохой сон. При осмотре общее состояние удовлетворительное, сознание ясное; Выявлены усиленный приподнимающий верхушечный толчок, смещение границ сердца влево, акцент 2 тона над аортой. АД – 170/95 мм рт ст, пульс твердый, напряженный. Рентгенологически определяются признаки гипертрофии левого желудочка (аортальная конфигурация сердца). Для какого синдрома характерны эти признаки:

1. стеноза левого атриовентрикулярного отверстия
  2. недостаточности митрального клапана
  3. недостаточности трехстворчатого клапана +
  4. стеноза устья аорты
  5. недостаточности аортального клапана
1. артериальной гипотонии
  2. артериальной гипертонии +
  3. хронической сердечной недостаточности
  4. острой сердечной недостаточности
  5. сосудистой недостаточности

632. «Систолическое дрожание» – это признак:

1. митрального стеноза
2. митральной недостаточности
3. стеноза устья аорты +
4. недостаточности трехстворчатого клапана

5. недостаточности аортального клапана  
633. Уменьшение абсолютной тупости сердца наблюдается при:

1. эмфиземе легких +
2. скоплении жидкости в полости плевры
3. скоплении жидкости в полости перикарда
4. сморщивании легких
5. миокардите

634. Увеличение абсолютной тупости сердца наблюдается при:

1. эмфиземе легких
2. скоплении воздуха в полости плевры
3. скоплении жидкости в полости перикарда +
4. гипертрофии левого желудочка
5. гипертрофии левого предсердия

635. Причина положительного венного пульса:

1. недостаточность трехстворчатого клапана +
2. компенсированная митральная недостаточность
3. недостаточность клапана аорты
4. стеноз устья аорты
5. стеноз трехстворчатого клапана

636. У больного поперечник сердца 18 см, правая граница относительной сердечной тупости по правому краю грудины, левая – на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии в VI межреберье, выраженная талия сердца. Какая патология у больного?

1. митральный стеноз
2. недостаточность трехстворчатого клапана
3. аортальный стеноз +
4. недостаточность митрального клапана
5. стеноз трехстворчатого клапана

637. Наиболее информативный метод для выявления гипертрофии и дилатации отделов сердца:

1. ЭхоКГ +
2. ЭКГ
3. велоэргометрия

4. ФКГ  
5. рентгенография
638. Перкуторно при недостаточности аортального клапана определяется:
1. Смещение левой границы относительной тупости сердца вправо
  2. Уменьшение поперечника относительной тупости сердца
  3. Увеличение поперечника относительной тупости сердца +
  4. Смещение правой границы относительной тупости сердца влево
  5. Митральная конфигурация сердца
639. При аускультации стеноза устья аорты выслушиваются:
1. Диастолический шум на верхушке
  2. Диастолический шум в точке Боткина-Эрба
  3. Хлопающий I тон на верхушке
  4. Систолический шум во 2-ой точке +
  5. Акцент II-го тона во 2-ой точке
640. У больного с органическим пороком сердца при осмотре определяются бледность кожных покровов, смещение верхушечного толчка влево, расширение сосудистого пучка, диастолический шум во 2-ой точке с иррадиацией в точку Боткина-Эрба. Какой порок имеется у больного?
1. Стеноз устья аорты
  2. Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия
  3. Недостаточность клапана аорты +
  4. Недостаточность митрального клапана
  5. Недостаточность трикуспидального клапана
641. У больного с органическим пороком сердца при осмотре определяются бледность кожных покровов, смещение верхушечного толчка влево, расширение поперечника относительной тупости сердца, систолический шум во 2-ой точке. Какой порок имеется у больного?
1. Недостаточность митрального клапана
  2. Стеноз устья аорты +
3. Недостаточность клапана аорты  
4. Стеноз митрального клапана  
5. Недостаточность трикуспидального клапана
642. У больного с органическим пороком сердца при осмотре определяются бледность кожных покровов, расширение верхушечного толчка, ослабление II-го тона во 2-ой точке, там же выслушивается систолический шум, АД = 110/85 мм рт ст. Какой порок имеется у больного?
1. Стеноз устья аорты +
  2. Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия
  3. Недостаточность клапана аорты
  4. Недостаточность митрального клапана
  5. Недостаточность трикуспидального клапана
643. У больного с органическим пороком сердца при осмотре определяются бледность кожных покровов, симптом Мюссе, симптом Квинке, диастолический шум во 2-ой точке с иррадиацией в точку Боткина-Эрба, АД = 160/60 мм рт ст. Какой порок имеется у больного?
1. Недостаточность митрального клапана
  2. Недостаточность трикуспидального клапана
  3. **Стеноз устья аорты**
  4. Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия
  5. Недостаточность клапана аорты +
644. Признаки болевого синдрома при хронической коронарной недостаточности (стенокардии):
- Колющая боль в области сердца  
Сжимающая боль за грудиной +  
Ноющая боль в области верхушки сердца  
Сверлящая боль в области соска  
Стреляющая боль
645. Признаки болевого синдрома при острой коронарной недостаточности (инфаркт миокарда):
- Интенсивная жгучая или давящая +  
Ноющая  
Сверлящая  
Стреляющая  
Колющая
646. Механизмы сердечных отеков:
1. Повышение онкотического давления плазмы
  2. Перерождение кашлевых рецепторов слизистой бронхов
  3. Гиперсекреция вазопрессина вследствие гипоксии гиповолюмии
  4. Увеличение осмотического и гидростатического давления крови +
  5. Постельный режим и ограничение употребления жидкости
647. Причины сердечного горба:
1. Рахит
  2. Стенокардия
  3. Воротник Стокса
  4. Врожденный порок сердца +
  5. Инфаркт миокарда
648. Признаки сердечной патологии:
1. кожа цвета «кофе с молоком», акроцианоз +
  2. желтуха, «сосудистые звездочки»
  3. бледность кожных покровов, ломкость ногтей
  4. бледность кожи, пастозность лица
  5. бледность кожи, геморрагические высыпания
649. Причины эпигастральной (надчревной) пульсации:
1. расширение дуги аорты
  2. гипертрофия правого желудочка +
  3. гипертрофия левого предсердия
  4. высокое стояние диафрагмы
  5. гипертрофия левого желудочка
650. Эпигастральная пульсация обусловлена гипертрофией:
1. левого желудочка
  2. обоих желудочков
3. правого желудочка +  
4. левого предсердия  
5. правого предсердия
651. Симптом Мюссе – это признак:
1. недостаточности аортального клапана +
  2. митрального стеноза
  3. митральной недостаточности
  4. стеноза устья аорты
  5. недостаточности трехстворчатого клапана
652. Характеристика верхушечного толчка в норме:
1. определяется в V межреберье на 1,5-2 см кнутри от среднеключичной линии +
  2. ширина 3-4 см
  3. куполообразный, резистентный
  4. низкий, усиленный
  5. резистентный
653. Высокий, приподнимающий, разлитой, куполообразный, смещенный влево и вниз верхушечный толчок – признак:
1. митрального стеноза
  2. стеноза устья аорты +
  3. недостаточности трехстворчатого клапана
  4. миокардита
  5. перикардита
654. «Диастолическое дрожание» – это признак:
1. митрального стеноза +
  2. митральной недостаточности
  3. стеноза устья аорты
  4. недостаточности трехстворчатого клапана
  5. недостаточности аортального клапана
655. Отрицательный верхушечный толчок – это признак:
1. гипертрофии правого желудочка
  2. гипертрофии левого желудочка
  3. аортальных пороков
  4. рахита
  5. слипчивого перикардита +

656. Укажите конфигурацию сердца у больной с цианотично-красным румянцем на лице, «диастолическим кошачьим мурлыканьем» на верхушке сердца:

1. нормальная
2. вертикальная («каплевидная»)
3. аортальная
4. митральная +
5. в форме трапеции

657. Механизм развития отрицательного венозного пульса:

1. ускорение тока крови во время систолы желудочков
2. спадение вен во время систолического расширения артерий
3. замедление движения крови во время систолы предсердий
4. передача колебаний от пульсирующих сонных артерий к яремным венам +
5. расширение вен во время систолического расширения артерий

658. Свойства нормального пульса:

1. pulsus regularis +
2. pulsus dificiens
3. pulsus durus
4. pulsus mollis
5. pulsus parvus

659. Дефицит пульса это:

1. ослабление или отсутствие пульса на одной руке
2. замедленный подъем и спад пульса на обеих руках
3. замедленный подъем и спад пульса на одной руке
4. частота пульса больше числа сердечных сокращений
5. частота пульса меньше числа сердечных сокращений +

660. Высокий, скорый пульс это признак:

1. митрального стеноза
2. митральной недостаточности
3. недостаточности аортального клапана +
4. стеноза устья аорты

5. недостаточности трехстворчатого клапана

661. Пульс при артериальной гипертензии:

1. твердый +
2. нитевидный
3. мягкий
4. нерегулярный
5. дефицитный

662. Смещение границы относительной сердечной тупости вверх и вправо сопровождается:

1. бледностью кожных покровов
2. «кошачьим мурлыканьем» на верхушке сердца +
3. отрицательным венозным пульсом
4. отрицательным верхушечным толчком
5. аортальной конфигурацией сердца

663. Причина смещения верхней границы относительной сердечной тупости вверх:

1. гипертрофия левого предсердия +
2. гипертрофия левого желудочка
3. увеличение полости левого желудочка
4. расширение правого предсердия
5. недостаточность трехстворчатого клапана

664. Верхняя граница относительной сердечной тупости в норме:

1. в III-IV межреберье
2. на 1-2 см кнутри от левой среднеключичной линии
3. на III ребре +
4. на 1-1,5 см слева от края грудины
5. на 1 см кнаружи от правого края грудины

665. Верхняя граница относительной сердечной тупости в норме расположена:

1. в III межреберье
2. на III ребре +
3. на II ребре
4. в II межреберье
5. на IV ребре

666. Правая граница абсолютной тупости сердца в норме расположена:

1. по правому краю грудины

2. по левому краю грудины

3. на 1 см кнаружи от левого края грудины
4. на 1 см кнаружи от правого края грудины +
5. на 2 см кнаружи от правого края грудины

667. Причина положительного венозного пульса:

1. правожелудочковая недостаточность +
2. левожелудочковая недостаточность
3. недостаточность клапана аорты
4. стеноз устья аорты
5. артериальная гипертензия

668. Причины органических интракардиальных шумов:

1. нарушение функции неизмененных клапанов сердца
2. увеличение скорости кровотока
3. уменьшение вязкости крови
4. анатомические изменения клапанов сердца +
5. анемия

669. Причина систолического шума

1. Недостаточность клапана аорты
2. Недостаточность митрального клапана +
3. Митральный стеноз
4. Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия
5. Недостаточность клапана легочной артерии

670. Причина диастолического шума:

1. Митральный стеноз +
2. Недостаточность трехстворчатого клапана
3. Недостаточность митрального клапана
4. Стеноз устья аорты
5. Стеноз устья легочного ствола

671. Характеристика шума трения перикарда:

1. постоянный
2. выслушивается лучше на верхушке сердца
3. иррадиирующий
4. неиррадиирующий +
5. совпадает с пульсом на сонной артерии

672. Характеристика шума трения перикарда:

1. иррадиирующий
2. Возникает после I тона
3. Возникает после II тона
4. Совпадает с верхушечным толчком
5. Не совпадает с верхушечным толчком, непостоянный +

673. Причина выслушивания двойного тона Траубе и двойного шума Виноградова-Дюрозье:

1. Аортальный стеноз
2. Митральный стеноз
3. Недостаточность клапана аорты +
4. недостаточность митрального клапана
5. врожденные пороки сердца

674. Причина плевроперикардиального шума:

1. Анатомические изменения клапанов
2. Увеличение скорости кровотока
3. Воспаление плевры +
4. Поражение миокарда
5. Воспаление эндокарда

675. Свойства функционального шума

1. Постоянный
2. Непостоянный, непродолжительный +
3. выслушивается над зоной абсолютной тупости сердца
4. Продолжительный
5. иррадиирует на сосуды шеи

676. Причины функциональных шумов:

1. Анатомические изменения клапанов сердца
2. Повышение вязкости крови
3. стеноз митрального клапана
4. Увеличение скорости кровотока +
5. недостаточность клапана аорты

677. Свойства систолического шума:

1. Появляется во время длинной паузы
2. Появляется вместе с I тоном во время короткой паузы +
3. не совпадает с верхушечным толчком
4. Не совпадает с пульсацией сонной артерии
5. напоминает «хруст снега»

<p>678. Выберите свойства систолического шума:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Появляется после II тона</li> <li>2. Появляется во время длинной паузы</li> <li>3. Совпадает с верхушечным толчком +</li> <li>4. Не совпадает с пульсацией сонной артерии</li> <li>5. появляется после III тона</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Выслушивается на ограниченном участке в области верхушки сердца +</li> <li>3. совпадает с верхушечным толчком</li> <li>4. систолический</li> <li>5. выслушивается после I тона</li> </ol>	<p>5. Сифилис</p> <p>689. Признаки недостаточности митрального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхушечный толчок не изменен</li> <li>2. Верхушечный толчок разлитой +</li> <li>3. Верхушечный толчок ограниченный</li> <li>4. Не определяется</li> <li>5. Верхушечный толчок смещен вправо</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ослабление I тона, диастолический шум на верхушке</li> <li>2. «ритм галопа»</li> <li>3. Ослабление I тона, систолический шум на верхушке +</li> <li>4. Усиление I тона</li> <li>5. Акцент II тона над аортой</li> </ol>
<p>679. Признаки органических шумов сердца:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. не сопровождаются гипертрофией отделов сердца</li> <li>2. Мягкие</li> <li>3. Грубые, постоянные +</li> <li>4. Непостоянные</li> <li>5. дующие</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выслушивается в III межреберье слева от грудины</li> <li>2. Выслушивается во II межреберье справа от грудины +</li> <li>3. Проводится в левую подмышечную область</li> <li>4. Проводится на верхушку сердца</li> <li>5. Проводится в эпигастральную область</li> </ol>	<p>690. При недостаточности митрального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Затруднено перемещение крови из левого предсердия в желудочек</li> <li>2. Происходит регургитация крови из аорты в левый желудочек</li> <li>3. Происходит регургитация крови из правого желудочка в предсердие</li> <li>4. Происходит регургитация крови из левого желудочка в предсердие +</li> <li>5. Затруднено перемещение крови из левого желудочка в аорту</li> </ol>	<p>694. Аускультативные данные при недостаточности митрального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. диастолический шум на верхушке</li> <li>2. «ритм галопа»</li> <li>3. систолический шум на верхушке +</li> <li>4. Диастолический шум над аортой</li> <li>5. систолический шум у основания мечевидного отростка</li> </ol>
<p>680. Причина систолического шума изгнания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. недостаточность митрального клапана</li> <li>2. недостаточность трехстворчатого клапана</li> <li>3. Недостаточность клапанов аорты</li> <li>4. стеноз устья аорты +</li> <li>5. стеноз митрального клапана</li> </ol>	<p>685. Наилучшее положение для выслушивания диастолического шума:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Горизонтальное</li> <li>2. Вертикальное +</li> <li>3. Вынужденное</li> <li>4. Лежа на спине</li> <li>5. Лежа на животе</li> </ol>	<p>691. Данные перкуссии сердца при стенозе митрального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Смещение верхней границы вверх и правой вправо +</li> <li>2. Смещение верхней границы вверх и левой влево</li> <li>3. Аортальная конфигурация сердца</li> <li>4. Расширение сосудистого пучка</li> <li>5. Смещение верхней границы вниз и правой вправо</li> </ol>	<p>695. Признаки недостаточности митрального клапана</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхушечный толчок ограниченный</li> <li>2. Верхушечный толчок резистентный +</li> <li>3. Акцент 2 тона во 2-ой точке</li> <li>4. Усиление I тона на верхушке</li> <li>5. диастолический шум на верхушке</li> </ol>
<p>681. Причина диастолического шума изгнания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. недостаточность митрального клапана</li> <li>2. Недостаточность клапана аорты</li> <li>3. стеноз устья аорты</li> <li>4. митральный стеноз +</li> <li>5. недостаточность трехстворчатого клапана</li> </ol>	<p>686. Наилучшее положение для выслушивания систолического шума:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Горизонтальное +</li> <li>2. Вертикальное</li> <li>3. Вынужденное</li> <li>4. Лежа на правом боку</li> <li>5. Лежа на животе</li> </ol>	<p>692. Аускультативные признаки недостаточности митрального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Усиление I тона</li> <li>2. Ослабление I тона, систолический шум на сонных артериях</li> <li>3. «ритм перепела»</li> <li>4. Ослабление I тона, систолический шум на верхушке +</li> <li>5. Диастолический шум на верхушке</li> </ol>	<p>696. Признаки стеноза левого атриовентрикулярного отверстия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Facies mitralis</li> <li>2. Facies nephritica</li> <li>3. Лицо Гиппократово</li> <li>4. Диффузный цианоз</li> <li>5. Рубеоз</li> </ol>
<p>682. Характеристика шума при митральном стенозе:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выслушивается на основании сердца</li> <li>2. Выслушивается на ограниченном участке в области верхушки сердца +</li> <li>3. Проводится в левую подмышечную область</li> <li>4. проводится на сосуды шеи</li> <li>5. Систолический</li> </ol>	<p>687. Характеристика шума трения перикарда:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Напоминает ритм перепела</li> <li>2. напоминает ритм галопа</li> <li>3. Выслушивается в разные фазы сердечного цикла +</li> <li>4. Выслушивается на верхушке сердца</li> <li>5. проводится в подмышечную область</li> </ol>	<p>693. Аускультативные признаки недостаточности левого атриовентрикулярного отверстия:</p>	<p>697. ФКГ-признаки недостаточности митрального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Увеличение амплитуды I тона у основания мечевидного отростка</li> <li>2. Уменьшение амплитуды II тона на верхушке</li> <li>3. Тон открытия митрального клапана</li> <li>4. Систолический шум +</li> <li>5. Диастолический шум</li> </ol>
<p>683. Выберите характеристику шума при митральном стенозе:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выслушивается на основании сердца</li> </ol>	<p>688. Основная причина развития недостаточности митрального клапана:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Миокардит</li> <li>2. Атеросклероз</li> <li>3. Ревматический эндокардит +</li> <li>4. Инфаркт миокарда</li> </ol>		<p>698. Данные пальпации сердца при митральном стенозе:</p>

1. Верхушечный толчок смещен влево на 1,5 см
2. Систолическое дрожание на основании сердца
3. Диастолическое дрожание на верхушке сердца +
4. Ширина верхушечного толчка 3 см
5. Верхушечный толчок в VI межреберье

699. Найдите данные пальпации сердца при митральном стенозе:

1. Верхушечный толчок усиленный
2. «кошачье мурлыканье» на основании сердца
3. «кошачье мурлыканье» на верхушке сердца +
4. Ширина верхушечного толчка 3,5 см
5. Верхушечный толчок в VII межреберье

700. При митральном стенозе:

1. Регургитация крови из аорты в левый желудочек
2. Регургитация крови из правого желудочка в предсердие
3. Регургитация крови из левого желудочка в предсердие
4. Затруднено перемещение крови из левого предсердия в желудочек +
5. Затруднено перемещение крови из левого желудочка в аорту

701. Данные пальпации сердца при митральном стенозе:

1. Верхушечный толчок в VI межреберье
2. Диастолическое «кошачье мурлыканье» +
3. Верхушечный толчок на 1,5 см снаружи от левой среднеключичной линии
4. Верхушечный толчок в IV межреберье у левого края грудины
5. Систолическое дрожание

702. Аускультативные признаки митрального стеноза:

1. систолический шум на сонных артериях
2. Ослабление 1 тона
3. «ритм перепела» +
4. систолический шум на верхушке

5. Диастолический шум на аорте

703. Аускультативные данные при митральном стенозе:

1. Ослабление 1 тона на верхушке
2. «ритм галопа»
3. систолический шум на верхушке
4. Усиление 1 тона на верхушке +
5. Акцент II тона над аортой

704. У больного стеноз митрального стеноза, каковы будут данные аускультации:

1. систолический шум на верхушке
2. диастолический шум на верхушке +
3. «ритм галопа»
4. Диастолический шум над аортой
5. систолический шум у основания мечевидного отростка

705. ФКГ-признаки митрального стеноза:

1. Уменьшение амплитуды I тона на верхушке
2. Уменьшение амплитуды I тона у основания мечевидного отростка
3. Увеличение амплитуды II тона над легочным стволом +
4. Шум между I и II тонами на верхушке
5. Уменьшение амплитуды II тона на верхушке

706. Найдите ФКГ-признаки митрального стеноза:

1. Увеличение амплитуды I тона у основания мечевидного отростка
2. Уменьшение амплитуды I тона на верхушке
3. Тон открытия митрального клапана +
4. Систолический шум
5. Уменьшение амплитуды II тона на верхушке

707. Выберите ФКГ-признаки митрального стеноза:

1. Увеличение амплитуды II тона на верхушке
2. Уменьшение амплитуды I тона у основания мечевидного отростка

3. Уменьшение амплитуды I тона на верхушке
4. Систолический шум на верхушке
5. Диастолический шум на верхушке +

708. Рентген-признаки митрального стеноза:

1. Расширение дуги аорты
2. Гипертрофия правого предсердия
3. Гипертрофия левого желудочка
4. Сглаженность талии сердца +
5. Выраженность талии сердца

709. У больного признаки гипертрофии левого предсердия и правого желудочка. Укажите патологию:

1. Стеноз митрального клапана +
2. Аортальный стеноз
3. Недостаточность правого атриовентрикулярного клапана
4. Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия
5. Недостаточность аортального клапана

710. У больного ограниченная верхушечная толчок, признаки гипертрофии левого предсердия и правого желудочка. Укажите патологию:

1. Митральный стеноз +
2. Недостаточность правого атриовентрикулярного клапана
3. Недостаточность левого атриовентрикулярного клапана
4. Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия
5. Недостаточность аортального клапана

711. Признаки недостаточности трехстворчатого клапана:

1. Пульсация сонных артерий
2. Положительный венный пульс +
3. Капиллярный пульс
4. Симптом «плавающей льдинки»
5. Симптом Мюссе

712. Данные пальпации при недостаточности трехстворчатого клапана:

1. Верхушечный толчок в VI межреберье
2. Верхушечный толчок приподнимающий
3. Сердечный толчок +

4. Ширина верхушечного толчка 3 см
5. Верхушечный толчок куполообразный

713. При недостаточности трехстворчатого клапана

1. Затруднено перемещение крови из левого предсердия в желудочек
2. Регургитация крови из аорты в левый желудочек
3. Регургитация крови из правого желудочка в предсердие +
4. Регургитация крови из левого желудочка в предсердие
5. Затруднено перемещение крови из левого желудочка в аорту

714. Данные перкуссии сердца при недостаточности трехстворчатого клапана:

1. Смещение верхней границы вверх и правой вправо
2. Смещение верхней границы вниз
3. Смещение правой границы вправо +
4. Смещение верхней границы вверх и левой влево
5. Смещение верхней границы вниз и правой вправо

715. Аускультативные признаки недостаточности трехстворчатого клапана:

1. Ослабление 1 тона, систолический шум на основании мечевидного отростка +
2. Ослабление 1 тона, систолический шум на сонных артериях
3. «ритм перепела»
4. Ослабление 1 тона, систолический шум на верхушке
5. Диастолический шум на верхушке

716. У больного с сердечным толчком определяется систолический шум в IV точке аускультации сердца. Укажите патологию:

1. Митральный стеноз
2. Аортальный стеноз
3. Недостаточность трехстворчатого клапана +
4. Митральная недостаточность
5. Недостаточность клапана аорты

717. Синдром острой левожелудочковой недостаточности возникает при:

1. инфаркте миокарда +
2. **хроническом пиелонефрите**
3. при гипотензии
4. недостаточности трехстворчатого клапана
5. крупозной пневмонии

718. Для сердечной астмы характерно

1. Удушье по ночам +
2. Лающий кашель
3. гнойная мокрота
4. постоянный кашель
5. экспираторная одышка

719. Признаки отека легких:

1. Патологическое бронхиальное дыхание
2. Удлиненный выдох
3. Усиление обоих тонов сердца
4. Мокрота пенистая, розовая +
5. систолический шум в 4 точке аускультации

720. К симптомам обморока относятся:

1. Чувство дурноты, звон в ушах +
2. Отсутствие сознания
3. Возбуждение
4. АД высокое, большой пульс
5. твердый пульс

721. Факторы развития артериальной гипертензии

1. Авитаминоз
2. частые ангины
3. Анемия
4. Атеросклероз +
5. Низкокалорийная диета

722. Причины развития симптоматической артериальной гипертензии

1. гипотиреоз
2. курение
3. частые ангины
4. заболевание почек +
5. анемия

723. При синдроме артериальной гипертензии выявляется:

1. Увеличение границ относительной тупости сердца вправо
2. Увеличение границ относительной тупости сердца вверх
3. Систолическое «кошачье мурлыканье»
4. Акцент II тона на аорте +
5. **Акцент II тона над легочным стволом**

724. Хроническая правожелудочковая недостаточность проявляется:

1. «пляска каротид»
2. Одышка при обычной физической нагрузке
3. Удушье
4. Отрицательный венный пульс
5. Асцит +

725. Отсутствие аппетита до отказа от приема пищи:

1. цитофобия
2. канцерофобия
3. полифагия
4. анорексия +
5. дисфагия

726. Пальпацию кишечника проводят в областях:

1. слепую – в левой подвздошной области
2. сигмовидную - в левой подвздошной области +
3. восходящую – в левой паховой
4. поперечно-ободочную – в эпигастриальной
5. нисходящую - в правой боковой

727. Данные осмотра при синдроме нарушения всасывания в тонком кишечнике:

1. увеличение массы тела
2. кахексия +
3. ксантеллазмы
4. цианоз
5. сосудистые звездочки

728. Цвет кожи при синдроме нарушения всасывания в тонком кишечнике:

1. красный
2. бледный +
3. цианоз
4. кожа цвета «кофе с молоком»
5. выраженная желтуха

729. При синдроме мальабсорбции стул:

1. 1 раз в 3-4 дня
2. черный дегтеобразный
3. 2 раза в день
4. в виде «овечьего» кала
5. до 10 раз в сутки +

730. Какой из ниже перечисленных методов исследования наиболее информативен при синдроме пониженной секреторной функции желудка?

1. электрогастрография
2. дуоденальное зондирование
3. УЗИ органов брюшной полости
4. интрагастральная рН-метрия +
5. рентген-исследование желудка с сульфатом бария

731. У больного 35 лет жалобы на изжогу, отрыжку, боли в животе через полчаса после приема пищи, проходящие после рвоты. Какова наиболее вероятная локализация болезненности при пальпации живота?

1. Левая боковая область
2. Вокруг пупка
3. Подложечная область +
4. Правая боковая область
5. Левая подвздошная область

732. Пальмарная эритема развивается вследствие:

1. повышения проницаемости сосудов
2. нарушения инактивации гормонов в печени +
3. понижения проницаемости сосудов
4. нарушения белкового обмена
5. нарушения пигментного обмена

733. К «малым» печеночным знакам относятся:

1. гинекомастия +

2. «голова Медузы»
3. отеки
4. желтуха
5. расширение геморроидальных вен

734. К «малым» печеночным знакам относят:

1. асцит
2. желтуха
3. «голова Медузы»
4. малиновый язык +
5. пищеводные кровотечения

735. Характерный цвет кожи при паренхиматозной желтухе:

1. лимонно-желтый
2. оранжево-желтый +
3. зелено-желтый
4. грязно-желтый
5. цвет «кофе с молоком»

736. Причины развития патологии печени:

1. эмоциональный стресс
2. тяжелый физический труд
3. злоупотребление алкоголем +
4. курение
5. переохлаждение

737. Каковы нормальные размеры печени по Курлову:

1. 13x10x9 см
2. 14x8x7 см
3. 9x8x7 см +
4. 6x9x7 см
5. 12x10x9 см

738. Ксантелазмы это:

1. накопление желчных кислот в коже
2. деформация ногтей
3. накопление билирубина в коже
4. отложение холестерина в коже +
5. следы расчесов на коже

739. Причина кожного зуда при гепатобилиарной патологии:

1. увеличение уровня холестерина в крови
2. увеличение уровня билирубина в крови

- увеличение уровня желчных кислот в крови +
- повышенная чувствительность волосяных луковиц
- нарушение инактивации гормонов в печени

740. Лабораторные признаки синдрома подпеченочной желтухи:

- уменьшение в крови количества связанного билирубина
- увеличение в крови только несвязанного билирубина
- уровень билирубина нормальный
- увеличение общего билирубина за счет несвязанного
- увеличение в крови общего билирубина за счет связанного +

741. Механизм развития паренхиматозной желтухи:

- увеличение образования несвязанного билирубина
- повышение конъюгации билирубина в печени
- снижение конъюгации билирубина в печени +
- нарушение оттока желчи из печени
- повышенный гемолиз эритроцитов

742. Механизм развития боли при синдроме воспаления печени:

- некроз гепатоцитов
- уменьшение размеров печени
- увеличение давления в воротной вене
- увеличение уровня желчных кислот в крови
- растяжение капсулы печени +

743. Клинические признаки синдрома печеночной недостаточности:

- подкожные кровоизлияния +
- ксантелазмы
- симптом Щеткина-Блюмберга
- Френикус симптом
- симптом Ортнера

744. Причина геморрагического синдрома при печеночной недостаточности:

- снижение уровня протромбина +
- лейкоцитопения
- эритроцитопения
- гипербилирубинемия
- гиперхолестеринемия

745. Причина появления сосудистых звездочек при печеночной недостаточности:

- нарушение связывания билирубина
- нарушение процесса инактивации эстрогенов в печени +
- повышение инактивации эстрогенов в печени
- повышение инактивации альдостерона в печени
- нарушение процесса инактивации альдостерона в печени

746. Признак синдрома портальной гипертензии:

- «сосудистые» звездочки
- подкожные кровоизлияния
- цианоз
- асцит +
- ложная желтуха

747. Синдром механической желтухи обусловлен:

- нарушением оттока желчи +
- нарушением связывания билирубина
- нарушением образования холестерина
- понижением уровня желчных кислот
- нарушением синтеза белка

748. Гепатомегалия при синдроме воспаления печени сопровождается смещением:

- верхней и нижней границ печени вверх
- верхней границы печени вниз
- нижней границы печени вниз +
- верхней границы печени вверх
- верхней и нижней границ печени вниз

749. Диспепсия при синдроме воспаления желчного пузыря связана с:

- нарушением связывания билирубина с глюкуроновой кислотой
- нарушением оттока желчи +
- нарушением инактивации гормонов в печени
- нарушением дезинтоксикационной функции печени
- нарушением белкового обмена

750. Признаки синдрома портальной гипертензии:

- слабость, похудание, гепатомегалия
- спленомегалия, «рубиновые» капли, носовые кровотечения
- цианоз, отеки, гепатомегалия
- асцит, спленомегалия, гепатомегалия, расширение вен передней брюшной стенки +
- желтуха, кожный зуд, ахолия

751. У больного жалобы на тяжесть в животе, выделение крови со стулом. Объективно: увеличение живота, пупок выбухает, подкожные вены передней брюшной стенки расширены, «+» симптом волны. Какой синдром у больного?

- воспаления печени
- портальной гипертензии +
- печеночной недостаточности
- паренхиматозной желтухи
- гепатоспленомегалии

752. У больного жалобы на носовые кровотечения, похудение, быструю утомляемость, снижение памяти. Объективно: «сосудистые звездочки», подкожные геморагии, гинекомастия, иктеричность склер, атрофия мышц. Какой синдром у больного?

- воспаления печени
- портальной гипертензии
- печеночной недостаточности +
- подпеченочной желтухи
- гепатоспленомегалии

753. У больного жалобы на сильные боли в правом подреберье, возникли внезапно после приема жирной пищи. Объективно: выраженная желтуха, болезненность при поверхностной пальпации живота в области правого подреберья. В крови повышение уровня общего и связанного билирубина, щелочной фосфатазы. Какой синдром у больного?

- воспаления печени
- надпеченочной желтухи
- печеночной желтухи
- подпеченочной желтухи +
- печеночной недостаточности

754. У больного тупые ноющие боли в правом подреберье, уменьшающиеся после приема пищи, тошнота, горечь во рту, болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря, положительный симптом Ортнера. Какой синдром у больного?

- воспаления печени
- воспаления желчного пузыря +
- печеночной недостаточности
- подпеченочной желтухи
- желудочной диспепсии

755. У больного постоянные тупые ноющие боли в правом подреберье, тошнота, быстрая утомляемость, болезненность при пальпации в области правого подреберья, размеры печени по Курлову 12x11x9 см. В анализах крови: лейкоцитоз, повышение СОЭ, гиперглобулинемия, положительный СРБ. Какой синдром у больного?

- воспаления печени +
- портальной гипертензии
- печеночной недостаточности
- воспаления желчного пузыря
- гепатоспленомегалии

756. У больного после командировки появились жалобы на тяжесть в правом и левом подреберьях, тошноту, слабость. Объективно: размеры печени по Курлову 13x10x9 см, селезенка 9x8 см. Какой синдром у больного?

1. воспаления печени
2. портальной гипертензии
3. печеночной недостаточности
4. желтухи
5. гепатоспленомегалии +

757. Отсутствие аппетита до отказа от приема пищи:

1. bulimia
2. odinophagia
3. diasphagia
4. anorexia +
5. adipositas

758. Тошнота – это:

1. eructatio
2. vomitus
3. nausea +
4. pyrosis
5. meteorismus

759. Отрыжка пищей – это:

1. eructatio
2. regurgitation +
3. emesis
4. vomitus
5. diarrhea

760. Отрыжка воздухом – это:

1. Eructation +
2. regurgitation
3. emesis
4. vomitus
5. diarrhea

761. Рвота – это:

1. Eructation
2. Vomitus +
3. regurgitatio
4. nausea
5. anorexia

762. Запор – это:

1. diarrhea
2. obstipatio +
3. obesitas
4. regurgitatio

5. haemorrhagia

763. Понос – это:

1. Diarrhea +
2. obstipatio
3. regurgitatio
4. haemorrhagia
5. meteorismus

764. Кровавый стул это:

1. haemorrhagia
2. haemoptoe
3. melena +
4. haemophthisis
5. gastralgia

765. Мелена – это:

1. кровохарканье
2. кровотечение из толстого кишечника
3. кровотечение из тонкого кишечника +
4. кровотечение из прямой кишки
5. рак кожи

766. Механизм болей при заболеваниях желудка:

1. атония желудка
2. раздражение рецепторов пищей
3. раздражение рецепторов соляной кислотой
4. спазм гладкой мускулатуры +
5. раздражение рецепторов пепсином

767. Причина появления рвотных масс зеленоватого цвета с гнилостным запахом и остатками пищи, съеденной накануне:

1. гипермоторика
2. гиперсекреция
3. воспаление желудка
4. препятствие выходу пищи из желудка +
5. переедание

768. Признак функциональной дисфагии:

1. развивается постепенно
2. бывает при опухолях пищевода
3. бывает при язве пищевода
4. требует оперативного лечения
5. развивается внезапно +

769. Признак функциональной дисфагии:

1. бывает при раке пищевода
2. с затруднением проходит твердая пища
3. с затруднением проходит жидкая пища +
4. развивается постепенно
5. развивается при ожогах пищевода

770. Причина и механизм изжоги:

1. открытый кардиальный сфинктер +
2. спазм кардиального сфинктера
3. дуоденогастральный рефлюкс
4. гипосекреция
5. атония желудка

771. Выберите причину и механизм изжоги:

1. спазм кардии
2. зияние кардии +
3. дуоденогастральный рефлюкс
4. гастродуоденальный рефлюкс
5. застой желчи

772. Механизм развития отрыжки:

1. спазм кардии
2. дуоденогастральный рефлюкс
3. спазм привратника +
4. атония привратника
5. гастродуоденальный рефлюкс

773. Найдите механизм развития отрыжки:

1. атония кардии +
2. дуоденогастральный рефлюкс
3. атония привратника
4. застой желчи
5. перистальтика желудка

774. Отрыжка это:

1. обратная перистальтика желудка+
2. атония желудка
3. обратная перистальтика толстого кишечника
4. обратная перистальтика тонкого кишечника
5. обратная перистальтика пищевода

775. Отрыжка:

1. называется eructation +
2. называется vomitus
3. называется pyrosis

4. называется nausea
5. называется obstipatio

776. Рвота:

1. называется vomitus +
2. называется tussis
- 3 называется nausea
4. называется pyrosis
5. называется diarrhea

777. Признак желудочной рвоты:

1. кислый вкус +
2. без вкуса
3. без предшествующей тошноты
4. съеденная накануне пища сохранена
5. щелочной вкус

778. Признак пищеводной рвоты:

1. кислый вкус
2. кислый запах
3. без предшествующей тошноты +
4. переваренная пища
5. с примесью желчи

779. Механизм развития гастральной рвоты:

1. открытие привратника
2. атонии привратника
3. раздражение рецепторов слизистой желудка+
4. спазм привратника
5. спазм двенадцатиперстной кишки

780. Признак боли при заболевании желудка:

1. связана с приемом пищи +
2. связана с дефекацией
3. локализуется в левом подреберье
4. локализуется вокруг пупка
5. проходит при приеме слабительных

781. Признак боли при болезни желудка:

1. не связана с приемом пищи
2. имеет опоясывающий характер
3. проходит после дефекации
4. локализуется в правом подреберье
5. локализуется в подложечной области +

782. Характеристика боли при заболевании желудка:

1. локализована в левом подреберье
2. локализуется вокруг пупка
3. появляется после приема пищи +
4. появляется после рвоты
5. усиливается после дефекации

783. Симптом желудочной диспепсии:

1. Тошнота +
2. вздутие живота
3. запоры
4. диарея
5. «овечий» кал

784. Признак боли при заболевании желудка:

1. имеет опоясывающий характер
2. связана с дефекацией
3. появляется через 4-5 часов после приема пищи
4. появляется через 30 мин-1 час после приема пищи +
5. локализована в правом подреберье

785. Выберите признак боли при болезни желудка:

1. локализуется в подложечной области +
2. локализуется в пупочной области
3. локализуется в гипогастрии
4. снимается приемом желчегонных препаратов
5. снимается применением холода

786. Найдите характеристику боли при заболевании желудка:

1. опоясывающая
2. локализуется в эпигастрии +
3. локализуется в мезогастрии
4. иррадирует в левую половину поясницы и пах
5. появляется через 3-4 часа после приема пищи

787. При заболеваниях желудка боли:

1. Ранние +
2. поздние
3. ночные

4. связаны с дефекацией
5. не связаны с приемом пищи

788. Признак патологии органов пищеварения при осмотре:

1. пульсация в подложечной области
2. исхудание больного +
3. взбухание в области левого подреберья
4. синюшность кожных покровов
5. симптом «барабанных палочек»

789. При осмотре пациента с патологией органов пищеварения выявляется:

1. желтуха +
2. бледность кожи и следы расчесов
3. бледность кожи и геморрагическая сыпь
4. цвет кожи оттенка «кофе с молоком»
5. бронзовый оттенок кожи

790. Признак патологии органов ЖКТ при осмотре ротовой полости:

1. язык влажный чистый
2. язык «географический»
3. язык влажный обложенный +
4. некротическая ангина
5. кровоточивость десен

791. Признак патологии органов ЖКТ при осмотре живота:

1. живот увеличен в объеме, пупок втянут
2. симптом «грелки» +
3. выпячивание в надлобковой области
4. живот симметричен
5. Эпигастральная пульсация

792. Признак патологии желудка при осмотре живота:

1. живот увеличен в объеме, пупок втянут
2. выпячивание в надлобковой области
3. видимая перистальтика и антиперистальтика желудка +
4. живот симметричен
5. Эпигастральная пульсация

793. Признак патологии желудка и кишечника при осмотре живота:

1. живот увеличен симметричен

2. живот округлой формы
3. пульсация в подложечной области
4. «голова Медузы»
5. живот не участвует в акте дыхания +

794. Цель поверхностной ориентировочной пальпации живота:

1. определение болезненности +
2. определение резистентности
3. определение степени упитанности больного
4. определение наличия асцита
5. определение эластичности

795. Выберите цель поверхностной ориентировочной пальпации живота:

1. определение резистентности
2. определение степени упитанности больного
3. определение наличия асцита
4. определение эластичности
5. определение симптомов раздражения брюшины +

796. Целью поверхностной ориентировочной пальпации живота является:

1. определение резистентности
2. определение степени упитанности больного
3. определение наличия асцита
4. определение эластичности
5. определение напряжения мышц брюшной стенки +

797. Признаки повышенной секреторной функции желудка:

1. Отрыжка тухлым
2. Отрыжка кислым +
3. Горький вкус во рту
4. Отрыжка воздухом
5. Рвота типа «кофейной гущи»

798. Протеинурия это

1. наличие лейкоцитов в моче
2. наличие эритроцитов в моче
3. наличие оксалатов в моче
4. наличие белка в моче +
5. наличие фосфатов в моче

799. При олигурии количество выделяемой за сутки мочи менее:

1. 1000 мл
2. 800 мл
3. 700 мл
4. 600 мл
5. 500 мл +

800. Гематурия это

1. наличие лейкоцитов в моче
2. наличие эритроцитов в моче +
3. наличие оксалатов в моче
4. наличие белка в моче
5. наличие фосфатов в моче

801. В развитии почечных отеков играет роль:

1. снижение синтеза белков
2. дефицит витамина С
3. гипопроteinемия +
4. гиперproteinемия
5. гиперкалиемия

802. В механизме развития отеков при нефротическом синдроме играет роль

1. снижение проницаемости стенки капилляров
2. снижение гидростатического давления плазмы крови
3. повышение онкотического давления плазмы крови
4. снижение онкотического давления плазмы крови +
5. задержка в крови и тканях ионов калия

803. В механизме развития отеков при остонефритическом синдроме играет роль

1. снижение проницаемости стенки капилляров
2. снижение гидростатического давления плазмы крови
3. повышение проницаемости стенки капилляров +
4. задержка в крови и тканях ионов калия
5. повышение гидростатического давления плазмы крови

804. Клинические признаки синдрома почечных отеков

1. появляются на ногах
2. более выражены вечером
3. появляются на лице +
4. холодные на ощупь
5. синюшные

805. Лабораторный признак нефротического синдрома

1. гипербилирубинемия
2. гипохолестеринемия
3. микроальбуминурия +
4. гиперальбуминемия
5. лейкоцитурия

806. Синдром почечной артериальной гипертензии развивается вследствие:

1. Снижения уровня альдостерона
2. Активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы +
3. Активации простагландиновой системы
4. Задержки калия в организме
5. Повышения функции калликреин-кининовой системы

807. Клинический признак хронической почечной недостаточности, выявляемый при осмотре:

1. расширение подкожных вен
2. геморрагии, следы расчесов на коже +
3. диффузный цианоз
4. ксантомы, ксантелазмы
5. пальмарная эритема

808. Лабораторный признак хронической почечной недостаточности:

1. повышение уровня креатинина в крови +
2. снижение уровня креатинина в крови
3. гипокалиемия
4. гипогликемия
5. гиперальбуминемия

809. При нефритическом синдроме моча:

1. соломенно-желтая
2. черная
3. цвета “мясных помоев” +

4. цвета “цвет пива”

5. зеленоватая

810. Лабораторный признак при хронической почечной недостаточности:

1. повышение уровня мочевины в крови +
2. снижение уровня креатинина в крови
3. гипокалиемия
4. гипогликемия
5. гиперальбуминемия

811. Проба Реберга при синдроме хронической почечной недостаточности позволяет оценить:

1. количество лейкоцитов в моче
2. количество мочи
3. концентрационную способность почек
4. величину клубочковой фильтрации +
5. цвет мочи

812. Признаками какого синдрома являются: отеки век, бледность кожи, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, нормальный уровень креатинина крови?

1. Хронической почечной недостаточности
2. Острой почечной недостаточности
3. Мочевого синдрома
4. Нефротического синдрома +
5. Почечной артериальной гипертензии

813. Оцените анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2000, эритроциты – 3000, цилиндры – 20.

1. Лейкоцитурия
2. Гематурия +
3. Цилиндрурия
4. Оксалатурия
5. Пиурия

814. Оцените анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 4500, эритроциты – 1000, цилиндры – 15.

1. Оксалатурия
2. Пиурия
3. Лейкоцитурия +
4. Гематурия
5. Цилиндрурия

815. Цвет мочи при макрогематурии:

1. “мясных помоев” +
2. соломенно-желтый
3. “Цвет пива”
4. бесцветный
5. Зеленоватый

816. Проба Реберга позволяет оценить:

1. Количество лейкоцитов в моче
2. Количество мочи
3. величину клубочковой фильтрации +
4. концентрационную способность почек
5. количество цилиндров в моче

817. Клинические признаки патологии системы кроветворения:

1. Покраснение ладоней
2. Ксантелазмы
3. Кровоизлияния под кожу +
4. Следы расчесов на коже
5. Сосудистые звездочки

818. В основе синдрома миелопролиферации лежит

1. угнетение функции селезенки
2. появление очагов патологического кроветворения +
3. воспалительный процесс в лимфоузлах
4. регенераторное кроветворение
5. наследственный дефицит факторов свертывания крови

819. Жалобы при синдроме миелопролиферации:

1. Боли в суставах при движениях
2. Боли в области левого подреберья +
3. Отеки
4. Частая смена настроения
5. Повышенный аппетит

820. Признаками какого синдрома являются эритропения, анизоцитоз, пойкилоцитоз, повышение СОЭ, при нормальном уровне лейкоцитов и тромбоцитов?

1. миелопролиферации
2. анемического +

3. геморрагического
4. гиперспелизма
5. лимфопролиферации

821. У больного при обследовании выявлены спленомегалия, анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Какой синдром у больного?

1. миелопролиферации
2. гиперспленизма +
3. лимфопролиферации
4. гепатоспленомегалии
5. геморрагический синдром

822. Признак патологии эндокринной системы:

1. отеки
2. геморрагии
3. гигантизм +
4. увеличение мышечной массы тела
5. деформация суставов

823. Жалоба, характерная для патологии щитовидной железы:

1. Жажда
2. Одышка в покое
3. Кожный зуд
4. Раздражительность +
5. Повышенная кровоточивость

824. Лабораторный признак патологии эндокринной системы:

1. гипергликемия +
2. гиперпротеинемия
3. диспротеинемия
4. повышение уровня креатинина
5. повышение уровня амилазы крови

825. К основным жалобам при синдроме гипергликемии относится:

1. редкое мочеиспускание
2. плохая переносимость жары
3. кашель с мокротой
4. жажда +
5. отеки лица

826. Выберите жалобы при синдроме гипергликемии относится:

1. повышенный аппетит, сухость во рту +
2. пониженный аппетит
3. сухость кожи, ломкость ногтей, слабость
4. редкое мочеиспускание, отеки
5. раздражительность, потливость

827. При аускультации больных с понижением функции щитовидной железы определяется:

1. Брадикардия +
2. Тахикардия
3. Хлопающий I-й тон
4. Акцент II-го тона на аорте
5. Акцент II-го тона на легочной артерии

828. Причина синдрома гипергликемии:

1. повышение уровня инсулина в крови
2. абсолютная недостаточность инсулина +
3. снижение уровня тироксина в крови
4. печеночная недостаточность
5. повышение уровня альдостерона в крови

829. При аускультации больных с повышением функции щитовидной железы выявляется:

1. Брадикардия, глухость тонов
2. Тахикардия, нарушение ритма, систолический шум +
3. Хлопающий I-й тон, диастолический шум
4. ослабление II тона
5. Акцент II-го тона на легочной артерии

830. При обследовании больная вялая, говорит медленно, голос хриплый, низкий, гнусавый. Кроме того, кожа холодная сухая, утолщенная, грубая, гиперкератоз локтей и стоп, увеличение языка, брадикардия. Какой синдром у больной?

1. понижения функции щитовидной железы +
2. повышения функции щитовидной железы
3. гипергликемии
4. гипогликемии
5. ожирения

831. У больной при физикальном обследовании выявлены экзофтальм, редкое мигание, симптом Грефе и Кохера. Какой синдром у больной?

1. понижения функции щитовидной железы
2. повышения функции щитовидной железы +
3. гипергликемии
4. гипогликемии
5. ожирения

832. Больной после инъекции инсулина возбужден, агрессивен, жалуется на выраженное чувство голода, дрожь в руках. Какой синдром у больной?

1. понижения функции щитовидной железы
2. повышения функции щитовидной железы
3. гипергликемии
4. гипогликемии +
5. ожирения

833. Признаки мальабсорбции:

1. Запоры
2. Поносы до 10 раз в сутки+
3. Стеаторея
4. Гиперпротеинемия
5. Изжога

834. Механизм пальмарной эритемы:

1. повышение проницаемости сосудов
2. понижение проницаемости сосудов
3. нарушение белкового обмена
4. нарушение липидного обмена
5. нарушение инактивации гормонов в печени+

835. Причина атонического запора:

1. Нарушение моторной функции тонкого кишечника
2. снижение моторной функции толстого кишечника
3. Нарушение моторной функции толстого кишечника+
4. повышенная раздражительность мышечного слоя кишечника
5. усиление тонуса нервных окончаний в кишечнике

836. Признак спастического запора:

1. кал в виде комочков
2. кал темного цвета
3. кал цилиндрической формы
4. Жидкий кал
5. Плотный («овечий») кал+

837. Причина зуда кожи при гепатобилиарной патологии:

1. гипербилирубинемия
2. холемия+
3. гипопропротеинемия
4. гиперхолестеринемия
5. гиперпротеинемия

838. При спастическом запоре бывает:

1. снижение моторной функции верхнего отдела кишечника
2. снижение моторной функции тонкого кишечника
3. снижение моторной функции толстого кишечника+
4. мягкий кал со слизью
5. кал со слизью и кровью

839. У больного схваткообразные боли в животе, вздутие живота выделение плотного кала малыми порциями 1-2 раза в день, кал со слизью. Укажите синдром:

1. Мальдигестии
2. Мальабсорбции
3. Усиления моторной функции толстого кишечника+
4. Ослабления моторной функции толстого кишечника
5. Нарушенной внешнесекреторной функции поджелудочной железы

840. У больного жалобы на похудение, частый пенный жидкий стул желтого цвета, плохую переносимость молока, при пальпации – болезненность в эпигастральной области. Укажите данные осмотра, характерные для данного синдрома:

1. Гиперемия лица
2. Бледность кожи +

3. Желтуха

4. асцит
5. «доскообразный» живот

841. У больного 35 лет жалобы на изжогу, отрыжку, боли в животе через полчаса после приема пищи, проходящие после рвоты. Укажите вероятную локализацию

болезненности при пальпации живота:

1. Подложечная область+
2. Вокруг пупка
3. Правая боковая область
4. Гипогастрий
5. Правое подреберье

842. У больной 17 лет неустойчивый аппетит, быстрое насыщение после нескольких глотков пищи, отрыжка, изжога, симптом «позднего шума плеска». Укажите причину:

1. Гастроспазм
2. Атония желудка+
3. Дискинезия толстого кишечника
4. Пилороспазм
5. Дискинезия тонкого кишечника

843. У больного 56 лет слабость, похудание, сухость кожи, выпадение волос, ломкость ногтей, кровоточивость десен, поносы, пенный стул желтого цвета с кислым запахом, содержит остатки крахмала.

Укажите синдром:

1. Мальабсорбции +
2. мальдигестии
3. Дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу
4. Ослабление моторной функции толстого кишечника
5. Желудочной диспепсии

844. У больного кислая отрыжка, кислый вкус во рту, боли в подложечной области, запоры. Выявлено: базальная секреция – 150 мл, свободная HCl – 60 ммоль/л. Укажите синдром:

1. Повышения моторной функции желудка
2. Повышения секреторной функции желудка+

<p>3. Снижения секреторной функции желудка 4. Ослабления моторной функции толстого кишечника 5. Нарушенной внешнесекреторной функции поджелудочной железы</p>	<p>848. У больной К. 30 лет повышенная возбудимость, общее двигательное беспокойство, суетливость, короткий сон, повышенный аппетит, при этом отмечается сниженная подкожно-жировая клетчатка, выраженное дрожание пальцев вытянутых рук, гипергидроз кожи. Выявлены симптомы Мебиуса, Грефе. Ваши предположения?</p>	<p>1:4 1:5 1:6</p>	<p>4. границы относительной тупости с возрастом расширяются 5. . исходно поперечное положение оси сердца, без изменения</p>
<p>845. У больного сезонные боли в подложечной области, через 3-4 часа после приема пищи, в эпигастральной области, изжога, запоры. Для поражения какого отдела ЖКТ характерны эти боли: 1. Кардиального отдела желудка 2. Области малой кривизны желудка 3. Области привратника+ 4. Пищевода 5. Фундального отдела желудка</p>	<p>1. У больной синдром гипогликемии 2. Имеется синдром снижения функции щитовидной железы 3. Имеется синдром повышенной функции щитовидной железы + 4. У больной синдром гипергликемии 5. У больной синдром гиперкортицизма</p>	<p>853. Соотношение частоты дыхания и пульса составляет 1:4 после (возраст детей): 6 месяцев + 1 года 5 лет 10 лет 12 лет</p>	<p>858. Передняя поверхность сердца у детей после 1 года в основном образована: 1. правым предсердием 2. + .правым желудочком 3. левыми предсердием 4. левым желудочком 5. левым желудочком и частично правым желудочком</p>
<p>846. У больной Б. 35 лет появились сильные головные боли, жажда, полиурия, похудание, боли в подложечной области и пропал аппетит. Через 2 часа появился запах ацетона изо рта, судороги, рвота, больная стала беспокойной, возбужденной, исчез сон. Еще позже больная, наоборот стала заторможенной, затем полностью потеряла сознание. Какая кома у больной? 1. гипогликемическая 2. уремическая 3. диабетическая + 4. печеночная 5. апоплексическая</p>	<p>849. У девочек после 7 лет преобладает тип дыхания: + грудной брюшной грудобрюшной смешанный с преобладанием диафрагмального смешанный с преобладанием грудного</p>	<p>854. Пуэрильное дыхание у детей выслушивается с: 0 до 3 мес. 1 до 5 лет + 6 мес до 5-7 лет 2 до 7 мес. 6 мес до 9-10 лет</p>	<p>859. В каком возрасте завершается тканевая дифференцировка сердца : 1. 5-6 2. + .7-8 3. 9-10 4. 10-12 5. к 2 годам</p>
<p>847. У больной С. 29 лет по поводу узлового зоба 2 степени произведена субтотальная тиреоидэктомия. Больная постепенно стала отекать, появилась апатия, понижение интереса к окружающему, ухудшение памяти, сонливость, вялость, чувство зябкости. Ваши предположения: 1. У больной синдром гипогликемии 2. Имеется синдром снижения функции щитовидной железы + 3. Имеется синдром повышенной функции щитовидной железы 4. У больной синдром гипергликемии 5. У больной синдром гипокортицизма</p>	<p>850. У мальчиков после 7 лет преобладает тип дыхания: грудной + брюшной грудобрюшной смешанный с преобладанием диафрагмального смешанный с преобладанием грудного</p>	<p>855. Везикулярное дыхание начинает выслушиваться у детей старше: 2-4 лет 4-6 лет +7-8 лет 8-10 лет 10-12 лет 856. У большинства детей облитерация артериального (Боталова) протока происходит к: 1. 1-2 мес 2. +.2-3 мес. 3. 4-5 мес. 4. 6-8 мес. 5. к 2 годам</p>	<p>860. У детей раннего возраста высокая частота сердечных сокращений обеспечивается: 1. преобладанием вагусной иннервации 2. + .преобладанием симпатической иннервации ,поздним развитием вагусной иннервации 3. .поздним развитием симпатической иннервации 4. преобладанием вагусной и симпатической иннервации 5. низким артериальным давлением</p>
	<p>851. Частота дыханий в покое у новорожденных детей: + 30-50 дыханий за 1 минуту 23-30 дыханий за 1 минуту 12-18 дыханий за 1 минуту 15-20 дыханий за 1 минуту 30-35 дыханий за 1 минуту</p>		<p>861. Низкие цифры артериального давления у детей раннего возраста обусловлены: 1. + малым ударным объемом сердца и низким удельным периферическим сосудистым сопротивлением 2. незрелостью вагусной регуляции 3. большим ударным объемом сердца и низким удельным периферическим сосудистым сопротивлением 4. узким просветом сосудов малого круга 5. большим ударным объемом сердца</p>
	<p>852. У здоровых детей 1 года жизни соотношение между числом дыханий и частотой сердечных сокращений составляет: 1:2-2,5 + 1:3-3,5</p>		

862. Среднее систолическое артериальное давление ( в мм.рт.ст.) у детей старше года рассчитывается по формуле ( n- возраст в годах)

1.  $60+2n$
2.  $90+n$
3.  $+ 90+2n$
4.  $80+2n$
5.  $100+n$

863. Среднее диастолическое артериальное давление у детей старше 1 года рассчитывается по формуле ( n- возраст в годах)

1.  $40+2n$
2.  $50+n$
3.  $+ 60+ n$
4.  $70+2n$
5.  $30+n$

864. Рвота при заболеваниях ЖКТ чаще возникает у детей:

1. раннего возраста +
2. дошкольников
3. школьников
4. возраст значения не имеет
5. новорожденных

865. Наиболее частыми причинами развития ХПН у детей раннего возраста являются:

1. хронический пиелонефрит
2. хронический цистит
3. амилоидоз почек
4. врожденные пороки развития мочевыделительной системы +
5. хронический гломерулонефрит

866. Второй перекрест в лейкоцитарной формуле крови у детей отмечается в возрасте:

1. 4-5 месяцев
2. 1 года
3. +. 4-5 лет
4. 6-8 лет
5. 10-12 лет

867. Костная ткань детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:

1. + менее плотная, более гибкая ,склонна к деформациям
2. менее плотная,менее гибкая
3. более гибкая, не склонна к деформациям
4. менее гибкая, склонна к деформациям
5. не склонна к деформациям

868. У большинства детей большой родничок закрывается к (возраст в месяцах):

1. 6
2. 9-10
3. + 12
4. 18
5. 24

869. физиологическая желтуха у доношенных новорожденных в среднем:

1. появляется на 1-2, исчезает на 5-7 дни жизни
2. + появляется на 2-3. исчезает на 7-10 дни жизни
3. появляется на 4-5. исчезает на 10-14 дни жизни
4. появляется в первые часы жизни , исчезает на 5 сутки
5. появляется через 12 часов после рождения, исчезает

870. Особенности кровоснабжения мозга и оттока крови у детей раннего возраста являются:

1. кровоснабжение лучше, отток лучше
2. + кровоснабжение лучше, отток ограничен
3. кровоснабжение хуже, отток ограничен
4. кровоснабжение хуже, отток лучше
5. кровоснабжение и отток одинаково ограничены

871. Проницаемость гематоэнцефалического барьера у детей по сравнению со взрослыми:

1. + выше
2. ниже
3. такая же
4. на50%выше
5. на70%ниже

872. Половая дифференцировка плода происходит под контролем:

1. лютеинизирующего гормона
2. фолликулостимулирующего гормона
3. пролактина
4. тестостерона
5. + гонадотропинов

873. Отставание в росте при гипофизарном нанизме у детей отмечается с:

1. 1 года
2. 2-4 лет
3. + 5-6 лет
4. 3-7 лет
5. в пубертатном периоде

874. Синтез инсулина поджелудочной железой у детей начинается:

1. + во внутриутробном периоде
2. при рождении
3. После угасания лактации
4. после перевода ребёнка на искусственное вскармливание
5. после созревания ферментативной функции щитовидной желез

875. В какой форме создается Национальный холдинг в области здравоохранения:

1. В форме производственного кооператива
2. В форме государственного предприятия
3. В форме товарищества с ограниченной ответственности
4. В форме ассоциации
5. + В форме акционерного общества

876. По решению какого органа создается Национальный холдинг в области здравоохранения:

1. По решению Парламента
2. По решению министерства здравоохранения
3. По решению Президента РК
4. По решению министерства здравоохранения с согласия Парламента
5. + По решению Правительства РК

877. Какой орган осуществляет деятельность в области ядерной медицины:

1. Комитет фармации
2. Министерство здравоохранения
3. Министерство обороны
4. +Национальный холдинг в области здравоохранения
5. Республиканская медицинская комиссия

878. Что такое детоксикация:

1. +Комплекс медицинских мероприятий, направленных на выведение из организма человека алкоголя;
2. Комплекс медицинских мероприятий, направленных на выявление в организме человека дозу алкоголя;
3. Комплекс медицинских мероприятий, направленных на выведение из организма человека потовыделения
4. Комплекс медицинских мероприятий, направленных на инъекцию в организм человека антибиотиков
5. Комплекс медицинских мероприятий, направленных на выведение из организма человека наркотических веществ

879. Принудительное лечение осуществляется:

1. По решению прокурора
2. По решению следователя
3. +По решению суда
4. По решению главного врача
5. По решению лечащего врача

880. Что из перечисленных не должно применяться пациенту

1. Принуждение
2. Кофеин
3. +Эвтаназия
4. Радиоактивные элементы
5. Ионизирующее излучение

881. Порядок и условия оказания платных услуг в организациях здравоохранения определяется

1. Всемирной организацией здравоохранения
2. Муниципалитетом

<p>3.+Правительством Республики Казахстан 4.Министерством здравоохранения 5.Парламентом Республики Казахстан</p>	<p>4.Принимает непосредственное участие в разработке но производстве лекарственного средства участие не принимает 5.Принимает непосредственное участие в производстве лекарственного средства но в разработке не участвует</p>	<p>3.Имеют право в случае определения суррогатной матери 4.Имеют право в случае рождения ребенка суррогатной матерью 5.Имеют право во всех случаях</p>	<p>2.В отношении иностранных граждан 3.В отношении всх вменяемых граждан 4.При внесении страховой суммы 5.При наличии обвиняемого приговора суда</p>
<p>882. Какой медицинский помощь может оказать медицинский работник со средним медицинским образованием 1.Медико-социальную помощь 2.Квалифицированную медицинскую помощь; 3.+Доврачебную медицинскую помощь 4.Высокоспециализированную медицинскую помощь; 5.Специализированную медицинскую помощь;</p>	<p>886. В Республике Казахстан клонирование человека: 1.Разрешается для научных целей 2.Разрешается для экспериментов 3.Разрешается с ограничениями 4.Разрешается клонировать животных 5.+Запрещается</p>	<p>891. В отношении каких лиц может быть проведена хирургическая стерилизация: 1.+В отношении граждан не моложе тридцати пяти лет 2.В отношении граждан не моложе двадцати лет 3.В отношении граждан не моложе двадцати пяти лет 4.В отношении граждан не моложе тридцати лет 5.В отношении граждан не моложе восемнадцати лет</p>	<p>895.Здоровье - это 1.+состояние полного физического, духовного (психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов 2.это полное отсутствие болезней и физических дефектов 3.способность организма адаптироваться к изменяющимся условиям среды 4.абсолютное отсутствие различных патологических процессов 5.состояние организма человека, озвляющее вести активный образ жизни</p>
<p>883. Процессуальный порядок назначения и производства судебно-медицинской, судебно-психиатрической и судебно-наркологической экспертиз установлен: 1.Конституцией РК, КЗ РК 2.ГК РК, УК РК, УИК РК 3.ГК РК, УК РК, ТК РК 4.ГК РК, УК РК, ЭК РК 5.+ГПК РК. УПК РК, КоАП РК</p>	<p>887. Суррогатной матерью могут стать женщины в возрасте: 1.От 18 до 25 лет 2.+От 20 до 35 лет 3.От 25 до 35 лет 4.От 25 до 40 лет 5.От 18 до 35 лет</p>	<p>892. В отношении каких лиц может быть проведена хирургическая стерилизация в зависимости от количества детей: 1.В отношении граждан имеющих не менее трех детей 2.В отношении граждан имеющих не менее одного ребенка 3.В отношении граждан имеющих не менее 4-х детей 4.В отношении граждан имеющих не менее 5-х детей 5.+В отношении граждан имеющих не менее двух детей</p>	<p>896. Бакалавр 1.форма подготовки научных и педагогических кадров высшей квалификации в высших учебных заведениях и научных организациях 2.академические звания, присваиваемые соответствующим высшим учебным заведением; ученые звания, присваиваемые уполномоченным органом в области образования по ходатайству высшего учебного заведения или научной организации 3.+академическая степень, присуждаемая лицам, освоившим соответствующие образовательные программы высшего образования 4.форма получения послевузовского углубленного медицинского образования по клиническим специальностям 5.академическая форма подготовки научных и педагогических кадров высшей квалификации в высших учебных заведениях и научных организациях</p>
<p>884. Порядок предоставления медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях определяется: 1.Министерством здравоохранения 2.Министерством по чрезвычайной ситуации 3.+Правительством Республики Казахстан 4.Парламентом Республики Казахстан 5.Президентом Республики Казахстан</p>	<p>888. Права и обязанности суррогатной матери, потенциальных родителей, права ребенка и порядок заключения соглашения регулируются: 1.Законом О суррогатной матери 2.Законом О правах ребенка 3.Законом О родителях 4.Законом О семье 5.+Законодательством О браке и семье</p>	<p>893. В отношении каких лиц может быть проведена хирургическая стерилизация независимо от возраста и наличия детей: 1.До семнадцати недель 2.До пятнадцати недель 3.+До двенадцати недель 4.До восемнадцати недель 5.В любое время от двенадцати недель</p>	<p>3.+академическая степень, присуждаемая лицам, освоившим соответствующие образовательные программы высшего образования 4.форма получения послевузовского углубленного медицинского образования по клиническим специальностям 5.академическая форма подготовки научных и педагогических кадров высшей квалификации в высших учебных заведениях и научных организациях</p>
<p>885. Государственная экспертная организация проводящее экспертизу: 1.Принимает непосредственное участие в разработке и производстве лекарственного средства 2.Принимаеткосвенное участие в разработке и производстве лекарственного средства 3.+Не принимает непосредственное участие в разработке и производстве лекарственного средства</p>	<p>889. Донорами половых клеток могут быть граждане, в возрасте: 1.+От 18 до 35 лет 2.От 20 до 35 лет 3.От 25 до 30 лет 4.От 25 до 35 лет 5.От 20 до 40 лет</p> <p>890. Имеют ли право доноры на информацию о дальнейшей судьбе своих донорских половых клеток: 1.Имеют право 2.+Не имеют право</p>	<p>894. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности: 1.+При наличии медицинских показаний и согласия совершеннолетнего гражданина</p>	<p>897. Ятрогенные заболевания являются: 1. частным случаем психогений</p>

2. нежелательными изменениями психики, порожденными врачом
3. расстройствами психики в результате воздействия “слова” врача
4. +все вышеперечисленное верно

898. Медицинская этика:

1. это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
2. это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
3. это наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
- 4.+ верно все перечисленное
5. нет правильного варианта

899. Какая на приведенных ниже моделей взаимоотношений “врач-пациент” наиболее рациональное с позиции интересов пациентов?

- 1.“инженерно-техническая модель” - врач как специалист
2. “патерналистская модель” - врач как “духовный отец”
3. +“кооперативная модель” - сотрудничество врача и пациента
4. “договорная модель” - врач как “поставщик”, а пациент - “потребитель медицинских услуг”
5. все названное

900. К сфере каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии

1. взаимоотношения врача и пациента
2. взаимоотношения врача и родственников пациента
3. взаимоотношения в медицинском коллективе
4. взаимоотношения медицинских работников и общества

5. +все названное

901. Что составляет предмет врачебной тайны

- 1 сведения о состоянии пациента в период его болезни
- 2 информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента,
- 3 диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении
- 3 +все вышеперечисленное

902. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- 1 защиты внутреннего мира человека, его автономии
- 2 защиты социальных и экономических интересов личности
- 3 создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений “врач-пациент”
- 4 поддержания престижа медицинской профессии
5. +все перечисленное верно.

903. Разрешена ли эвтаназия (искусственное приближение смерти по просьбе пациента) законодательством о здравоохранении?

- 1 да
- 2 +нет

904. Могут ли быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок органы и ткани человека?

- 1 да
- 2 +нет
- 3 иногда