

Министерство Образования и Науки Кыргызской Республики

Ошский Государственный Университет

Медицинский факультет

Кафедра «Внутренние болезни с курсом семейной медицины»

« Утверждаю»

Декан, д.м.н., профессор

 Бдырысов И.Т.

«    »    2024г



**Фонд тестовых заданий для компьютерного тестирования**

предназначен для контроля знаний студентов по специальности «Лечебное дело»

дисциплина «Семейная медицина»

курс 6, семестр - 12

объем учебной нагрузки по дисциплине составляет :

всего 210 ч

аудиторных- 105

внеаудиторных- 105

лекционные- 42 ч

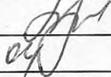
практические- 63 ч

СРС-105

кол-во вопросов- 350

«Согласовано»

председатель УМС

ст. преп.  А.Т. Турсунбаева

«    »    2024г.

Тестолог: Жообасарова Д.Ж.

Обсужден на заседании кафедры «Внутренние болезни с курсом семейной медицины»  
«12» апреля 2024-г протокол №9

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент:  Рысматова Ф.Т

Составитель :

Жуманалиева М.С.

3.  $3400+250=3650$

4.  $3400+300=3700$

5.  $3400+400=3800$

201. Костный мозг гиперклеточный, индекс Л/Э = 1/6. Среди эритрокариоцитов преобладают клетки гигантских размеров (более 25 мкм) с нежной хроматиновой структурой ядер, базофильной цитоплазмой. Созревание нейтрофилов замедленно, среди последних много гигантских миелоцитов и метамиелоцитов, гиперсегментированных нейтрофилов, мегакариоциты больших размеров, с гиперсегментированными ядрами, содержащие тромбоциты. Указанная картина костного мозга характерна:

- А) В12-дефицитной анемии
- Б) эритроцитарной энзимопатии
- В) железodefицитной анемии
- Г) острого эритромиелоза
- Д) всех перечисленных заболеваний

202. К лабораторным признакам железodefицитной анемии относятся:

- А. макроцитоз в периферической крови;
- Б. микрофероцитоз;
- В. анизо-пойкилоцитоз со склонностью к микроцитозу;
- Г. смещение пика в кривой Прайс-Джонса вправо;
- Д. отложение гранул гемосидерина в ретикулоцитах.

203. Женщина 32 года, при случайном обследовании в общем анализе мочи обнаружено: протеинурия до 70 мг/л, лейкоцитурия - 1520 в п/з. Из анамнеза выяснили, что 3 года назад перенесла острый пиелонефрит, лечилась самостоятельно. Поставьте предварительный диагноз

- а) гломерулонефрит
- б) хронический пиелонефрит
- в) хронический цистит
- г) мочекаменная болезнь
- д) интерстициальный нефрит

204. Мужчина 52 лет, жалобы на боли в костях, в крови моноцитоз (20%), СОЭ-80 мм/ч, на рентгенограмме костей черепа мелкие множественные дефекты. В пунктате грудины количество плазматических клеток увеличено до 50%. Предположительный диагноз:

- А) острый лейкоз
- Б) анемия
- В) миеломная болезнь
- Г) агранулоцитоз
- Д) микрофероцитоз

205. В костномозговом пунктате найдено: миелокариоцитов 15 тыс/мкл, лимфоцитов 65% единичные гранулоциты и эритробласты, повышенный процент плазматических клеток, липофагов, содержащих бурый пигмент. Мегакариоциты не обнаружены. Указанная картина костного мозга характерна для:

- А) апластической фазы острого лейкоза
- Б) апластической анемии
- В) парциальной красноклеточной аплазии
- Г) хронического миелолейкоза
- Д) всего перечисленного



206. Самой частой причиной развития железодефицитной анемии у мужчин является:

- А. кровопотеря из желудочно-кишечного тракта;
- Б. гломические опухоли;
- В. алкогольный гепатит;
- Г. гематурическая форма гломерулонефрита;
- Д. кровохарканье.

207. Больному острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температурой, отсутствии артериальной гипертензии, гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут. можно вводить жидкость в количестве:

- а) до 200 мл;
- б) до 700 мл;**
- в) до 1200 мл;
- г) до 1500 мл;
- д) до 2000 мл.

208. У 45-летнего больного, слесаря, обнаружены гипертрофия околоушных, слюнных желез, конкратура Дюпюитрена, протеинурия (2,5 г/л), гематурия (40-60 в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

- а) идиопатический IgA - нефрит;**
- б) гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;
- в) гломерулонефрит алкогольной этиологии;
- г) волчаночный гломерулонефрит;
- д) хронический пиелонефрит.

209. У 16-летней больной, страдающей остеомиелитом левой голени, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружен нефротический синдром, гепатоспленомегалия. Уровень фибриногена в крови резко повышен. Вероятный диагноз:

- а) постинфекционный гломерулонефрит;
- б) декомпенсированный цирроз печени;
- в) гепаторенальный синдром;
- г) вторичный амилоидоз с поражением почек;**
- д) волчаночный гломерулонефрит.

210. 50-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике, уровень гемоглобина в крови 65 г/л, протеинурия 22 г, уровень альбуминов сыворотки 40 г/л. Наиболее вероятный диагноз:

- а) хронический гломерулонефрит в стадии уремии;
- б) миеломная болезнь;**
- в) вторичный амилоидоз с поражением почек;
- г) хронический пиелонефрит;
- д) поликистоз почек.

211. У 45-летнего больного в течении 4 месяцев отмечается лихорадка, эпизоды безболезненной макрогематурии. Уровень гемоглобина в крови 160 г/л, СОЭ 60 мм/час. Наиболее вероятный диагноз:

- а) хронический гломерулонефрит гематурического типа;
- б) волчанковый нефрит;
- в) рак почки;**
- г) уратный нефролитиаз;
- д) амилоидоз.



212. У 23-летнего больного, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз 868000, резко повышен уровень фибриногена. Наиболее вероятен диагноз:

- А. Постинфекционный гломерулонефрит
- Б. Декомпенсированный цирроз печени
- В. Гепаторенальный синдром
- Г. Вторичный амилоидоз с поражением почек
- Д. Миелопролиферативный синдром

213. У 27-летнего армянина, страдающего в течение 15 лет приступами абдоминальных болей, 2 года назад появилась протеинурия с быстрым формированием нефротического синдрома. У кузины пациента аналогичные болевые приступы, дядя умер от почечной недостаточности. Наиболее вероятен диагноз:

- А. Наследственный нефрит
- Б. Периодическая болезнь, наследственный амилоидоз
- В. Системная красная волчанка
- Г. Хронический гломерулонефрит
- Д. Хронический панкреатит

214. Больному 74 года. После перенесенной ангины появился отечный синдром, интенсивная головная боль, красная моча (цвета мясных помоев). При обследовании: протеинурия 13,5 г/сут, эритроциты — сплошь покрывают поле зрения. Объективно: отечный синдром до степени анасарки, АД 200/120 мм рт. ст. В крови: НЬ — 124 г/л, СОЭ — 40 мм/час, общий белок — 60 г/л, альбумины — 60 г/л. При УЗИ размеры почек не изменены, чашечно-лоханочная система без особенностей. На протяжении длительного времени страдал желудочковой экстрасистолией на фоне ИБС, артериальной гипертензии (АД 170/100 мм рт. ст.). Предположительный генез отечного синдрома

- а) недостаточность кровообращения у больного ИБС на фоне инфекции
- б) острый гломерулонефрит
- в) обострение хронического пиелонефрита
- г) симптомокомплекс «вторично сморщенной почки»
- д) острый пиелонефрит, возможно апостематозный

215. Больной 72 года. Госпитализирована в связи с обострением хронического гломерулонефрита нефротического типа (протеинурия до 4 г/сут, выраженные отеки). Ранее получал стероиды с хорошим эффектом. Наряду с этим, отмечается артериальная гипертензия, стенокардия II функционального класса, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, язвенная болезнь желудка, аденома предстательной железы с явлениями инфекции мочевых путей. За месяц до госпитализации перенес динамическое нарушение мозгового кровообращения. Определите терапевтическую тактику

- а) преднизолон и плазмаферез
- б) цитостатики и глюкокортикоиды
- в) плазмаферез, гепарин и дезагреганты
- г) диета, мочегонные, антибактериальная терапия, гепарин.
- д) симптоматическая терапия (гипотензивные/мочегонные, диета)

216. 18-летняя женщина обратилась с жалобами на частое мочеиспускание в течение последних суток. В прошлом никаких заболеваний мочеполовой сферы не было. До замужества половых связей не имела. Гинекологический осмотр никаких отклонений не выявил. Температура тела нормальная, анализ крови - лейкоциты  $11 \times 10^9$ /л, мочевины и креатинин - норма, в анализе мочи 8-10 лейкоцитов, много гранулоцитов. Выберите следующий шаг дополнительного обследования

- а) проба Нечипоренко
- б) внутривенная урография
- в) цистоскопия
- г) исследование урокультуры
- д) УЗИ органов брюшной полости

217. 70-летняя женщина поступила в отделение неотложной хирургии с острой почечной недостаточностью. 10 дней назад удалили камни из желчного пузыря, установлен постуральный дренаж через желчный катетер. В связи с повышением температуры тела 10 дней получала гентамицин 800 мг 3 раза в день, цефалатин 8 г в сутки. Количество выделенной мочи 1,5 л в день, креатинин последние 4 дня повышался на 60 мкмоль/л в день и составляет 610 мкмоль/л. АД нормальное. УЗИ органов брюшной полости изменений не выявило. Причина почечной недостаточности в данном случае

- а) сепсис
- б) травма уретры после операции
- в) нефротоксичность гентамицина
- г) острый гломерулонефрит
- д) применение цефалотина

218. Мужчина 45 лет жалуется на боли в правой поясничной области с иррадиацией в пах, частое болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 37,5 °С. Накануне в моче видел какое-то небольшое плотное образование. Индекс массы тела 32. Анализ мочи: реакция кислая, лейкоциты более 100 в поле зрения, эритроциты до 50 в поле зрения, цвет мочи бурый, при отстаивании осадок красно-бурого цвета. При УЗИ органов брюшной полости обнаружено расширение лоханки правой почки и верхней части правого мочеточника. Предположительный диагноз

- а) абсцесс почки
- б) обострение хронического пиелонефрита
- в) обострение мочекаменной болезни, уратные камни
- г) обострение мочекаменной болезни, оксалатные камни
- д) сосочковый некроз

219. У мужчины 51 года отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Керра, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Каков предполагаемый диагноз

- а) хронический холецистит в фазе обострения
- б) хронический панкреатит в фазе ремиссии
- в) язвенная болезнь желудка в фазе обострения
- г) хронический гепатит
- д) другое заболевание

220. На прием к врачу общей практики обратился призывник с АД 154/110 мм рт.ст. При обследовании в общем анализе мочи: удельный вес 1015, белок 0,33 г/л, эритроциты 10-14 в п/з, гиалиновые цилиндры, в клиническом анализе крови изменений не выявлено. Поставьте предварительный диагноз

- а) острый гломерулонефрит
- б) амилоидоз почек
- в) хронический гломерулонефрит
- г) опухоль почки
- д) нефроптоз

