**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ЭКЗАМЕНОВ В КЛИНИЧЕСКУЮ ОРДИНАТУРУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ / РЕСПИРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА”**

**МОРФОДИСЦИПЛИНЫ**

1. Гиповентиляция это:

1. Уменьшение ДО легких
2. Увеличение ДО легких
3. Нарушение газообмена через альвеолярно-капиллярный (аэрогематический) барьер
4. Нарушение легочного кровотока
5. Нарушение сознания

2. Укажите возможные последствия гипервентиляции:

* + 1. респираторный ацидоз
    2. гиперкапния
    3. тонические мышечные судороги
    4. гипоксемия
    5. морбидное ожирение

3. Укажите возможную причину развития гиповентиляции:

1. подъем в горы
2. лихорадка
3. морбидное ожирение
4. ацидоз
5. тонические мышечные судороги

4. Укажите возможную причину развития гипервентиляции:

* 1. подъем в горы
  2. ишемическое повреждение ДЦ продолговатого мозга
  3. морбидное ожирение
  4. передозировка наркотических средств
  5. выраженный кифосколиоз

5. Тахипное это:

1. затруднение вдоха
2. затруднение выдоха
3. урежение дыхания
4. учащение дыхания
5. нарушение ритма дыхания

6. Укажите механизм развития обструкции при астме:

1. спадение стенки бронхиол при форсированном выдохе
2. уменьшение интерстициалного легочного давления при выдохе
3. увеличение эластической тяги легких
4. гиперкриния и дискриния бронхиальных желез
5. отек стенки бронха в результате нейтрофильного воспаления

7. Укажите механизм развития обструкции при эмфиземе:

1. ларингоспазм
2. клапанная обструкция
3. гиперкриния и дискриния бронхиальных желез
4. брохоспазм
5. отек стенки бронха в результате нейтрофильного воспаления

8. Выберите показатель Индекса Тиффно, характерный для нарушения вентиляции по обструктивному типу:

1. Индекс Тиффно = 55%
2. Индекс Тиффно =70%
3. Индекс Тиффно =75%
4. Индекс Тиффно =80%
5. Индекс Тиффно =95%

9. Выберите характерное изменение показателей внешнего дыхания при рестриктивном типе нарушения дыхания:

1. уменьшение индекса Тиффно
2. увеличение ООЛ
3. увеличение ЖЕЛ
4. уменьшение ЖЕЛ
5. уменьшение ОФВ1

10. Укажите характерный признак бронхиальной астмы:

1. спазм мелких бронхов и бронхиол
2. затруднение вдоха
3. нейтрофильное воспаление
4. увеличение «воздушности» легких
5. клапанная обструкция

11. В патогенезе развития легочной гипертензии в результате гипоксии легких ведущую роль играет:

1. Рефлекса Китаева
2. Рефлекса Бейнбриджа
3. Рефлекса Геринга-Брейера
4. Рефлекса Эйлера-Лильестранда
5. Рефлекс Бобинского

12. В патогенезе развития легочной гипертензии в результате нарушения диастолической функции левого желудочка сердца ведущую роль играет:

1. Рефлекса Китаева
2. Рефлекса Бейнбриджа
3. Рефлекса Геринга-Брейера
4. Рефлекса Эйлера-Лильестранда
5. Рефлекс Бобинского

13. Какой сегмент правого легкого проецируется над ключицей справа?

1. **верхушечный**
2. верхушечно-задний
3. передний
4. задний
5. язычковый

14. Что является основным структурно-функциональным элементом дыхательной системы?

1. Бронхи
2. Терминальные бронхиолы
3. **Ацинус**
4. Альвеолярные мешочки
5. Респираторные бронхиолы

15.  Укажите, в стенке каких бронхов появляются сегментированные хрящевые пластинки:

1. бронхиол
2. главных
3. долевых
4. **сегментарных**
5. субсегментарных

16. В каких капиллярах гипоксия вызывает вазоконстрикцию?

1. коронарных
2. легочных
3. церебральных
4. мышечных
5. кожных

17. Эластическая тяга легких обусловлена:

1. эластическими волокнами, альвеолярной жидкостью, растяжением

легких и тонусом бронхиальных мышц;

1. действием атмосферного давления на легкие;
2. наличием сурфактанта и отсутствием воздуха в плевральной полости;
3. отрицательным давлением в плевральной полости.
4. респираторными бронхиолами, альвеолярными ходами и альвеолами

18. Дыхательный объём – это:

1. объём воздуха, вдыхаемый и выдыхаемый при спокойном дыхании;
2. объём воздуха, который можно выдохнуть при максимальном выдохе после обычного вдоха и выдоха;
3. объём воздуха, который остается в легких после максимального выдоха;
4. объём воздуха, который можно вдохнуть при максимальном вдохе после обычного вдоха
5. максимальный объем воздуха, который может быть набран в лёгкие после максимально полного выдоха.

19. Минутный объем дыхания (МОД) – это количество воздуха, которое:

1. вентилируется через легкие за 1 минуту;
2. поступает в легкие за 1 дыхательный цикл;
3. максимально можно выдохнуть после глубокого вдоха;
4. максимально можно выдохнуть после обычного вдоха
5. вдыхается и выдыхается при спокойном дыхании

20. Газообмен между альвеолами и кровью осуществляется в:

1. артериях малого круга кровообращения;
2. венах малого круга кровообращения;
3. капиллярах малого круга кровообращения
4. артериях большого круга кровообращения
5. капиллярах большого круга кровообращения;

21. Сурфактант в альвеолах:

1. снижает поверхностное натяжение водной пленки;
2. увеличивает проницаемость альвеол для газов;
3. создает эластическую тягу легких;
4. увеличивает поверхностное натяжение водной пленки.
5. вызывает расслабление гладких мышц сосудов

22. Ацинус – это:

1. верхние воздухоносные пути;
2. система мелких бронхов;
3. респираторные бронхиолы, альвеолярные ходы и альвеолы;
4. совокупность альвеол и всех воздухоносных путей
5. структура в форме пузырька, открывающегося в просвет респираторных бронхиол

23. Правый главный бронх делится на:

1. Две ветви
2. Три ветви
3. Семь ветвей
4. Восемь ветвей
5. Более 10 ветвей

24. Укажите структуры бронхиального дерева, уже не имеющие в своих стенках хряща:

1. Долевые бронхи
2. Концевые бронхи
3. Главные бронхи
4. Дольковые бронхи
5. Сенментарные бронхи

25. Укажите анатомическое образование, которое входит в ворота легкого:

1. левая сонная артерия
2. Общая сонная артерия
3. Правая сонная артерия
4. Внутренняя яремная вена
5. Главный бронх

26. Мерцательный эпителий отсутствует:

1. В трахее
2. В полости носа
3. В полости рта
4. В гортани
5. В альвеолах

27. Обозначьте количество долей в правом легком:

1. 2 доли
2. 3 доли
3. 1 доля
4. 5 долей
5. 4 доли

28. Укажите анатомическое образование, на уровне которого находится бифуркация трахеи у взрослого человека

1. VII грудной позвонок
2. Яремная вырезка грудины
3. V грудной позвонок
4. Угол грудины
5. Верхний край дуги аорты

29. Сколько сегментов в правом легком

1. 8 сегментов
2. 7 сегментов
3. 5 сегментов
4. 10 сегментов
5. 6 сегментов

30. Скелет трахеи состоит из:

1. 16-20 хрящевых колец
2. 10-15 хрящевых полуколец
3. 16-20 хрящевых полуколец
4. 15-20 хрящевых полуколец
5. 16-20 хрящевых пластинок

31. Чем обеспечивается спокойный выдох после вдоха в норме?

1. сокращением мелких бронхов
2. сокращением экспираторных мышц
3. сокращением диафрагмы
4. расслаблением экспираторных мышц
5. **расслаблением инспираторных мышц**

32. Каким сплетением осуществляется иннервация легких?

1. блуждающим
2. парасимпатическим
3. грудным
4. **легочным**
5. симпатическим

33. С изменениями каких структур в лёгком связано развитие эмфиземы лёгких?

1. **Перерастяжением эластических волокон в интерстиции лёгкого**
2. Изменением муко-цилиарного индекса
3. Переполнением кровью пещеристого венозного сплетения нижнего носового хода
4. Спазмом мышечной пластинки слизистой оболочки мелких бронхов
5. Нарушением синтеза сурфактанта

34. К периодическим типам нарушения дыхания относится:

1. Дыхание Биота
2. Дыхание Куссмауля
3. Апноэ
4. Диспноэ
5. Ортопноэ

35. По какой линии проводится пункция при наличии жидкости в плевральной полости?

1. среднеключичная линия
2. между среднеключичной и передней подмышечной линиями
3. средняя подмышечная линия
4. задняя подмышечная линия
5. лопаточная линия

36. По какой линии проводится пункция при наличии воздуха в плевральной

полости?

1. парастернальная
2. среднеключичная линия
3. передняя
4. подмышечная линия
5. задняя подмышечная лини

37. К компенсаторным механизмам при дыхательной недостаточности относится:

1. Гипоксия
2. Тромбоцитоз
3. Абсолютный эритроцитоз
4. Лейкоцитоз
5. Диспноэ

38. По какому краю ребра производится вкол иглы при пункции плевральной полости?

1. по верхнему краю ребра
2. по нижнему краю ребра
3. по середине межреберья
4. в любой из вышеперечисленных точек
5. выбор точки зависит от проведения пункции в переднем или заднем отделе межреберья

39. Укорочение фазы вдоха и поверхностное дыхание при наличии экссудата в альвеолах объясняется рефлексом:

1. Эйлера
2. Бейнбриджа
3. Геринга-Брейера
4. Китаева
5. Кречмера

40. Нарушение внешнего дыхания вследствие пневмокониоза происходит из-за:

1. Нарушения проходимости бронхов
2. Нарушения альвеолярно-капиллярной диффузии газов
3. Нарушения перфузии легких
4. Увеличения объема «мертвого пространства»
5. Избытка экссудата в альвеолах

41. Формирование легочного сердца объясняется рефлексом :

1. Геринга-Брейера
2. Эйлера
3. Бейнбриджа
4. Китаева
5. Кречмера

42. Рефлекс Эйлера начинается с рецепторов:

1. Альвеол
2. Легочных артерий
3. Дыхательного центра
4. Скелетных мышц
5. Плевры

43. Характерным рентгенологическим признаком легочного сердца является:

1. Расширение сердца вправо за счет желудочка
2. Расширение сердца влево за счет желудочка
3. Очаговые изменения в легких
4. Расширение сердца влево за счет предсердия
5. Повышение «воздушности» легких

44. Спазму бронхов способствует:

1. Стимуляция a — гадренорецепторов
2. Стимуляция Н2 — гистаминовых рецепторов
3. Стимуляция М -холинорецепторов
4. Стимуляция N — холинорецепторов скелетных мышц
5. Стимуляция b — адренорецепторов

45.  Угнетение внешнего дыхания, связанное с нарушением нервно-мышечной передачи, возникает при:

1. Миастении
2. Передозировке b — адреноблокаторов
3. Передозировке М-холиноблокаторов
4. Экссудативном плеврите
5. Переломах ребер

46. Дыхательный объем - это:

1. максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
2. максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
3. объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
4. объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
5. аксимальный объем выдоха в течение первой секунды.

47. Резервный объем вдоха - это:

1. максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
2. максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
3. объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
4. объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
5. максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

48. Резервный объем выдоха - это:

1. максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
2. максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
3. объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
4. объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
5. максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

49. Остаточный объем легких - это:

1. максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
2. максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
3. объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
4. объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
5. максимальный объем выдоха в течение первой секунды;

50. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это:

1. максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты;
2. объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
3. максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха;
4. максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха;
5. объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха.

ТЕРАПИЯ

51. Мужчина 50 лет, рост 180 см, вес 70 кг жалуется на мучительное ощущение жжения за грудиной, усиливающееся при наклонах, в горизонтальном положении, после еды, иррадиирующее в шею, спину, стихающее после приема соды, отрыжку съеденной пищей. Какой наиболее вероятный диагноз?

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит;  
2. Стенокардия;  
3. Рак выходного отдела желудка;  
4. Атрофический гастрит.

5. Дуоденит.

52. Золотым стандартом контроля за эффективностью антихеликобактерной терапии является?

1. серологический тест
2. дыхательный тест
3. микробиологическая
4. метод ПЦР диагностики
5. гистологическое исследование биоптата в слизистой

53. Какой из перечисленных методов является основным в диагностике хронических гастритов?

1. рентгенологическое исследование желудка
2. исследование секреторной функции желудка
3. эндоскопия с прицельной биопсией
4. бактериологический
5. гистологический

54. Пациент с Нр-ассоциированным гастритом жалуется на голодные и ночные боли в эпигастрии, утихающие после приема пищи. Из анамнеза известно, что плохо переносит препараты висмута. Рациональная схема лечения, если в популяции преодолен критический порог резистентоности Нр к метронидазолу:

1. схема квадротерапии с висмутом
2. ИПП + амоксациллин 1,0 г. 2 р. в день + левофлоксацин 0,25 г 2 р. в день – 10 дней
3. ИПП 2 р. в день + кларитромицин 0,5г 2 р. в день + метронидазол 0,5 г 2 р. в день – 10 дней
4. ИПП 2 р. в день + амоксациллин 1,0 г 2 р. в день + клиритромицин 0,5 г 2 р. в день – 10 дней
5. ИПП 2 р. в день + амоксациллин 1,0 г 2 р. в день + метронидазол 0,5 г 2 р. в день – 7 дней

55. Выберите схему антихеликобактерной терапии первой линии:

1. омепразол + амоксациллин + кларитромицин
2. омепразол + висмут трикалия дицитрат + метронидазол
3. омепразол + метронидазол + амоксациллин
4. кларитромицин + метронидазол + левофлоксацин
5. висмут трикалия дицитрат + омепразол + квамател

56. При рентгенологическом исследовании желудка выявлен симптом «ниши» с воспалительным валиком вокруг нее, конвергенция складки слизистой оболочки по направлению к «нише», утолщение и извилистость складки слизистой оболочки, ограниченный локальный спазм стенки желудка, ускоренное продвижение бариевой взвеси в области изъязвления и нарушение эвакуаторной функции желудка. Эти признаки характерны для:

1. рака желудка
2. болезни Крона
3. дивертикулеза
4. язвенной болезни желудка
5. синдрома функциональной диспепсии

57. Основным средством базисной терапии при язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются:

1. антациды
2. спазмолитики
3. прокинетики
4. гастропротекторы
5. антисекреторные препараты (ИПП)

58. Функциональная диспепсия – это комплекс клинических симптомов:

1. включающий боли и ощущение жжения в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области и раннего насыщения
2. возникающий не менее чем за 6 месяцев до постановки диагноза
3. отмечающийся в течение последних 3-х месяцев
4. возникающий при полном отсутствии органических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки
5. возникающий при отсутствии органических заболеваний печени и желчного пузыря

59. Степень активности хронического гепатита наиболее точно оценивается по:

1. степени активности аминотрансферазы
2. выраженности гистологических изменений в биоптатах печени
3. содержанию билирубина в сыворотках крови
4. Ig M Ig G
5. содержанию протромбинов в сыворотке крови

60. Критерием репликативной стадии хронического гепатита «В» является:

1. обнаружение антител анти-НВе в стабильно низких титрах без тенденции к их нарастанию
2. обнаружение антител анти НВсore класса IgG
3. отсутствие в сыворотке крови НВеАg
4. стабильное выявление НВsAg в различной его концентрации
5. стабильная циркуляция HBeAg

61. При первичной профилактике кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией развивается на фоне цирроза печени назначают:

1. глюкокортикостероиды
2. калийсберегающие диуретики
3. неселективные В-адреноблокаторы
4. антибиотики из группы цефалоспоринов
5. петлевые диуретики

62. Печеночная кома развивается в результате:

1. массивного некроза клеток печени, обширного фиброза
2. желтухи
3. нарушения микроциркуляции
4. варикозного расширения вен пищевода
5. асцита

63. Больная 56 лет, поступила с жалобами на кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, похудание, темные пятна в межлопаточной области и в области плеча. В анамнезе: 7 лет назад появилась пигментация в межлопаточной области и в области плеча. В течение 3-4 лет беспокоит кожный зуд. Лечилась у дерматологов без особого успеха. В последнее время кожный зуд усилился и появилась желтуха. В анализах: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП, умеренное повышение трансаминаз. Поставлен предварительный диагноз: Первичный билиарный цирроз печени. Какой из препаратов обязательно следует назначить данной больной?

1. урсодезоксихолевая кислота
2. цитостатик в большой дозе
3. колхицин
4. антибиотик
5. антацид

64. Оптимальным суточным положительным диурезом при лечении отечно-асцитического синдрома при циррозе печени является:

1. 100-150мл
2. 200-300мл
3. 400-600мл
4. 800-1000мл
5. более 1000мл

65. При лечении острого холецистита показано назначение:

1. наркотических анальгетиков
2. антибиотиков широкого спектра действия
3. антацидов
4. холеретиков
5. холекинетиков

66. Укажите препарат, улучшающий выработку пищеварительных ферментов:

1. панкреатин
2. сальбутамол
3. парацетамол
4. фенибут
5. тиопентал-натрий

67. Что из нижеперечисленного характерно для синдрома функциональной диспепсии:

1. запоры  
 2. боли в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области и раннего

насыщения  
 3. диарея  
 4. чередование запоров и поносов  
 5.метеоризм

68. Больной Н.Р. 28 лет, злоупотребляющий алкоголем, в последние 2 года стал замечать, что после употребления спиртных напитков или нарушения диеты появляются опоясывающие боли, вздутие живота. Полгода назад в анализе крови выявлено повышение сахара натощак до 7,6 ммоль/л, амилаза 230 ед., диастаза 134ед. Объективно: пониженного питания, зык обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот болезненный в треугольнике Шоффара. Печень не пальпируется. Ваш диагноз:

1. язвенная болезнь желудка
2. хронический холецистит
3. хронический панкреатит
4. острый панкреатит
5. хронический гастрит

69. Больная Г.А, 50 лет, ведущая малоподвижный образ жизни, жалуется на отрыжку, горечь во рту, тошноту, длительные тупые ноющие боли в области сердца или за грудиной, иррадиирующие в правую лопатку и правое плечо, возникающие после обильной еды, нередко в положении лежа, продолжительностью 2-3 ч. Из анамнеза заболевания известно, что подобные обострения наблюдались у больной не менее 3-4 раз в год. Лечилась самостоятельно: ограничивала приемы пищи, принимала спазмолитики, пользовалась грелкой. ЧСС - 80 уд/мин. АД 130/85 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Отмечается болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге. Селезенка не пальпируется. Ваш диагноз:

1. язвенная болезнь желудка
2. синдром бронхиальной обструкции
3. хронический холецистит
4. хронический панкреатит
5. аппендицит

70. В диагностике язвенного колита ведущее значение имеет:

1. физикальное исследование
2. кал на скрытую кровь
3. ирригоскопия
4. микробиологическое исследование кала
5. ректороманоскопия (колоноскопия)

71. Больной 50 лет жалуется на недомогание, повышение температуры до субфебрильной, поносы. При физикальном исследовании: пальпируется инфильтрат в правой половине живота. При колоноскопии выявлены глубокие язвы в виде продольных щелей, слизистая оболочка между ними выглядит как «булыжная мостовая» с очагами гранулемного воспаления. В анализе крови: анемия, диспротеинемия, нарушение электролитного баланса. Ваш диагноз:

1. болезнь Крона
2. аппендикулярный инфильтрат
3. дивертикулез
4. язвенный колит
5. полипы ободочной кишки

72. Что из нижеперечисленного характерно для синдрома раздраженного кишечника:

1. боли в эпигастральной области
2. чувство переполнения в подложечной области
3. чувство раннего насыщения
4. тошнота, отрыжка, изжога
5. изменение частоты опорожнения кишечника, объема и консистенции каловых

масс

73.Что вызывает хронический пиелонефрит:

1. грамположительная флора
2. грамотрицательная флора
3. вирусы
4. риккетсии
5. простейшие

74. Группа лекарственных препаратов, позволяющая затормозить развитие ХПН (путем снижения внутриклубочковой гипертензии):

1. В-адреноблокаторы
2. А-адреноблокаторы
3. дигидропиридиновые антагонисты Са
4. недигидропиридиновые антагонисты Са
5. ингибиторы АПФ

75. Что характерно для латентной формы хронического гломерулонефрита:

1. нефротический синдром
2. артериальная гипертензия
3. гематурия
4. асцит
5. изолированный мочевой синдром

76.Какой препарат из нижеперечисленных является средством выбора при высокой активности хронического гломерулонефрита:

1. преднизолон 1 мг/кг
2. делагил 0,25 /сут
3. лизиноприл 10 мг/д
4. бисопролол 5 мг/д
5. нормодипин 5 мг/д

77.Укажите дозу преднизолона при "пульс-терапии":

1. преднизолон 2 мг/кг - 3 дня
2. преднизолон 10 мг/кг - 3 дня
3. преднизолон 1000 мг/сут - 1 день
4. преднизолон 1000 мг/сут - 3 дня
5. преднизолон 2000 мг/сут - 3 дня

78. Выберите результат пробы по Нечипоренко, характерный для пиелонефрита:

1. лейкоциты - 1500, Э - 800, цил - 450
2. лейкоциты - 2000, Э - 1000, цил - 500
3. лейкоциты - 2500, Э - 1350, цил - 250
4. лейкоциты - 2000, Э - 800, цил - 250
5. лейкоциты - 6000, Э - 730, цил - 450

79. Что характерно для ХБП:

1. гиперальбуминемия
2. дислипидемия
3. гиперкреатинемия
4. уробилинурия
5. гипербилирубинемия

80. При какой патологии наблюдается сочетание анемии и артериальной гипертонии?

1. гипертонической болезни
2. хронической болезни почек
3. синдроме Иценко-Кушинга
4. акромегалии
5. В12-дефицитной анемии

81. Назовите классическую триаду при остромгломерулонефрите:

1. гипертония, отеки, жажда
2. гипертония, отеки, олигурия
3. гипертония, отеки, гематурия
4. гипертония, отеки, одышка
5. гипертония, боли в пояснице, лихорадка

82.Острый нефритический синдром характеризуют:

1. отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия
2. артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия
3. артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия
4. протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия
5. артериальная гипертензия, азотемия, анемия

83.У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является:

1. амилоидоз почек
2. гломерулонефрит
3. пиелонефрит
4. интерстициальный нефрит
5. тромбоз почечных вен

84. У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия,одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 400 мкмоль/л. Наиболее вероятный диагноз:

1. Постинфекционный гломерулонефрит;
2. ГранулематозВегенера;
3. Синдром Гудпасчера;
4. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;
5. Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке.

85.Выберите показания к срочному направлению больного с ХПН на гемодиализ:

1. Метаболический ацидоз
2. Выраженная олигурия
3. Анасарка
4. Высокая гиперкалиемия
5. Тяжелая гипертония

86. У 20-летнего больного после пиодермии появились отеки ног, сильные боли в поясничной области. Обследован через месяц. Гемоглобин – 100 г/л, СОЭ – 33 мм/ч, протеинурия до 1,5 г/л, креатинин – 100мкмоль/л.

Ваш предварительный диагноз:

1. хронический гломерулонефрит;
2. ОПН;
3. острый гломерулонефрит;
4. нефротический синдром;
5. острый пиелонефрит.

87. Наиболее характерным признаком гломерулонефрита является:

1. лихорадка;
2. гематурия;
3. асимметричные боли в пояснице;
4. частое и болезненное мочеиспускание;
5. бактериурия.

88. Четырехкомпонентная схема лечения гломерулонефрита включает в себя:

1. антибиотик + антигистаминный препарат + дезагрегант + цитостатик;
2. антибиотик + дезагрегант + цитостатик + антигистаминный препарат;
3. антикоагулянт + глюкокортикоидный препарат +дезагрегант + цитостатик;
4. глюкокортикоидный препарат +антикоагулянт + антигистаминный препарат + цитостатик;
5. антикоагулянт+антигистаминный+антибиотик+цитостатик.

89. У 35-летнего больного на следующий день после перенесенной ангины появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:

1. Острый гломерулонефрит
2. Острый пиелонефрит
3. ХГН, обострение
4. Апостематозный нефрит
5. Амилоидоз почек

90. У больной А., 28 лет, выявлены клинические проявления сидеропенического синдрома. Какое исследование нужно проводить в первую очередь?

1. общий анализ крови+ретикулоциты
2. определение железа в сыворотке крови
3. определение ферритина в сыворотке крови
4. определение витамина В12
5. определение фолиевой кислоты

91. При обследовании у больного выявлена панцитопения. Ваши действия в плане обследования:

1. определение ферритина
2. прямая проба Кумбса
3. печеночные тесты
4. креатинин и другие почечные тесты
5. исследование костного мозга

92. У пациента С, 68 лет обнаружена клиника фуникулярного миелоза, гиперхромная макроцитарная анемия. О каком заболевании можно подумать?

1. В12- дефицитной анемии
2. фолиеводефицитной анемии
3. железодефицитной анемии
4. апластической анемии
5. гемолитической анемии

93. Препаратом базисной терапии геморрагического васкулита является:

1. гепарин
2. преднизолон
3. циклоспорин А
4. свежезамороженная плазма
5. транексамовая кислота

94. В клинику обратился пациент с жалобами на появление множественных папулезно-пурпурных геморрагических кровоизлияний на коже нижних конечностей, нижней части туловища, расположенных симметрично, сливающихся между собой, местами выступающиеся над уровнем кожи, временами сопровождающиеся кожным зудом. О каком заболевании идет речь?

1. гемофилии А
2. тромбоцитопении
3. тромбоцитопатии
4. геморрагическом васкулите
5. гемофилии В

95. Признак, характерный для ревматоидного артрита;

1. пяточный бурсит
2. узелки Гебердена
3. кератодермия
4. двусторонний сакроилеит
5. симметричный артрит кистей

96. Диагностически важным признаком ревматоидного артрита является

1. артрит дистальных межфаланговых суставов стоп
2. одновременное поражение проксимальных и дистальных суставов одного пальца
3. отек пальцев в виде «сардельки»
4. артрит проксимальных межфаланговых суставов кистей рук
5. онихолизис

97. Этиологическим агентом ревматической лихорадки является:

1. золотистый стафилококк
2. бета-гемолитический стрептококк группы А
3. бета-гемолитический стрептококк группы В
4. альфа гемолитический стрептококк
5. синегнойная палочка

98. Девятилетний мальчик перенес скарлатину 2 недели тому назад. В течение последних трех дней отмечается бледность, его беспокоят общая слабость, повышение температуры тела до 38°С, боль в области сердца, одышка. При аускультации сердца определяются ослабленные тоны, систолический шум на верхушке сердца, раздвоение I тона. На ЭКГ: удлинение интервала QT, PQ (0,22 с), снижение амплитуды зубца Т, единичные экстрасистолы. Ваш предварительный диагноз?

1. Ревматический кардит
2. Кардиомиопатия
3. Нейроциркуляторная дисфункция
4. Пневмония
5. Врожденный порок сердца

99. Для какого заболевания специфическим является тест на АЦЦП?

1. ревматическая лихорадка
2. системная красная волчанка
3. системная склеродермия
4. дерматомиозит
5. ревматоидный артрит

100. Больная 45 лет, жалуется на боли и тугоподвижность в суставах, утренюю скованность. Больна 2 года. Объективно: явления артрита в суставах кистей рук, лучезапястных и коленных суставах. На рентгенографиисуставов: сужение межсуставных щелей, единичные узуры, околосуставной остеопороз. СОЭ – 45мм/час, ревматоидный фактор – 50 МЕ/мл. Ваш предполагаемый диагноз:

1. Ревматоидный артрит
2. Подагра
3. Остеоартрит
4. Системная склеродермия
5. Системная красная волчанка

101. Узелки Гебердена это костные утолщения:

1. проксимальных межфаланговых суставов при ревматоидном артрите
2. проксимальных межфаланговых суставов при остеоартрозе
3. дистальных межфаланговых суставов при ревматоидном артрите
4. дистальных межфаланговых суставов при остеоартрозе
5. Е. лучезапястных суставов при остеоартрозе

102. Ведущим патоморфологическим механизмом развития остеоартрита является:

1. выраженный синовиит
2. дегенерация суставного хряща
3. отложение кристаллов пирофосфата кальция
4. ремоделирование костной ткани
5. атрофия близлежащих мышечных групп.

103. Мальчик 12 лет состоит на диспансерном учете у кардиоревматолога с диагнозом – ревматическая лихорадка, ревмокардит с поражением митрального клапана. Как долго следует проводить вторичную бицилино профилактику ревматической лихорадки?

1. пожизненно
2. В. 3 года
3. 1 год
4. До 21 лет
5. До 25лет

104. Базисная терапия остеоартрита включает в себя:

1. пульс-терапию глюкокортикостероидами
2. постоянный прием нестероидных противовоспалительных средств
3. прием хондропротекторов
4. прием аллопуринола
5. прием метотрексата

105. Больной А., 65 лет, жалуется на выраженные боли при ходьбе в правом коленном и тазобедренном суставах, усиливающиеся к концу дня, уменьшение объема движений в правом тазобедренном суставе. Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 8 лет. Объективно: болезненное ограничение движения в правом коленном суставе, крепитация. ОАК: в пределах нормы. РФ-отр, АСЛО-отр, СРБ- отр. Ваш предварительный диагноз.

1. ревматоидный артрит
2. системная склеродермия
3. остеоартрит
4. синдром Рейтера
5. реактивный артрит

106. Тофусы представляют собой:

1. остеофиты;
2. отложение в тканях уратов;
3. воспалительные гранулемы;
4. уплотнения подкожной клетчатки.
5. подкожные ревматические узелки

107. Больной А. 45 лет поступил в отделение с приступом острого артрита правого голеностопного сустава. Приступ начался внезапно, под утро. Сопровождается повышением температуры до 37,5 С. Область сустава отечна, гиперемирована, болезненна. Месяц назад отмечал аналогичный приступ, с поражением плюснефалангового сустава правой ноги, который прошел самостоятельно. Был выставлен предварительный диагноз подагра. Какие диагностические исследования являются наиболее информативными:

1. рентгенологическое исследование;
2. общий анализ крови, мочи;
3. исследование концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови, и в суточной моче;
4. рентгенологическое исследование, общий анализ крови, мочи;
5. пункция сустава.

108. Пациент К., 60 лет, обратилась по поводу постоянных болей в спине (в поясничном отделе), которые усиливаются при движении (повороте туловища), смене положения тела, подъеме тяжестей. За последние несколько лет отмечает уменьшение роста. Подобные боли начали беспокоить 2 года назад. Не курит, алкоголь не употребляет. У матери в пожилом возрасте был перелом шейки бедра. Результаты денситометрии– люмбальный отдел Т- критерий - 3,7. Ваш предполагаемый диагноз:

1. межпозвоночная грыжа
2. Болезнь Бехтерева
3. Ревматоидный артрит
4. Реактивный артрит
5. Остеопороз

109. Для выявления сакроилеита у пациента с анкилозирующим спондилоартритом наиболее информативным является

1. тест сжатия кистей
2. симптом Кушелевского
3. выявление хруста и крепитации в коленных суставах
4. определение дыхательной экскурсии грудной клетки
5. симптом баллотирования надколенника

110. Какой из лабораторных тестов подтвердит диагноз реактивного артрита у пациента с болью и припухлостью в голеностопном суставе и коленном суставах:

1. ревматоидный фактор
2. протеинурия
3. анемия
4. большое содержание кокков в мазке из уретры
5. обнаружение хламидий в соскобе из уретры

111. Мужчина 23лет предъявляет жалобы на выраженные боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 37,5, болезненное мочеиспускание, гнойные выделения из уретры. Наиболее вероятно, что у больного:

1. Синдром Рейтера
2. Ревматическая атака
3. Ревматоидный артрит
4. Подагра
5. Анкилозирующий спондилоартрит

112. Пациент 42-х лет в течение 4 лет отмечает боли в поясничном, грудном и шейном отделах позвоночника с ограничением подвижности. Болевой синдром и скованность превалируют в утренние часы, стихают после разминки. На рентгенограмме – признаки двустороннего сакроилеита и оссификация продольных связок позвоночного столба. Вы предполагаете у больного

* 1. Остеохондроз
  2. Болезнь Форестье
  3. Анкилозирующий спондилит
  4. Спондилоартроз
  5. Сколиоз

113. Больная Б., 80 лет, с жа­лобами на появление участков уплотнения по всему кожному по­крову, жжение, зуд, локтевых, голеностопных суставах, одышка. 2года назад стало беспокоить чувство стягивания кожи, покалывания кончиков пальцев. Появились участки уплотнения на коже плеч, пред­плечий, груди, живота, бедер, голеней, ограничение объема движений в суставах. Кожа туловища, конечностей диффузно уплот­нена, атрофична, имеются полосы депигментации, в легких дыхание жесткое. Ваш предварительный диагноз?

1. Ревматоидный артрит
2. Подагра
3. Остеоартрит
4. Системная склеродермия
5. Системная красная волчанка

114. Больная М., 28 лет, заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39 °С, слабости, похудания. Отмечает боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах. При осмотре: состояние тяжелое. На лице эритема по типу «бабочки». На слизистой ротовой полости—язвы. Подчелюстные и подмышечные лимфоузлы увеличены. Припухлость коленных, голеностопных, локтевых суставов. Движения в суставах болезненны. Пульс— 118 уд. мин. ритмичный АД — 150/110 мм.рт.ст. ОАК: нормохромная анемия, лимфопения, СОЭ – 28 мм/ч. ОАМ: белок – 0,88 г/л, эритроциты – 4-5 в п/з. СРБ , РФ –отр, АНА – положительные. Ваш диагноз:

1. Ревматоидный артрит
2. Подагра
3. Остеоартрит
4. Системная склеродермия
5. Системная красная волчанка

115. Выберите поражение кожи, характерное для СКВ:

1. кольцевидная эритема
2. сосудистая «бабочка»
3. «бабочка» по типу эритемы
4. папулезно-пустулезная сыпь
5. чешуйчатый лишай

116. Пациентка 24 лет пришла на прием к ЛОР-врачу с жалобами на боли в горле, кровянисто-гнойные выделения из носа, язвочки в полости рта и на слизистой носоглотки, повышение температуры до 38-39, артралгии. При рентген-исследовании органов грудной клетки выявлены инфильтративные тени в нижних отделах легких. Лечение антибиотиками неэффективно. Осмотрена фтизиатром. Туберкулез исключен. Ваш диагноз:

1. Аспергилез
2. Эхинококкоз легких
3. Абсцедирующая пневмония
4. Гранулематоз Вегенера
5. Болезнь Такаясу

117. Больная Ж. 24 лет жалуется на выраженную мышечную слабость в руках и ногах, затруднение дыхания, нуждается в посторонней помощи, чтобы подняться в постели. Выявлено повышение уровня КФК в 80 раз выше нормы, антинуклеарные антитела. Ваш предположительный диагноз:

1. СКВ
2. Узелковый периартериит
3. Системная склеродермия
4. Дерматомиозит
5. Неспецифический аортоартериит

118. Механизм действия сахароснижающих сульфаниламидных препаратов состоит, главным образом:

1. В усилении секреции инсулина поджелудочной железой
2. В восстановлении физиологической чувствительности В-клеток к глюкозе
3. В снижении образования НЭЖК и глицерина
4. В повышении утилизации глюкозы в печени и мышцах
5. В повышении утилизации глюкозы в почках

119. К микрососудистым осложнениям сахарного диабета относится:

1. Диабетическая кетоацидотическая кома
2. Гипогликемия
3. Постинъекционные липодистрофии
4. Диабетическая ретинопатия
5. Феномен Сомоджи

120. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения

1. Адреналина
2. Изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
3. Солей кальция
4. Глюкагона
5. Солей калия

121. Инсулин короткого действия, введенный подкожно, начинает действовать через:

1. 5 минут
2. 1 час
3. 30 мин
4. 2,5 часа
5. Сразу после введения

122. Важнейший фактор риска сахарного диабета 2 типа:

1. Раннее искусственное вскармливание
2. Детский возраст
3. Ожирение
4. Хронический панкреатит
5. Употребление продуктов, содержащих большое количество клетчатки

123. Что такое гликолизированный гемоглобин?

1. Это усредненный уровень сахара за день
2. Это усредненный уровень сахара за 1 месяц
3. Это усредненный уровень сахара за 3 месяца
4. Это усредненный уровень сахара за 6 месяцев
5. Это усредненный уровень сахара за 12 месяцев

124. Оральный глюкозотолерантный тест проводится:

1. Всем пациентам с выявленной гипергликемией
2. В случае сомнительных значений гликемии для уточнения диагноза
3. Пациентам с гликемией натощак больше 7 ммоль/л
4. Пациентам с постпрандиальной гликемией более 11,2 ммоль/л
5. Всем пациентам с гликированным гемоглобином более 6,6 ммоль

125. У больного СД 1 типа после физической нагрузки возникла дрожь, сердцебиение, сильный голод, слабость, беспокойство. Ваша тактика:

1. Подождать самостоятельного прекращения симптомов
2. Дать больному легкоусвояемые углеводы в количестве 1,5 – 2 ХЕ
3. В/в ввести 40% раствор глюкозы 100 мл
4. Срочно госпитализировать больного
5. В/в ввести 5% раствор глюкозы 60 мл

126. Критерием постановки диагноза сахарного диабета по капиллярной крови является уровень глюкозы:

1. Натощак ≥ 3, 5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки ≤ 7, 8 ммоль/л
2. Натощак ≤ 5,7 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки ≤ 11,1 ммоль/л
3. Натощак ≥ 5,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки ≤ 11, 1 ммоль/л
4. Натощак ≥ 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки ≥11,1 ммоль/л
5. Натощак ≥ 5,0 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки ≤ 9,0 ммоль/л

127. Укажите значение уровня глюкозы капиллярной крови, взятой в любое время суток, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений:

1. 5,6 ммоль/л и более
2. 6,7 ммоль/л и более
3. 9,7 ммоль/л и более
4. 11,1 ммоль/л и более
5. 10, 1 ммоль/л и более

128. Нормальный базальный уровень глюкозы капиллярной крови составляет:

1. 8,3-10,1 ммоль/л;
2. 6,2-9,3 ммоль/л;
3. 2,7-5,5 ммоль/л;
4. 4,0-6,1 ммоль/л;
5. 3,3-5,5 ммоль/л.

129. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

1. Снять ЭКГ
2. Ввести 5%-ный раствор глюкозы
3. Ввести инсулин (10-20 ЕД)
4. Исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови
5. Ввести 20 мл 40%-ного раствора глюкозы

## 130. Больная 56 лет, рост 160 см, масса 105 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы крови натощак 5,1 ммоль/л. Результаты перорального теста на толерантность к глюкозе (ТТГ): уровень глюкозы крови натощак 5,3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы 10 ммоль/л. Поставьте диагноз?

1. нарушенная толерантность к глюкозе
2. сахарный диабет 1го типа
3. сахарный диабет 2го типа
4. стероидный диабет
5. сахарный диабет 2 го типа (MODY тип)

131. На приём к эндокринологу пришел пациент. При подсчёте ИМТ оказался 29,8 кг/м2. Определите степень нарушения жирового обмена?

1. Избыточная масса тела
2. Ожирение II степени
3. Ожирение I степени
4. Ожирение III степени
5. Нормальная масса тела

132. Больная П., 30 лет. Внезапно потеряла сознание на рабочем месте. Врач скорой помощи выяснил, что больная страдает сахарным диабетом, вводит инсулин. Он расценил состояние больной как кетоацидотическую кому, ввел 30 ед. инсулина короткого действия под кожу, 20 ед инсулина короткого действия в/м, после этого больная была доставлена в клинику. Объективно: без сознания. Кожа влажная. АД - 125/80 мм рт.ст., пульс 96 в мину­ту, удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов отклонений нет. О какой коме идет речь?

1. Гипогликемическая кома
2. Кетоацидотическая кома
3. Гиперосмолярная кома
4. Лактоацидотическая кома
5. Кома неизвестной этиологии

133. Субклинический гипотиреоз характеризуется:

1. Наличием зоба
2. Повышенным уровнем Т3, Т4
3. Повышенным уровнем ТТГ, при нормальном значении Т3,Т4
4. Повышением ТТГ, Т3, Т4
5. Снижением ТТГ,Т3, Т4

134. Основные лабораторно-диагностические критерии синдрома тиреотоксикоза:

1. Норма ТТГ, снижение Т3, повышение Т4
2. Повышение ТТГ
3. Снижение всех гормонов ТТГ, Т4, Т3
4. Снижение гормона ТТГ, повышение свободного Т4,Т3
5. Повышение ТТГ, снижение свободного Т4, Т3

135. Препаратом выбора для лечения гипотиреоза является:

1. Тирозол
2. Глюкорортикоиды
3. Препараты йода
4. L-тироксин
5. Мерказолил

136. Укажите патогномоничный симптом, характерный для диффузного токсического зоба:

1. Сердцебиение
2. Брадикардия
3. Плотные отеки
4. Изменение голоса
5. Сухость кожи

137. Основной метод лечения гипопаратиреоза:

1. Введение препаратов кальция
2. Введение глюкозы
3. Введение инсулина
4. Введение антибиотиков
5. Введение витаминов

138. Больная Ж, 37 лет. Начало заболевания 16 лет назад. Жалобы на затруднение глотания, утолщение шеи Объективно: больная нормального питания, температура тела 36,7о, пульс 72 уд. в мин, АД 130 / 70 мм рт. ст., сахар крови 6,8 ммоль / л. Пальпируется щитовидная железа в виде узлов мягкой консистенции, в диаметре 8 см. В крови Т3 и Т4 уменьшены, ТТГ увеличен. О каком заболевании можно думать ?

1. Гипотиреоз
2. Гипопаратиреоз
3. Тиреотоксикоз
4. Эутиреоидный зоб
5. Базедова болезнь

139. При болезни Аддисона снижается продукция:

1. Глюкокортикоидов
2. Тиреоидных гормонов
3. Инсулина
4. АКТГ
5. Тестостерона

140. Какова основная причина акромегалии?

* + - 1. Опухоль поджелудочной железы
      2. Опухоль гипофиза
      3. Опухоль щитовидной железы
      4. Опухоль надпочечника
      5. Опухоль гипоталамуса

141. Основной клинический признак острой надпочечниковой недостаточности:

1. Артериальная гипотония
2. Артериальная гипертензия
3. Полиурия
4. Тремор
5. Гипергликемия

142. Женщина, 60 лет, предъявляет жалобы на жажду, полиурию, похудание, боли в животе, потливость по ночам. АД 185/105 мм рт. ст., После вве­дения 10 мг тропафена АД 70/40 мм рт. ст. Суточная экскреция ванилминдальной кислоты с мо­чой 50 мкмоль (N 2,5-38). Какой предварительный диагноз?

1. Феохромоцитома
2. Сахарный диабет 2 типа
3. Сахарный диабет 1 типа
4. Не сахарный диабет
5. Синдром Кона

143. У больной 18 лет, отмечается полиурия с низкой относительной плотностью мочи. После проведения теста с ограничением жидкости относительной плотности мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:

* + - 1. Психогенная полидипсия
      2. Несахарный диабет
      3. Сахарный диабет
      4. Хронический пиелонефрит
      5. Первичный гипоальдестронизм

144.Из перечисленных факторов риска КБС наиболее значимой «тройкой» является:

1. Ожирение, гиподинамия, мужской пол
2. Гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, курение
3. Артериальная гипертония, гиподинамия, ожирение
4. Нарушение толерантности к углеводам, ожирение, курение
5. Менопауза, ожирение, гиподинамия

145. Мужчина 56 лет жалуется на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 200-300 метров. Вышеуказанные симптомы отмечает в течении нескольких месяцев. Обращался к врачу по месту жительства. На снятой ЭКГ вне приступа- без изменений. Какой метод исследования будет наиболее информативен для уточнения диагноза:

1. Липидный спектр
2. Суточное ЭКГ-мониторирование
3. ЭХО-кардиография
4. Велоэргометрическая проба
5. Тропониныв крови

146. Мужчина 52 лет поступил в блок интенсивной терапии по поводу сжимающих болей в груди с иррадиацией в левую руку, межлопаточное пространство. Боли начались 1,5 часа назад. Объективно: АД -120/70 мм рт. ст., пульс - 88 уд/мин. На ЭКГ: подъем ST в V1-V4 отведениях и депрессия SТ во II, III, AVF. Ваш предварительный диагноз:

1. Задний (нижний) инфаркт миокарда
2. Передне-перегородочный инфаркт миокарда
3. ТЭЛА
4. Перикардит
5. КБС. Нестабильная стенокардия

147. Показанием для назначения тромболитиков при инфаркте миокарда является наличие на ЭКГ:

1. Предсердных экстрасистол
2. Блокады правой ножки пучка Гиса
3. Элевации сегмента ST
4. Депрессии сегмента ST
5. Желудочковых экстрасистол

148. Мужчина 45 лет вызвал скорую медицинскую помощь по поводу сдавливающих болей в груди и одышки. Боли начались 2 часа назад, НТГ не купируются. Объективно: влажная кожа, в лёгких сзади внизу влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. АД -110/70 мм рт. ст., пульс - 82 уд/мин, аритмичный. На ЭКГ: подъем ST в V1-V4 отведениях и депрессия SТ во II, III, AVF. Наиболее показанная начальная терапия:

1. Лизиноприл per os
2. Морфин и стрептокиназа внутривенно
3. Атропин внутривенно
4. Адреналин внутривенно
5. Эуфиллин внутривенно

149. К признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ относится:

1. RV5+SV1 ≥ 38 мм, R aVL> 11мм
2. RV1 >7мм
3. з.RV5 < RV4
4. R V5-6 <15 мм
5. наличие з.S V5-6

150. При пальпации сердца на верхушке выявляется диастолическое дрожание, не совпадающее с пульсацией на а. carotis. Для какого порока сердца это характерно:

1. Стеноз левого a-v отверстия
2. Недостаточность митрального клапана
3. Стеноз аортального клапана
4. Недостаточность аортального клапана
5. Недостаточность трехстворчатого клапана

151. Подросток 15 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку и сердцебиение при умеренной физической нагрузке. Анамнез: с детства частые ангины. Объективно: facies mitralis. Сердечные тоны ритмичные, на верхушке I т хлопающий, щелчок открытия митрального клапана, диастолический шум. ЧСС – 88 уд в мин. АД – 120/70 мм Нg. Ваш предварительный диагноз:

1. Недостаточность аортального клапана
2. Стеноз аортального клапана
3. Недостаточность митрального клапана
4. Стеноз левого a-v отверстия
5. Недостаточность трехстворчатого клапана

152. Пациентка 29 лет, поступила с жалобами на одышку и сердцебиение при умеренной физической нагрузке, чувство нехватки воздуха по ночам. Анамнез: с детства частые ангины. В 7 лет был эпизод, когда больная не могла ходить из-за болей и отечности коленных суставов. Объективно: Дыхание жесткое, хрипов нет. Пальпаторно верхушечный толчок в VI м/р на 2,0 см снаружи от левой СКЛ. Перкуторно: правая граница- правый край грудины, верхняя граница – II ребро, левая совпадает с верхушечным толчком. Аускультативно: Iтон на верхушке ослаблен, систолический шум дующего характера, с иррадиацией в подмышечную область. Ваш предварительный диагноз:

1. Недостаточность аортального клапана
2. Стеноз аортального клапана
3. Недостаточность митрального клапана
4. Стеноз левого a-v отверстия
5. Недостаточность трехстворчатого клапана

153. При пальпации на основании сердца выявляется систолическое дрожание, совпадающее с пульсацией на а. carotis. Для какого порока сердца это характерно?

1. Стеноз левого a-v отверстия
2. Недостаточность митрального клапана
3. Стеноз устья аорты
4. Недостаточность аортального клапана
5. Недостаточность трехстворчатого клапана

154. Женщина 32 лет, швея, жалуется на давящие боли в области сердца с иррадиацией в левую руку, плечо, чаще возникающие при физической нагрузке, головокружение, иногда кратковременные обмороки. Ухудшение состояния последние 3 года, в 15 лет перенесла полиартрит. Объективно: Кожа бледная, над легкими жесткое дыхание, хрипов нет, ЧД-18 в мин. Верхушечный толчок усилен, разлитой в VI м/р. Систолическое дрожание над аортой, в яремной ямке. Границы сердца смещены влево и вверх, I тон на верхушке ослаблен, систолический шум, самостоятельный систолический шум над всей поверхностью сердца, с максимумом в V точке и во II м/р справа от грудины, проводится на сосуды шеи. II тон над аортой ослаблен, ЧСС –92 уд, АД-100/80 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз:

1. Стеноз устья аорты
2. Недостаточность аортального клапана
3. Недостаточность митрального клапана
4. Стеноз левого a-v отверстия
5. Недостаточность трехстворчатого клапана

155. Мужчина 48 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на головные боли, головокружение, давящие боли в прекардиальной области с иррадиацией в левую руку, одышку при умеренных физических нагрузках. Анамнез: с детства частые ангины, к врачам не обращался, не лечился. Объективно: кожные покровы бледные, видимая на глаз пульсации аорты. Пульс на лучевой артерии симметричный, высокий и ускоренный. Верхушечный толчок усилен, разлитой в VI м/рна 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. По левому краю грудины с максимумом в точке Боткина выслушивается убывающего характера протодиастолический шум, II тон над аортой ослаблен, ритм правильный, ЧСС 78 в мин. АД=150/60 мм Т. Ст., Ваш предварительный диагноз:

1. Недостаточность митрального клапана
2. Стеноз устья аорты
3. Стеноз левого a-v отверстия
4. Недостаточность аортального клапана
5. Недостаточность трехстворчатого клапана

156. О наличии сердечной недостаточности ФК I можно думать:

1. При наличии заболевания сердца, не сопровождающегося ограничением

физической активности. Обычная физическая нагрузка не вызывает

выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения

1. При наличии заболевания сердца, сопровождающегося одышкой при

незначительных нагрузках

1. При наличии заболевания сердца, сопровождающегося одышкой при значительных

нагрузках

1. При наличии заболевания сердца, сопровождающегося одышкой в покое
2. Если заболевание сердца отсутствует, но имеются отеки нижних конечностей

157. Какой признак патогномоничен для левожелудочковой сердечной недостаточности?

1. Набухание шейных вен
2. Асцит
3. Увеличение печени
4. Ортопноэ
5. Отеки на ногах

158. Что характерно для правожелудочковой сердечной недостаточности:

1. Одышка
2. Экстрасистолическая аритмия
3. Набухание шейных вен
4. Влажные хрипы в легких
5. Жидкая пенистая мокрота

159. Укажите комбинацию препаратов, являющуюся базисной для лечения сердечной недостаточности:

1. Тромболитик, ингибитор АПФ, сердечный гликозид
2. Сердечный гликозид, мочегонный препарат, блокатор Са-каналов
3. Антиагрегант, β-блокатор, нитрат
4. Блокатор Са-каналов, нитрат, ингибитор АПФ
5. β-блокатор, ингибитор АПФ, мочегонный препарат

160. К ингибиторам АПФ относится:

1. Лизиноприл
2. Верапамил
3. Лозартан
4. Карведилол
5. Спиронолактон

161. Какая аускультативная картина наиболее характерна для пациентов с выраженной сердечной недостаточностью?

1. ритм "перепела"
2. протодиастолический ритм «галопа»
3. пресистолический ритм «галопа»
4. систолический ритм «галопа»
5. дополнительный перикард-тон.

162. Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом: острый задний ин­фаркт миокарда. В первые сутки наблюдения внезапно потерял со­знание. Пульс и давление не определяются. На ЭКГ: синусовый ритм с переходом в асистолию желудочков. Ваша тактика:

1. дефибрилляция
2. непрямой массаж сердца
3. внутрисердечное введение симпатомиметиков
4. кордарон внутривенно
5. имплантация временного электрокардиостимулятора

163. Больной 54 лет поступил в клинику с диагнозом: повторный передне-перегородочный инфаркт миокарда с переходом на верхушку и боковую стенку левого желудочка. Объективно: состояние тяжелое, бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких - единичные незвонкие мелкопузырчатые хрипы в нижне-задних отделах. ЧСС=110 в мин. ЧД=24 в мин. АД=80/60 мм рт.ст. Пульс - слабого наполнения. Олигурия. Больной возбужден, неадекватен. Диагноз:

1. острый соматогенный психоз;
2. транзиторная гипотензия;
3. кардиогенный шок;
4. начинающийся отек легких;
5. синдром МЭС

164. Какое осложнение ОИМ имеет аутоаллергическую природу?

1. Отек легких
2. Синдром Дресслера
3. Тромбэндокардит
4. Фибрилляция желудочков
5. Кардиогенный шок

165. Какие препараты следует отменить при угрозе разрыва миокарда

1. наркотические анальгетики
2. антикоагулянты
3. бета-адреноблокаторы
4. антагонисты Са 2+
5. нитраты

166. Выберите критерий нестабильной стенокардии прогрессирующего течения

1. Элевация сегмента ST на ЭКГ
2. Снижение толерантности к физическим нагрузкам
3. Положительный тропониновый тест
4. Наличие на ЭХОКГ зон гипокинеза
5. Наличие выбухания дуги аорты на рентгенограмме органов грудной клетки

167. Больному 60 лет, жалуется на значительную общую слабость, частые параличи конечностей, исчезающие в течение суток, полиурия, повышение АД. В крови уровень К + снижен. Назначение гипотиазида привело к ухудшению состояния больного. Какой наиболее вероятный диагноз у пациента?

1. Гипертоническая болезнь
2. Феохромоцитома
3. Первичный гиперальдостеронизм
4. Почечная гипертензия
5. Акромегалия

168. Какой препарат Вы порекомендуете пациенту для самостоятельного купирования гипертонического криза?

1. Амлодипин
2. Бисопролол
3. Лозартан
4. Каптоприл
5. Периндоприл

169. Рекомендуемый темп снижения АД при гипертоническом кризе за 1-ый час (в % от исходного):

1. не менее 75%
2. не менее 50%
3. не более 25%
4. не более 15%
5. не более 10%

170. Одним из наиболее характерных изменений на ЭКГ при остром сухом перикардите является:

1. патологический Q во II,III, avF;
2. конкордантный подъем ST во II и III и  V2-6 отведениях;
3. инверсия Т в V1-6, низковольтная ЭКГ;
4. высокий коронарный Т, политопная желудочковая экстрасистолия.
5. удлинение интервала QT

171. Какой наиболее достоверный способ диагностики экссудативного перикардита:

1. Аускультация сердца;
2. Перкуссия сердца;
3. ЭКГ;
4. ЭхоКГ;
5. рентгеноскопия органов грудной клетки.

172. В биохимическом анализе крови при миокардите обнаруживают:

1. умеренное повышение МВ-КФК и тропонинов
2. тромбоцитопению
3. гипохромную анемию
4. гипогаммаглобулинемию
5. гиперлипидемию

173. Наиболее информативным методом диагностики инфекционного миокардита является:

1. Суточное ЭКГ мониторирование
2. ЭхоКГ
3. ЯМРТ сердца
4. Рентгенография органов грудной клетки
5. Эндомиокардиальная биопсия

174. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет:

1. 2 недели или меньше
2. 2-4 недели
3. 4-6 недель
4. 8-10 недель
5. более 10 недель

175. При предполагаемой стрептококковой природе инфекционного эндокардита показано назначение:

1. пенициллинов или цефалоспоринов
2. аминогликозидов
3. макролидов
4. фторхинолонов
5. тетрациклинов

176. У пациента 29 лет, периодически употребляющего кокаин, в течение 2-х недель появилась лихорадка до 40 0С, слабость, похудание. При осмотре выявлена бледность кожных покровов, симптом Мюссе, подногтевые геморрагии, тахикардия (110 уд.в мин.), АД 140/30 мм рт ст. Наиболее вероятный диагноз:

1. инфекционный эндокардит с поражением трикуспидального клапана
2. инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана
3. инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана
4. миокардит
5. аортальная недостаточность ревматического генеза

177. Мужчина 32 лет жалуется на боль в области сердца,  усиливающуюся  при физической нагрузке, одышку,  перебои в работе сердца. До 28 лет активно занимался спортом. В семье имелись случаи внезапной смерти среди родственников в молодом возрасте. На ЭКГ: экстрасистолическая аритмия. На ЭХО-КГ: МЖП- 17 мм, ограничение ее подвижности, уменьшение полости левого желудочка. Ваш диагноз:

1. коарктация аорты
2. инфекционный перикардит
3. инфекционный эндокардит
4. инфекционный миокардит
5. идиопатическая гипертрофическая кардиомиопатия

178. Наиболее эффективным методом лечения дилятационной кардиомиопатии является:

1. медикаментозная терапия
2. имплантация искусственного левого желудочка
3. кардиомиопластика с протезированием митрального клапана
4. трансплантация сердца
5. аорто-коронарное шунтирование

179. В отделение интенсивной терапии поступил пациент 52 лет с жалобами на перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение. Объективно: При аускультации ритм неправильный, дефицит пульса 16. АД=130/80мм.рт.ст. На ЭКГ: ритм не синусовый, неправильный, регистрируются волны f, ЧСС 120 ударов в минуту. Какое нарушение ритма развилось у пациента:

1. Мерцательная аритмия
2. Трепетания желудочков
3. Желудочковая экстрасистолия
4. Суправентрикулярная экстрасистолия
5. Желудочковая тахикардия

180. Какой из препаратов используется при лечении атриовентрикулярных блокад:

1. Атропин
2. Лидокаин
3. Новокаинамид
4. Кордарон
5. Этацизин

181. Клокочущее дыхание и розовая пенистая мокрота наблюдаются при

1. бронхоспазме
2. коллапсе
3. обмороке
4. отеке легких
5. кардиогенном шоке

182. В поликлинику обратился больной 25 лет с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца. Из анамнеза: 2 недели назад на ногах перенес грипп. Ваш предварительный диагноз:

1. Ревматическая лихорадка
2. Инфекционный эндокардит
3. Инфекционный миокардит
4. Перикардит
5. Стенокардия

183. Какие изменения на ЭКГ убедительно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ пробы?

* 1. Реверсия негативного з.Т.
  2. Удлинение интервала РQ
  3. Депрессия с. SТ более 1-2 мм
  4. Появление предсердной экстрасистолии
  5. Преходящая блокада правой ножки пучка Гиса

184. A-V блокада I степени на ЭКГ характеризуется:

1. Удлинением интервала PQ>0,20 сек
2. Удлинением интервала QT
3. Расширением комплекса QRS
4. Преждевременным появлением комплекса QRS
5. Наличием дельта-волны

185. Выделите критерии синдрома Дресслера:

1. Лихорадка, плеврит, пневмонит, перикардит
2. Лихорадка, плеврит, спленомегалия, гепатит
3. Плеврит, гепатит, лихорадка
4. Бронхит, гепатит, лихорадка, плеврит
5. Гепатит, пневмонит, лихорадка

186. При гипертрофической кардиомиопатии у взрослых толщина стенок одного или более сегментов ЛЖ, измеренной методами визуализации (ЭхоКГ, КТ, МРТ) должна быть:

1. ≥ 11 мм;
2. ≥ 17 мм;
3. ≥ 13 мм;
4. ≥ 15 мм;
5. ≥ 20 мм.

187. У пациента с симптоматической АГ повышено АД на верхних конечностях при нормальном или пониженном АД на нижних. Наиболее вероятно наличие:

1. Синдром Конна;
2. Синдром Иценко-Кушинга;
3. Феохромоцитома;
4. Реноваскулярная АГ;
5. Коарктация аорты.

188. Гипертонический криз осложнился острым коронарным синдромом. Выберите предпочтительную гипотензивную терапию:

1. Метопролол и нитроглицерин;
2. Амлодипин и доксазозин;
3. Бисопролол и индапамид;
4. Эналаприл и верапамил;
5. Нифедипин и моксонидин

189. У пациента с гипертонической болезнью выявлена хроническая болезнь почек (ХБП). Какой гипотензивный препарат наиболее предпочтителен?

1. Бета-блокаторы;
2. Антагонисты кальция;
3. Ингибиторы АПФ;
4. Диуретики;
5. Альфа-блокаторы

190. У пациента тест на уровень мочевой кислоты крови выявил гиперурикемию. Какой клинический симптом соответствует результату анализа?  
     1. Болезненность и покраснение плюснефалангового сустава  
     2. Ощущение онемения в пальцах стоп  
     3. Утренняя скованность  
     4. Деформация 1 пальца стопы по типу Halus valgus  
     5. Подкожные болезненные узелки

191. Пациентка 20 лет проходит курс лечения у дерматолога по поводу эритематозных высыпаний, возникших после пребывания на солнце. Также ее беспокоят припухлость и боли в мелких суставах. В анализе крови - СОЭ - 54 мм/ч, тромбоциты - 160 Ед/мкл. Какой лабораторный тест поможет вам определиться с диагнозом?  
        1. Антитела к циклическому цитрулинированному пептиду  
        2. Антинейтрофильные цитоплазматические антитела  
        3. Антисинтетазеые антитела  
        4. Антинуклеарный фактор  
        5. Антитела к стрептолизину

192. Для остеоартрита мелких суставов кистей характерно изменение формы суставов по типу:  
        1. Ульнарной девиации  
        2. Узелков Гебердена  
        3. Мутилирующего артрита  
        4. "барабанных палочек"  
        5. Тофусной деформации

193. К типичным деформациям кисти при склеродермии относится:  
        1. Деформация по типу "шеи лебедя"  
        2. Ульнарная девиация  
        3. Деформация по типу "бутоньерки"  
        4. Сгибательные контрактуры по типу "птичья лапа"  
        5. Утолщение дистальных и проксимальных суставов по типу узелков

Гебердена и Бушара  
  
194. Укажите фактор риска развития остеоартрита:  
        1. Низкий индекс массы тела  
        2. Травмы в анамнезе  
        3. Употребление продуктов, богатых пуринами  
        4. Ходьба  
        5. Молодой возраст

195. Лекарственными средствами первого ряда при лечении острой инфекции верхних дыхательных путей, вызванной бета-гемолитическим стрептококком группы «А» являются:  
        1. β-лактамные антибиотики  
        2. макролиды  
        3. цефалоспорины  
        4. фторхинолоны  
        5. Тетрациклины

196. Какой из перечисленных препаратов для лечения ревматоидного артрита является ингибитором ФНОα?  
        1. Метотрексат  
        2 Ритуксимаб  
        3. Иннфликсимаб  
        4. Лефлюномид  
        5. Тоцилизумаб

197. Какой из перечисленных признаков является классификационным критерием остеоартрита коленного сустава  
        1. Деформация коленного сустава  
        2. Анкилоз  
        3. Крепитация  
        4. Синовит коленного сустава  
        5. Утренняя скованность

198. Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

1. эозинофильного гастрита;

2.аутоиммунного гастрита;

3. гранулематозного гастрита;

4. болезни Менетрие;

5. хеликобактерной инфекции.

199. Омепразол относится к группе препаратов:

1.адреноблокаторы;

2. М-холиноблокаторы;

3. антациды;

4. блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов;

5. блокаторы протонового насоса

200. У больного, длительное время страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение вероятнее всего возникло у него

1. пенетрация;

2. перфорация;

3. кровотечение;

4. стеноз привратника;

5. малигнизация;

201. Следующие утверждения верны для органического сужения пищевода:

1. затруднение прохождения твердой и жидкой пищи

2. дисфагия возникает эпизодически и связана с поспешной едой, волнениями

3. проходит после приема миотропных спазмолитиков

4.обусловлена рефлекторным спазмом его мускулатуры

5. проходит после приема нитратов

202. Для хронического гастрита типа В с повышенной секрецией характерны следующие признаки:

1. Отрыжка воздухом и кислым
2. Слабость,
3. Адинамия
4. Наклонность к послаблению кишечника
5. Отрыжка тухлым и горечью

203. Эндоскопическая картина при хроническом гастрите типа В характеризуется:

1. диффузным или очаговым истончением слизистой оболочки,
2. бледным цветом слизистой оболочки
3. покраснением, гипертрофией складок
4. дефектом слизистой оболочки
5. диффузной инфильтрацией слизистой оболочки лимфоцитами

204. Какая диета рекомендуется больному с дискинезией желчевыводящих путей гипотоническому типу:

1. диета с ограничением употребления механических и химических пищевых

раздражителей;

2. диета с достаточным количеством желчегонных продуктов, солей магния и

грубой растительной клетчатки, прием высокоминерализованных вод;

3. диета с достаточным количеством желчегонных продуктов, прием

маломинерализованных вод;

4. необходимы экстрактивные вещества;

5. достаточно ограничить жирную и жареную пищу

205. Положительный симптом Ортнера свидетельствует о:

1. остром холецистите
2. хроническом панкреатите
3. хроническом гастрите
4. циррозе печени
5. язвенной болезни желудка

206. Базисным препаратом для лечения язвенного колита тяжелого течения является:

1. Омепрозол
2. Преднизолон
3. Атропин и его производные
4. 6-меркаптопурин
5. Пентоксифиллин

207. Укажите признак характерный для хронического энтероколита с преимущественным поражением тонкой кишки:

1. Ложные позывы
2. Облегчение болей после дефекации
3. Запоры
4. Избыточный вес
5. Обильный стул и похудание

208. Укажите признак, характерный для хронического энтероколита с преимущественным поражением толстой кишки:

1. Похудание
2. Обильный стул
3. Признаки гиповитаминоза
4. Анемия
5. Облегчение болей после дефекации

209. У женщины 45 лет чередование запоров и поносов, вздутие живота, ощущение приливов, боли в животе при акте дефекации, отсутствие менструаций. Кал с примесью слизи. Замкнута, депрессивна. Живот мягкий, чувствительный по ходу толстого кишечника. Полное клинико-лабораторное исследование не выявило патологических изменений. Предположительный диагноз?

1. хронический панкреатит
2. неспецифический язвенный колит
3. болезнь Крона
4. синдром раздраженного кишечника
5. язвенная болезнь 12 перстной кишки

210. Укажите два наиболее важнейших факторов в этиологии цирроза печени

1. воспаление и камни желчных путей;
2. вирусный гепатит и алкоголь;
3. нарушение обмена меди и железа;
4. токсины и лекарственные средства;
5. алиментарные и производственные вредности;

211. Для первичного билиарного цирроза печени характерны

1. ксантелазмы и кожный зуд;
2. интенсивные приступообразные боли в правом подреберье;
3. гипохолестеринемия;
4. похудание и болезненность при пальпации эпигастральной области;
5. положительные маркеры вирусного гепатита;

212. Больной А., 45 лет, жалуется на слабость, тошноту, снижение аппетита, ноющие боли в области печени. Болен в течение 2 лет. Отмечает ухудшение самочувствия после употребления алкоголя и жирной пищи. Склеры, слизистые, кожные покровы желтушны, кал ахоличен, моча «цвета пива». Пульс - 72 в мин., сердце и легкие без изменений. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен. Размеры печени, по Курлову, 15 х 20 х 18 см. Селезенка не увеличена. Укажите на вероятный предварительный диагноз:

1. острый гепатит;
2. хронический гепатит;
3. гемолитическая желтуха;
4. рак печени.
5. хронический холецистит

213. Преренальное острое почечное повреждение наблюдается при ?

1. кардиогенном шоке
2. туберкулезе почек
3. стриктуре уретры
4. гиперплазии предстательной железы
5. некротическом папиллите мочеточников

214. Какой уровень скорости клубочковой фильтрации, соответствует 5 стадии ХБП:

1. более 90 мл/мин

2. 60-89 мл/мин

3. 45-59 мл/мин

4. 15-29 мл/мин

5. менее 15 мл/мин

215. Возможным исходом поражения почек при артериальной гипертензии является:

1. первичный нефросклероз
2. пиелонефрит
3. стеноз почечных артерий
4. гломерулонефрит
5. амилоидоз почек

216. Что следует прежде всего уменьшить в диете больного с ХБП:

1. белки
2. углеводы
3. поваренную соль
4. жиры
5. жидкость

217. По какому показателю судят о функциональных возможностях почек?

* 1. содержание белка в моче
  2. удельный вес мочи
  3. степень снижения клубочковой фильтрации
  4. наличие и выраженность гематурии
  5. уровень рН мочи

218. Что понимают под термином олигурия:

1. выделение за сутки менее 15 л мочи;
2. выделение за сутки менее 12 л мочи;
3. выделение за сутки менее 10 л мочи;
4. выделение за сутки менее 500 мл мочи;
5. выделение за сутки менее 300 мл мочи.

219. Какой клинический признак характерен для нефротического синдрома?

1. дизурия
2. лихорадка
3. сердцебиение
4. отеки
5. головные боли

220. Какое поражение почек развивается при применении нестероидных противовоспалительных средств?

1. хронический пиелонефрит
2. амилоидоз почек
3. интерстициальный нефрит
4. хронический гломерулонефрит
5. хроническая почечная недостаточность

221. Больной Н. 23 лет, страдающий хроническим тонзиллитом, перенес ангину; спустя 2 недели отметил отеки век, слабость, снижение работоспособности. Появились одышка, отеки лица, поясницы. Через 2 мес после начала болезни отмечаются отеки лица, поясницы, гидроторакс. Глухие тоны сердца. АД - 125/80 мм.рт.ст. Анализ мочи: относительная плотность 1021, белок 9,0 г/л, эритроциты 15-20 в п/зр,, гиалиновые цилиндры 2-4 в п/зр. Ваш диагноз:

1. Острый гломерулонефрит (моносимтомный вариант)
2. Острый гломерулонефрит нефротический вариант.
3. Хронический гломерулонефрит гематурический вариант
4. Обострение хронического гломерулонефрита смешанного типа
5. Хронический гломерулонефрит нефротический вариант

222. Больному с мерцательной аритмией был назначен варфарин. Какой целевой

уровень МНО должен быть у больного на фоне приема этого препарата:

1. 3-4
2. 2-3
3. 1-2
4. 4-5
5. 5-6

223. К большим диагностическим критериям инфекционного эндокардита относятся:

1. Вегетации по данным ЭХОКГ и положительный результат гемокультуры;
2. Пятна Рота и Лукина;
3. Систолический шум на верхушке и лихорадка;
4. Систолический шум по левому краю грудины и лихорадка.
5. Лейкоцитоз в общем анализе крови

224. Амилоидоз почек может развиться при

1. Бронхоэктатической болезни

2. Гипертонической болезни

3. Хроническом пиелонефрите

4. Нефроптозе

5. Поликистозе почек

225. Уровень глюкозы в плазме венозной крови в норме:

1. натощак 3,3-5,5 ммоль/л, через 2 часа после еды >7,8 ммоль/л

2. натощак 5,6-6,1 ммоль/л, через 2 часа после еды 6,1-7,0 ммоль/л

3. натощак 5,6-6,1ммоль/л, через 2 часа после еды <6,7ммоль/л

4. натощак 4-6,1 ммоль/л, через 2 часа после еды <7,8 ммоль/л

5. натощак 5,6-6,5ммоль/л, через 2 часа после еды <8,7ммоль/л

226. Показания для назначения бигуанидов:

1. СД 1 типа
2. СД 2 типа с ожирением
3. СД 2 типа с дефицитом массы тела
4. диабет беременных
5. диабетической кетоацидоз

227. При тахикардии с частотой возбуждения желудочков 160 в мин и уширенными комплексами QRS наиболее вероятно наличие:

1. пароксизма суправентрикулярной тахикардии;
2. пароксизма антидромной тахикардии при синдроме WPW;
3. ускоренного идиовентрикулярного ритма;
4. пароксизма желудочковой тахикардии;
5. фибрилляции желудочков.

**228. На приеме пациент с признаками** полиневрита, гипертензии и бронхообструкции. Ваш предполагаемый диагноз:

1. Узелковый периартериит
2. Дерматомиозит
3. Ревматоидный артрит
4. Реактивный артрит
5. СКВ

229. У вас на приеме пациент с острым приступом подагры. Какой препарат Вы назначите:

1. Диклофенак
2. Аллопуринол
3. Кетонал
4. Циклофосфомид
5. Ауранофин

230. Причиной развития В12 –дефицитной анемии является:

1. афтозный стоматит
2. варикозное расширение вен пищевода
3. атрофический гастрит
4. язвенный колит
5. кровоточащий геморрой

231. У электросварщика со стажем работы 16 лет, на рентгенограмме выявлены диффузные мелкие округлые затемнения. Предположительный диагноз:

1. Силикоз, узелковая форма.
2. Пневмокониоз
3. Гиперчувствительный пневмонит.
4. Сидероз
5. Асбестоз

232. Для вибрационной болезни в отличие от болезни Рейно характерно:

1. наличие ангиодистонического синдрома

2. наличие трофических нарушений

3. нарушение температурной чувствительности

4. нарушение вибрационной чувствительности

5. наличие общей вегетодистонии

233. Сердечные гликозиды являются препаратом выбора при ХСН с:

1. тахисистолической формой мерцательной аритмией

2. атеросклеротическим кардиосклерозом

3. гипертиреозом

4. нарушением диастолической функции желудочков

5. недостаточностью митральных клапанов

234. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом неотложной терапии является:

1. Преднизолон.
2. Кальция хлорид.
3. Адреналин.
4. Димедрол.
5. Норадреналин.

235. Назовите наиболее характерный признак первичного туберкулеза:

1. поражение легочной ткани
2. поражение плевры
3. поражение лимфатической системы
4. поражение кожи
5. поражение глаз.

236. Назовите наиболее часто встречающуюся форму первичного туберкулеза:

1. туберкулез периферических лимфатических узлов
2. милиарный туберкулез
3. инфильтративный туберкулез
4. диссеминированный туберкулез
5. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

237. Какой из указанных клинико-R-признаков характерен для инфильтративного туберкулеза легких:

1. округлый, облаковидный инфильтрат;
2. округлая тень;
3. синдром диссеминации;
4. кольцевидная тень
5. синдром патологии корней легких

238. R-признаками милиарного туберкулеза являются:

1. двухсторонняя симметричная диссеминация с наличием средних и крупных очагов
2. двухсторонняя симметричная диссеминация с наличием мелких очагов низкой интенсивности
3. двухсторонняя симметричная диссеминация с наличием полиморфных очагов
4. двухсторонняя нижнедолевая диссеминация с наличием средних и крупных очагов
5. двухсторонняя симметричная диссеминация с наличием мелких и крупных очагов различной интенсивности

239. Наиболее частый путь распространения микобактерий, приводящий к развитию диссеминированного туберкулеза легких:

1. лимфогематогенный;
2. гематогенный;
3. лимфогенный;
4. бронхогенный
5. смешанный

240. Какое осложнение чаще развивается при первичном туберкулезе?

1. легочное кровотечение
2. спонтанный пневмоторакс
3. плеврит
4. амилоидоз
5. ЛСН

241. Что подлежит обследованию на МБТ по рекомендации ВОЗ при подозрении на туберкулез легких?

1. плевральная жидкость
2. спинномозговая жидкость
3. моча
4. гнойное отделяемое
5. мокрота

242. Бактериологический метод исследования мокроты при туберкулезе органов дыхания позволяет:

1. определить жизнеспособность МБТ;
2. определить лекарственную непереносимость;
3. определить лекарственную устойчивость МБТ;
4. определить патогенность МБТ
5. определить вирулентность МБТ

243. Какой основной рентгенологический синдром выявляется при туберкулеме легких:

1. синдром очаговой тени
2. синдром округлой тени
3. синдром диссеминации
4. синдром патологии корней легких
5. синдром затемнения

244. Характеристика препаратов первого ряда для лечения туберкулеза:

* 1. бактериостатический эффект;
  2. высокая стоимость;
  3. низке токсическое действие и лучшая переносимость препаратов;
  4. плохая переносимость;
  5. продолжительность химиотерапии более 24 месяцев

245. К противотуберкулезным препаратам 1го ряда относится:

* 1. офлоксацин, ПАСК
  2. стрептомицин, канамицин
  3. изониазид, рифампицин
  4. протионамид, циклосерин
  5. пиразинамид, амикацин

246. Широкая лекарственная устойчивость при ТБ – это:

* 1. туберкулёз, вызванный микобактерией с устойчивостью, как минимум к изониазиду, рифампицину, инъекционному препарату и фторхинолону.
  2. туберкулёз, вызванный микобактерией с устойчивостью к 2 и более противотуберкулёзным препаратам, за исключением одновременной устойчивости к изониазиду и рифампицину
  3. туберкулёз вызванный микобактерией с устойчивостью, как минимум, к изониазиду и рифампицину
  4. туберкулез, вызванный микобактерией с устойчивостью ко всем препаратам группы фторхинолонов
  5. туберкулез, вызванный микобактерией с устойчивостью ко всем препаратам первого (осоновоного) и резервного ряда.

247. Для какой клинической ситуации наиболее характерно клокочущее дыхание, слышимое на расстоянии, масса влажных крупнопузырчатых незвонких хрипов над всей поверхностью легких?

1. хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность
2. хроническая левожелудочковая сердечная недостаточность
3. острая левожелудочковая сердечная недостаточность
4. долевая пневмония с абсцедированием
5. бронхоэктатическая болезнь

248. У больного 65 лет, перенесшего 3 года назад острый инфаркт миокарда, постепенно нарастала одышка, выявлен двухсторонний плевральный выпот при отсутствии болей в грудной клетке, лихорадки и изменений в анализе крови. Что может быть наиболее вероятной причиной образования выпота?

1. Постинфарктный синдром (синдром Дресслера)
2. Туберкулез легких
3. Инфаркт легкого
4. Пневмония
5. Застойная сердечная недостаточность

249. Ортопноэ и пароксизмальная ночная одышка указывают на:

1. повышение венозного давления и застойные явления в малом круге кровообращения при поражении левых отделов сердца;
2. повышение венозного давления и застойные явления в большом круге кровообращения;
3. тромбоэмболию мелких ветвей легочной артерии;
4. тромбоэмболию крупных ветвей легочной артерии;
5. хроническую дыхательную недостаточность.

250. Реакция на туберкулин развивается:

1. немедленно (по типу анафилаксии)
2. через 6-12 часов
3. через 12-24 часа
4. через 48-72 часа
5. через 2-3 недели

251. Выберите оптимальный режим введения стрептокиназы при инфаркте миокарда.

1. Введение 250 тыс. МЕ в качестве пробной дозы, затем 1250 тыс. МЕ капельно в течение суток.
2. Полная доза (1,5 млн. МЕ) в 500 мл физраствора капельно внутривенно за несколько часов.
3. Полная доза (1,5 млн. МЕ) в 100 мл физраствора в/венно капельно в течение 30 мин.
4. Введение полной дозы разделенной на 2 равные части в течение суток в 1000 мл физраствора.
5. Введение полной дозы в 100 мл физраствора струйно за 10 мин.

252. От какой из групп гипотензивных препаратов Вы откажитесь при сочетании гипертонии и подагры.

1. Бета-адреноблокаторы.
2. Антагонисты кальция
3. Антагонисты ангиотензина ΙΙ
4. Диуретики
5. Ингибиторы АПФ

253. У мужчины 42 лет в течение 2 месяцев периодические загрудинные боли в разное время суток продолжительностью 5-10 минут. Физикальное обследование и ЭКГ без особенностей. Следующий этап обследования:

1. рентгенография грудной клетки
2. ЭхоКГ
3. нагрузочная ЭКГ проба
4. ФГДС
5. 24-часовое мониторирование ритма сердца

254. У 22-летнего студента с детства замечали систолический шум на основании сердца. АД – 150/100 мм рт.ст. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка, неровные, зазубренные нижние края 5-7-го ребер с обеих сторон. Снижение пульсации на ногах. Диагноз:

1. стеноз устья аорты
2. дефект межпредсердной перегородки
3. коарктация аорты
4. дефект межжелудочковой перегородки
5. открытый артериальный проток

255. Укажите для какой из диффузных болезней соединительной ткани или системного васкулита характерно поражение пищевода?

1. Синдром Бехчета.
2. Полимиозит.
3. Системная склеродермия.
4. Узелковый полиартериит.
5. Системная красная волчанка.

256. Самым достоверным признаком ХПН является:

1. артериальная гипертензия
2. гиперкалиемия
3. повышение уровня креатинина крови
4. олигурия
5. Анемия

257. Какой из перечисленных синдромов наиболее рано появляется при билиарном циррозе печени?

1. диспепсический
2. астенический
3. портальная гипертензия
4. холестаз
5. печеночная недостаточность

258. При изменении какого лабораторного показателя диагноз В12-дефицитной анемии становится несомненным?

1. повышение цветного показателя
2. снижение количества эритроцитов
3. макроцитоз эритроцитов
4. мегалобластоз костного мозга
5. снижение количества лейкоцитов

259. Основным клиническим синдромом апластической анемии является:

1. геморрагический
2. воспалительный
3. гепатолиенальный
4. интоксикационный
5. иммунодефицитный

260. Какой препарат следует назначать при появлении признаков вторичного гиперальдостеронизма?

1. эналоприл
2. бисопролол
3. верошпирон
4. панангин
5. верапамил

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

261. Пневмония – это:

1. неспецифическое воспаление легочной ткани, с формированием ограниченной одной или нескольких гнойно-некротических полостей
2. острый инфекционный воспалительный процесс нижних отделов дыхательных путей, проявляющийся инфильтрацией клетками воспаления и экссудацией паренхимы легкого
3. хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, вызывающее повышение их гиперреактивности, с бронхиальной обструкцией обратимого характера
4. заболевание, характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией воздухоносных путей вследствие хронического обструктивного бронхита и эмфиземы
5. прогрессирующее и инвалидизирующее состояние, характеризующееся нарушением функции легких, которое значительно ускоряет возрастное снижение дыхательных функций.

262. Абсцесс легкого – это:

1. неспецифическое воспаление легочной ткани с формированием ограниченной одной или нескольких гнойно-некротических полостей
2. хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, вызывающее повышение их гиперреактивности, с бронхиальной обструкцией обратимого характера
3. заболевание, характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией воздухоносных путей вследствие хронического обструктивного бронхита и эмфиземы
4. необратимое патологическое расширение воздушных пространств дистальных терминальных бронхов, сопровождающееся деструктивными изменениями альвеолярных стенок
5. прогрессирующее и инвалидизирующее состояние, характеризующееся нарушением функции легких, которое значительно ускоряет возрастное снижение дыхательных функций.

263. Особенность болевого синдрома при плеврите:

1. Кратковременная
2. Длительная
3. Связанна с кашлем и дыханием
4. Купируется нитроглицерином
5. Купируется каптоприлом

264. Главным этиологическим фактором в развитии ХОБЛ является

1. Переохлаждение
2. Курение
3. Вирусная инфекция
4. Перенесенная пневмония
5. Частые ОРВИ

265. О затяжном течении пневмонии говорят в тех случаях, когда на фоне улучшения клинической картины не удается достичь полного рентгенологического разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких

1. Через 2 недели от начала заболевания
2. Через 2 недели от момента госпитализации
3. Через 3 недели от начала заболевания
4. Через 4 недели от начала заболевания
5. Через 3 месяца от начала заболевания

266. Во второй период абсцесса легкого характер дыхания:

1. Везикулярное
2. Везикулярное равномерно ослабленное
3. Везикулярное, ослабленное на стороне поражения
4. Амфорическое
5. Не выслушивается на стороне поражения

267. Во второй период абсцесса легкого рентгенологическая картина:

1. Без особенностей
2. Повышенная воздушность легочной ткани
3. Затемнение в соответствующей доле легкого
4. Гомогенная тень с косым уровнем
5. Просветление с горизонтальным уровнем

268. В анализе крови у больных с ХЛС обнаруживают:

1. Повышение острофазовых воспалительных маркеров.
2. Ускорение СОЭ.
3. Эритроцитоз.
4. Гипопротеинемию.
5. Гиперхолестеринемию.

269.»Легочное сердце» может возникнуть при:

1. артериальной гипертонии;
2. гипертиреозе;
3. миокардите;
4. кифосколиозе грудной клетки
5. ишемической болезни сердца.

270. Какой препарат Вы назначите пациенту с внебольничной пневмонией легкого течения, вызванной пневмококком:

1. амоксициллин по 0,5 х 3 раза в сутки
2. тетрациклин по 0,5 х 4 раза в сутки
3. гентамицин по 80 мг х 3 раза в сутки
4. ципрофлоксацин по 0,5 х 2 раза в сутки
5. цефтриаксон по 1 гр х 2 раза в сутки

271. Основным возбудителем типичной внебольничной пневмонии является:

1. пневмококк
2. микоплазма
3. энтерококк
4. хламидии
5. менигококк

272. Под внутрибольничными пневмониями понимают:

1. пневмонии, развившиеся через 3 ч после пребывания в стационаре
2. пневмонии, развившиеся через 6 ч после пребывания в стационаре
3. пневмонии, развившиеся через 10 ч после пребывания в стационаре
4. пневмонии, развившиеся через 24 ч после пребывания в стационаре
5. пневмонии, развившиеся через 72 ч после пребывания в стационаре

273. Рентгенологическим критерием пневмонии является:

1. отсутствие легочного рисунка, наличие газа в плевральной полости
2. наличие округлой тени с уровнем жидкости
3. наличие негомогенной неинтенсивной тени в пределах доли без отчетливых границ
4. наличие гомогенной интенсивной тени с отчетливыми границами
5. повышенная прозрачность легочных полей

274. Рентгенологическим критерием экссудативного плеврита является:

1. наличие гомогенной интенсивной тени с отчетливыми границами
2. наличие округлой тени с уровнем жидкости
3. повышенная прозрачность легочных полей
4. отсутствие легочного рисунка, наличие газа в плевральной полости
5. наличие негомогенной неинтенсивной тени в пределах доли без отчетливых границ

275. Осмотр и пальпация области сердца больного ХЛС позволяют выявить следующую патологию:

1. сердечный «горб»;
2. прекардиальную и эпигастральную пульсацию;
3. разлитой, смещенный влево верхушечный толчок;
4. систолическое дрожание по левому краю грудины
5. килевидную грудную клетку

276. К препаратам базисной терапии бронхиальной астмы относятся:

1. ингаляционные кортикостероиды
2. бета2-адреностимуляторы
3. ингаляционные холинолитики
4. метилксантины
5. антибиотики

277. Какое обследование является решающим в дополнение к клиническим критериям при постановке диагноза пневмонии:

1. Функция внешнего дыхания
2. Бронхоскопия
3. Рентгенография органов грудной клетки
4. Общий анализ крови
5. Бактериоскопия мокроты

278. Что такое ступенчатая терапия пневмонии?

1. Увеличение дозы антибиотика в процессе терапии
2. Уменьшение дозы антибиотика
3. Переход с парентерального введения антибиотика на прием

перорального

1. Смена антибиотиков в процессе лечения
2. Через 3 дня от начала лечения добавляется еще антибиотик

279. Какой из нижеперечисленных препаратов относится к ингаляционным кортикостероидам?

1. Тиотропиум бромид
2. Теофиллин
3. Беклометазон
4. Сальбутамол
5. Эуфилин

280. Какой из нижеперечисленных препаратов относится к бронхолитикам:

1. Сальбутамол
2. Бекламетазон
3. Бромгексин
4. Амбраксол
5. Эритромицин

281. Пикфлоуметрия проводится для измерения:

1. ЖЕЛ
2. МСВ
3. ОФВ1
4. Индекса Тиффно
5. ЧДД

282. При каком из перечисленных заболеваний может быть дефицит альфа-1 антитрипсина?

1. бронхиальная я астма
2. эмфизема легких
3. бронхоэктатическая болезнь
4. эхинококкоз легких
5. ХЛС

283. При хроническом легочном сердце отмечается

1. гипертрофия левого и правого желудочков
2. дилатация правого желудочка и гипертрофия левого предсердия
3. утолщение межжелудочковой перегородки и правого предсердия
4. гипертрофия и дилатация левых отделов сердца
5. гипертрофия и дилатация правых отделов сердца

284. Патогенетической терапией хронического легочного сердца является:

1. терапия антикоагулянтами
2. кислородотерапия
3. терапия бронхолитиками
4. терапия глюкокортикостероидами
5. терапия муколитиками

285. Наиболее достоверным методом диагностики бронхоэктазов является

1. фибробронхоскопия
2. спирография
3. компьютерная томография высокого разрешения
4. открытая биопсия легких
5. рентгенография

286. Под термином «атипичная пневмония» принято подразумевать

1. эозинофильную пневмонию
2. вирусную бронхопневмонию
3. пневмонию, вызванную легионеллой, хламидиями, микоплазмой
4. пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации
5. пневмонию на фоне лечения иммунодепрессантами

287. Какой препарат из нижеперечисленных используют для купирования приступа удушья при бронхиальной астме?

1. монтелукаст
2. кетотифен
3. беклометазон
4. флютиказон
5. сальбутамол

288. Какой критерий из нижеперечисленных относится к признакам легкого течения бронхиальной астмы:

1. ночные приступы удушья больше 1-2 раз в месяц
2. наличие одышки при физической нагрузке
3. МСВ больше 80% от должной величины
4. суточная вариабельность МСВ больше 30%
5. обострения нарушают активность и сон, снижают качество жизни

289. Какая группа препаратов из нижеперечисленных противопоказана больным с аспириновой формой бронхиальной астмы?

1. глюкокортикоиды
2. b2-блокаторы
3. Са-блокаторы
4. нестероидные противовоспалительные препараты
5. антилейкотриеновые препараты

290. Укажите объективный признак, характерный для компенсированного ХЛС:

1. акцент II тона над легочной артерией
2. систолический шум у основания мечевидного отростка
3. набухшие шейные вены
4. увеличение печени
5. периферические отеки

291. Использование спейсера позволяет

1. свести до минимума отложение аэрозоля в полости рта и на голосовых

связках

1. применять ингаляционно препараты, не выпускающиеся в форме

дозированных аэрозолей

1. улучшить координацию входа и ингаляции
2. исключить загрязнения атмосферы фреоном
3. уменьшить дозу ингаляционного препарата

292. Какой прирост МСВ при бронходилатационной пробе говорит о том, что бронхиальная обструкция обратима?

1. < 10%
2. > 20%
3. 10-15%
4. >15%
5. >25%

293. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят:

1. теофиллин;
2. атровент
3. беклометазон
4. эуфиллин;
5. сальбутамол

294. Какое значение насыщения крови кислородом (SaО2) из нижеперечисленных можно считать нормальным?

1. 86 мм.рт.ст.;
2. 70 мм.рт.ст.;
3. 98 мм.рт.ст.;
4. 76 мм.рт.ст.;
5. более 90 мм.рт.ст.

295. Смещение средостения в сторону поражения может наблюдаться при:

1. гемотораксе
2. пневмотораксе
3. гидропневмотораксе
4. лобарной эмфиземе
5. ателектазе легкого

296. Назовите наиболее частый путь распространения инфекции в легких при пневмонии:

1. контактный
2. гематогенный
3. бронхогенный
4. лимфогенный
5. перкутанный

297. Праве легкое состоит из:

* 1. 9 сегментов
  2. 10 сегментов
  3. 11 сегментов
  4. 12 сегментов
  5. 8 сегментов

298. Назначение какого антибиотика наиболее целесообразно при микоплазменной пневмонии:

1. азитромицин
2. цефатоксим
3. тетрациклин
4. ампициллин
5. гентамицин

299. Синдром «цилиарной дискинезии» характерен для:

* 1. муковисцидоза
  2. затяжного течения пневмонии
  3. синдрома Картагенера
  4. поликистоза легких
  5. гемосидероза легких

300. Чем характеризуется эмфизема легких:

* 1. уменьшением жизненной емкости легких
  2. повышением остаточного объема легких
  3. уменьшением минутного объема легких
  4. развитием дыхательного ацидоза
  5. снижением остаточного объема легких

301. Отхождение мокроты «полным ртом» наблюдается при

1. Бронхиальной астме
2. Муковисцидозе
3. Бронхоэктазах
4. Выпотном плеврите
5. Пневмонии

302. Укажите наиболее вероятную причину ограниченной подвижности нижних краев

легких:

1. А. бронхиальная обструкция
2. В. легочная недостаточность
3. С. мукоцилиарная недостаточность
4. **D. повышение воздушности легочной ткани**
5. Е. уплотнение легочной ткани

303. У больного при проведении КТ органов грудной клетки выявлены утолщение стенки бронхов, уменьшение объема легочной паренхимы, «сотовая» деформация, расширение бронхов с соотношением диаметра бронха к диаметру альвеолы более 1:1,5. Какой наиболее вероятный диагноз?

1. Бронхоэктатическая болезнь
2. Абсцесс лёгкого
3. Внебольничная пневмония
4. ХОБЛ
5. Идиопатический легочный фиброз

304. С какой целью используется дополнительный прием при аускультации легких покашливание?

1. для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов
2. для выявления скрытой бронхиальной обструкции
3. для отличия сухих хрипов от влажных хрипов
4. для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры
5. для лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания

305. С какой целью используется дополнительный прием при аускультации легких форсированный выдох?

1. для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов
2. для выявления скрытой бронхиальной обструкции
3. для отличия сухих хрипов от влажных хрипов
4. для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры
5. для лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания

306. Укажите основной механизм появления патологического бронхиального дыхания:

1. снижение эластичности легочной ткани
2. проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом
3. сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота)
4. наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизмененными альвеолами
5. усиление колебаний стенки альвеол при дыхании

307. Укажите основной механизм появления жесткого дыхания:

1. снижение эластичности легочной ткани
2. проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом
3. сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота)
4. наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизмененными альвеолами
5. усиление колебаний стенки альвеол при дыхании

308. Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при долевом воспалительном уплотнении?

1. ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание
2. амфорическое дыхание
3. бронхиальное дыхание
4. жесткое дыхание
5. смешанное бронховезикулярное дыхание

309. Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при сужении мелких бронхов?

1. ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание
2. амфорическое дыхание
3. бронхиальное дыхание
4. жесткое дыхание
5. смешанное бронховезикулярное дыхание

310. Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при гидротораксе:

1. ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание
2. амфорическое дыхание
3. бронхиальное дыхание
4. жесткое дыхание
5. смешанное бронховезикулярное дыхание

311. Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при эмфиземе легких?

1. ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание
2. амфорическое дыхание
3. бронхиальное дыхание
4. жесткое дыхание
5. смешанное бронховезикулярное дыхание

312. Чем обусловлено появление влажных крупнопузырчатых хрипов?

1. вязкая мокрота в крупных бронхах
2. вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм
3. жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом
4. жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани
5. жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани

313. Чем обусловлено появление влажных мелкопузырчатых звонких хрипов?

1. вязкая мокрота в крупных бронхах
2. вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм
3. жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом
4. жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани
5. жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани

314. Чем обусловлено появление сухих свистящих (дискантовых) хрипов?

1. вязкая мокрота в крупных бронхах
2. вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм
3. жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом
4. жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани
5. жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани

315. Чем обусловлено появление сухих жужжащих (басовых) хрипов?

1. наличие в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или транссудата
2. воспаление листков плевры ("сухой" плеврит)
3. альвеолы полностью заполнены экссудатом или транссудатом
4. вязкая мокрота в крупных бронхах
5. вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

316. Укажите антибактериальный препарат, малоактивный в отношении пневмококка:

1. азитромицин
2. пенициллин
3. цефтриаксон
4. ципрофлоксацин
5. амоксициллин

317. Препаратом выбора при крупозной пневмонии является:

1. ципрофлоксацин
2. доксициклин
3. гентамицин
4. клиндамицин
5. пенициллин

318. К селективным бета-2-агонистам длительного действия относится:

1. флутиказон
2. сальметерол
3. сальбутамол
4. фенотерол
5. ипратропия бромид

319. К муколитическим средствам относится:

1. беклометазон
2. хромогликат натрия
3. ацетилцистеин
4. сальметерол
5. теофиллин

320. При повышенном давлении в легочной артерии у больного с БА показан:

1. верапамил
2. амлодипин
3. дигоксин
4. интал
5. беклометазон

321. Сальбутамол относится к:

1. препаратам кромолинового ряда
2. ингаляционным глюкокортикоидам
3. бета-2 агонистам короткого действия
4. бета-2 агонистам длительного действия
5. системным глюкокортикостериоидам

322. Монтелукаст относится к:

1. препаратам кромолинового ряда
2. ингаляционным глюкокортикоидам
3. бета-2 агонистам короткого действия
4. ингибиторам лейкотриеновых рецепторов
5. системным глюкокортикостериоидам

323. Преднизолон относится к:

1. препаратам кромолинового ряда
2. ингаляционным глюкокортикоидам
3. бета-2 агонистам короткого действия
4. ингибиторам лейкотриеновых рецепторов
5. системным глюкокортикостериоидам

324. Каков механизм действия сальбутамола?

1. снижение тонуса вагуса
2. блокада альфа-адренорецепторов
3. стимуляция бета-адренорецепторов
4. блокада гистаминовых рецепторов
5. непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов

325.Какой из препаратов наиболее показан для начального лечения приступа бронхиальной астмы?

1. преднизолон
2. сальбутамол
3. эуфиллин
4. монтелукаст
5. беклометазон

326. Какому  препарату следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии у больного бронхиальной астмой?

1. верапамил
2. атенолол
3. эналоприл
4. амлодипин
5. бисопролол

327. Больного пневмонией необходимо госпитализировать, если:

1. возраст старше 50 лет
2. АД > 140/90 мм.рт.ст
3. Одышка > 30 в минуту.
4. ЧСС > 80 в мин
5. SaО2 > 95%

328. Ориентировочная продолжительность антибиотикотерапии при пневмонии

1. до нормализации температуры
2. до полного рассасывания инфильтрата в легком.
3. до нормализации СОЭ.
4. до 4 - 5 дней стойко нормальной температуры
5. до момента исчезновения кашля

329. Какой механизм действия эуфиллина:

1. дилатация бронхов.
2. снижение секреции
3. противоаллергическое действие
4. адреномиметическое действие.
5. антигистаминное действие

330. Какие изменения в легких при синдроме Пиквика приводят к развитию легочного сердца?

1. Пневмосклероз
2. Эмфизема легких
3. Ателектаз
4. Поражение легочных сосудов
5. Альвеолярная гиповентиляция

331. Больной 15 лет поступил с жалобами на кашель с выделением до 200 мл слизисто-гнойной мокроты с неприятным запахом, кровохарканье, повышение температуры до 38,2°С, недомогание, одышку. В детстве часто рецидивировал бронхит и беспокоил кашель с отхождением мокроты гнойного характера. В течение последних 5 лет отмечал ежегодные обострения. Наиболее вероятный диагноз:

1. Бронхоэктатическая болезнь.
2. Бронхиальная астма
3. Хроничекий абсцесс легкого.
4. ХОБЛ.
5. Атипичная пневмония

332. Укажите синдром, для которого является патогномоничной одышка инспираторного характера:

1. поражение верхних дыхательных путей;
2. поражение нижних дыхательных путей с бронхообструкцией;
3. уплотнение легочной ткани;
4. поражение средних дыхательных путей;
5. сухой плеврит

333. У больной 46 лет, страдающей варикозно расширением вен нижних конечностей, внезапно при физической нагрузке появилась резко выраженная одышка вплоть до удушья, боль в области за грудиной. При осмотре отмечался цианоз верхней половины туловища. При аускультации выслушивались сухие свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа. На ЭКГ регистрируются S в 1 и Q в Ш стандартных отведениях. Какое из перечисленных заболеваний может обусловливать приведенную выше клиническую картину?

1. Острый инфаркт миокарда
2. Спонтанный пневмоторакс.
3. Бронхиальная астма
4. Тромбоэмболия легочной артерии.
5. Очаговая пневмония.

334. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет, прежде всего подозревать

1. Рак бронха
2. Кавернозную форму туберкулеза легких.
3. Бронхоэктатическую болезнь.
4. Пневмокониоз.
5. ХОБЛ

335. Характеристика фиброзирующего альвеолита:

1. Притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону
2. Притупление, ослабленное дыхания и бронхофония, смещение средостения в сторону притупления
3. Притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы
4. Инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация.
5. Экспираторная одышка, бочкообразная грудная клетка, ослабленное везикулярное дыхание

336. Какой препарат следует назначить 30- летнему больному пневмонией, развившейся в амбулаторных условиях после переохлаждения, при неэффективности пенициллина?

1. Ципрофлоксацин
2. Азитромицин
3. Цефтриаксон
4. Гентамицин
5. Карбенициллин

337. К семейному врачу обратилась больная 25 лет с жалобами на кашель с отхождением трудноотделяемой мокроты слизисто-гнойного характера, повышение температуры до 38°С. Из анамнеза: заболела остро после переохлаждения. При аускультации выслушиваются мелкопузырчатые хрипы слева в подлопаточной области. Там же определяется усиленная бронхофония и притупление перкуторного звука. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз и ускоренное СОЭ. Кроме того, у больной имеет место беременность 8 -10 недель. Определите диагноз и назначьте лечение.

1. Острый трахеобронхит. Назначено: бромгексин по 1 таб. 3 раза в день, доксициклин 100мг по 1т 2 р в день.
2. ОРВИ. Пневмония? Рекомендована рентгенография органов грудной клетки для уточнения диагноза. Назначено лечение: Амоксиклав 625г 3 раза в сутки, бронхолитин по 1 столовой ложке 3 раза в день.
3. Пневмония. Рекомендована рентгенография органов грудной клетки. Назначено: ципрофлоксацин 500мг по 1 таблетке 2 раза в день, отхаркивающие препараты.
4. Пневмония. Назначено: метрогил в/вено капельно, гентамицин по 80 мг 3 раза в день в/м.
5. Пневмония. Назначено спирамицин по 3 млн. ЕД каждые 12 часов, теплое питье.

338. К врачу обратился больной 72 лет, страдающий ХОБЛ с жалобами не одышку, приступы перебоев в области сердца, отеки на нижних конечностях, боли и тяжесть в области правого подреберья. Какие изменения на ЭКГ вы ожидаете получить:

1. гипертрофию левого желудочка
2. гипертрофию правого желудочка
3. гипертрофию левого предсердия
4. снижение вольтажа ЭКГ
5. отклонение ЭОС влево

339. В каком случае из нижеперечисленных возможно развитие пневмоцистной пневмонии:

возможно развитие пневмоцистной пневмонии

1. у больных ХОБЛ
2. у хронических алкоголиков
3. у больных с иммунодефицитом
4. у беременных
5. у пожилых

340. Для какого заболевания характерен обратимый характер синдрома бронхиальной обструкции?

1. ХОБЛ
2. бронхиальная астма
3. эмфизема легких
4. ТЭЛА
5. Бронхоэктатическая болезнь

341. Какая терапия используется для лечения больных с легкой интермиттирующей бронхиальной астмой?

1. ежедневный прием ингаляционных глюкокортикоидов в малых дозах
2. ингаляции бета2-агонистов короткого действия по потребности
3. ежедневный прием бронходилататоров пролонгированного действия
4. применение системных глюкокортикоидов
5. прием ингаляционных глюкокортикоидов по потребности

342. Что из нижеперечисленного может быть причиной гиперэозинофилии крови и эозинофильных инфильтратов в легких:

1. Сахарный диабет
2. Лечение антибиотиками
3. Прием ингаляционных глюкокортикоидов
4. Системная красная волчанка
5. Синдром Гудпасчера

343. Что объединяет следующие заболевания: деструктивный панкреатит, цирроз печени с портальной гипертензией, поддиафрагмальный абсцесс и опухоль яичников. Выберите правильный ответ:

1. Гиперэозинофилия
2. Гипоальбуминемия
3. Возможность плеврального выпота
4. Наличие отеков
5. Желтушная окраска кожных покровов

344. Вторичная деструктивная диффузная эмфизема является осложнением:

1. бронхиальной астмы
2. хронического простого бронхита
3. ХОБЛ
4. очаговой пневмонии
5. идиопатического фиброзирующего альвеолита

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

1. острые заболевания дыхательной системы
2. хронические болезни бронхолегочного аппарата
3. функциональное перенапряжение аппарата дыхания
4. возрастная инволюция эластической ткани легких
5. дефицит альфа1-антитрипсина

346. Лечение пневмонии в поликлинических условиях у лиц молодого возраста следует начинать с:

1. оральных цефалоспоринов второго поколения
2. гентамицина
3. фторхинолонов
4. полусинтетических пенициллинов
5. макролидов нового поколения

347. С препарата какой группы следует начинать лечение бронхиальной астмы среднетяжелого течения?

1. системные глюкокортикостероиды
2. ингаляционные глюкокортикостероиды
3. метилксантины
4. холинолитики
5. антагонисты лейктриеновых рецепторов

348. Классификация степени дыхательной недостаточности основывается на

1. показателях газового состава крови;
2. степени ограничения физической активности;
3. частоте дыхания в покое;
4. уровне ОФВ1;
5. уровне ЖЕЛ.

349. При дыхательной недостаточности II степени уровень РаО2 составляет

1. > 80 мм рт.ст;
2. 60-79 мм рт.ст;
3. 40-59 мм рт.ст;
4. <40 мм рт.ст;
5. <20 мм рт.ст;

350. При дыхательной недостаточности III степени уровень Sа О2 составляет

1. > 90%;
2. 90-94%;
3. 75-89%;
4. <75%;
5. <60 %;

351. Второй степени одышки по шкале  MRС (Medical Reserch Cauncil)  соответствуют признаки:

1. одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки;
2. одышка при быстрой ходьбе или подъеме на небольшое возвышение
3. одышка приводит к более медленной ходьбе больного по сравнению с людьми того же возраста, или появляется необходимость сделать остановки при ходьбе по ровной местности в обычном темпе;
4. одышка заставляет больного делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 метров или через несколько минут ходьбы по ровной местности;
5. одышка делает невозможным для больного выход из своего дома, или появляется при одевании и раздевании.

352. При лабораторном исследовании крови при гипоксемии отмечается

1. увеличение уровня гемоглобина и гематокрита;
2. уменьшение уровня гемоглобина и гематокрита;
3. лейкопения и тромбоцитопения;
4. лейкоцитоз и тромбоцитоз;
5. лимфопения.

353. Какую из комбинаций антибиотиков Вы считаете нерациональной?

1. пенициллин + левофлоксацин
2. цефтриаксон + гентамицин
3. амоксациллин + эритромицин
4. пенициллин + гентамицин
5. цефепим + ципрофлоксацин

354. Прональная позиция заключается

1. в придании больному положения на животе;
2. в придании больному положения на спине
3. в придании больному положения на боку на стороне поражения легких;
4. в придании больному положения на на боку на стороне, противоположной стороне поражения легких;
5. в придании больному положения ортопноэ.

355. Рентгенологическим признаком легочной гипертензии является:

1. увеличение левых отделов сердца;
2. выбухание ствола и левой ветви левой ветви легочной артерии (II дуга);
3. усиление периферической артериальной сети;
4. увеличение правых отделов сердца;
5. наличие плеврального выпота.

356. У больного Н. 60 лет жалобы на одышку, выраженную общую слабость, озноб, кашель с выделением вязкой темно-коричневой мокроты. Заболел остро, 3 дня назад после переохлаждения. Аускультативно в легких справа в нижних отделах дыхание резко ослаблено, влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 24, АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 120 в мин. Предположительный диагноз:

1. Абсцесс легкого.
2. Эксудативный плеврит
3. Правосторонняя крупозная пневмония
4. Аспирационная пневмония
5. Острый респираторный синдром.

357. У Вас на приеме пациент с кашлем. Заболел остро 2 дня назад, после переохлаждения повысилась температура тела до 38°С. Аускультативно справа в нижних отделах дыхание ослаблено, крепитация. Какое обследование поможет Вам подтвердить диагноз?

1. общий анализ крови
2. общий анализ мокроты
3. рентген органов грудной клетки
4. спирометрия
5. пикфлоуметрия

358. Какой клинический симптом отсутствует при сухом плеврите?

1. боли в грудной клетке
2. ограничение подвижности грудной клетки
3. шум трения плевры
4. ослабленное дыхание
5. притупление перкуторного звука

359. Какое утверждение верно при применении аэрозольных ингаляторов:

1. респирабельная фракция лекарственного препарата 20-30%
2. респирабельная фракция лекарственного препарата 70-80%
3. трудно обеспечить точность дозирования
4. необязательно координировать вдох
5. спейсеры уменьшают доставку лекарственного препарата на 40%-50%

360. Пациенту, которому назначен беклометазон, следует рекомендовать:

1. до приёма препарата принять преднизолон
2. до приёма препарата принять амброксол
3. после приёма препарата необходимо прополоскать рот
4. после приёма препарата необходимо умыться
5. после приема нужно принять сальбутамол

361. При назначении пропранолола пациенту с сопутствующим ХОБЛ, необходимо учитывать, что:

1. рекомендуется быстрая отмена препарата
2. при повышении дозировки может развиться бронхоспазм
3. возможно снижение в крови уровня сахара и мочевой кислоты
4. может увеличиться ЧСС
5. может развиться постуральная гипотензия

362. При пневмонии рациональная 2-х ступенчатая терапия, с переходом от парентерального на пероральный путь введения антибактериального препарата рекомендуется в сроки:

1. через 4-5дней в среднем с учетом клинико-лабораторного состояния больного
2. через 2-3-е суток с учетом положительной клинической динамики
3. через 2 недели после стационарного лечения
4. через сутки после стационарного лечения
5. через 7-8 дней с учетом положительной динамики

363. Пациентка 24 лет, обратилась в ЦСМ с жалобами на сухой кашель, головную боль, слабость и повышение температуры тела в последние 3-4 дня. При аускультации дыхание ослаблено, влажные хрипы. На R-грамме выявлены инфильтраты слабой интенсивности. Пациентка упомянула, о том, что коллеги по работе имели схожие симптомы. Врач предварительно выставил диагноз: атипичная внебольничная пневмония. Препаратом выбора для данной пациентки является:

1. амоксициллин
2. кларитромицин
3. цефтриаксон
4. клиндамицин
5. ванкомицин

364. Какое утверждение верно применительно к Сальбутамолу:

1. биодоступность 90%
2. оказывает быстрый бронхолитический эффект
3. способен вызывать кандидоз полости рта
4. длительность действия до 30 минут
5. вызывает брадикардию

365. К развитию пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста предрасполагает

1. переутомление
2. ерегревание
3. постельный режим
4. стрессы
5. переедание

366. Что из перечисленного необходимо сделать в первую очередь при подозрении на спонтанный пневмоторакс:

1. исследовать газовый состав крови
2. провести ультразвуковое исследование грудной клетки
3. снять ЭКГ для выявления признаков перегрузки правых отделов сердца
4. выполнить рентгенограмму грудной клетки
5. сделать диагностическую плевральную пункцию

367. Какой метод исследования является основным при проведении диспансеризации больного с бронхиальной астмой:

1. клинический анализ крови
2. бактериоскопия мокроты
3. флюорография
4. спирометрия
5. ЭКГ

368. В поликлинике на приеме у врача находится пациент 60 лет с пневмонией.. Какой из нижеперечисленных показателей будет основанием для госпитализации пациента:

1. ЧД= 26 в мин.
2. ЧСС= 80 уд. в мин.
3. на рентгенограмме - поражение средней и нижней доли справа.
4. АД=120/80 мм рт ст
5. бледность кожных покровов

369. Признаками гнойного бактериального воспаления в бронхиальном дереве являются: появление гнойной мокроты; увеличение ее количества и усиление одышки. В каком случае из нижеперечисленных показано назначение больному антибактериальной терапии:

1. при наличии любого одного признака
2. при наличии любого одного признака в сочетании с сердечной недостаточностью
3. при наличии двух признаков, один из которых – гнойность мокроты.
4. при наличии двух признаков, один из которых – одышка.
5. при наличии двух признаков, один из которых – увеличение количества мокроты.

370. При назначении больному ХОБЛ антибактериальной терапии в амбулаторных условиях препаратом выбора будет:

1. цефтриаксон
2. амоксициллин
3. гентамицин
4. левофлоксацин
5. ципрофлоксацин

371. Что Вы посоветуете пациенту с бронхиальной астмой для самоконтроля своего состояния:

1. проводить рентгенографию органов грудной клетки не реже 1 раза в год
2. сдавать анализ мокроты не реже 2 раз в год
3. регулярно контролировать уровень IgE
4. регулярно проводить пикфлоуметрию
5. сдавать общий анализ крови 1 раз в три месяца

372. Пациенту с ХОБЛ при проведении диспансеризации необходимо назначить следующее исследование:

1. спирометрию
2. микроскопию мокроты
3. бактериологическое исследование мокроты
4. суточное мониторирование МСВ
5. исследование газов крови

373. Апноэ сна – это:

1. Прекращение [лёгочной вентиляции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%8B%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) во время [сна](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD) более чем на 5 секунд.
2. Прекращение [лёгочной вентиляции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%8B%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) во время [сна](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD) более чем на 10 секунд.
3. Прекращение [лёгочной вентиляции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%8B%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) во время [сна](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD) более чем на 20 секунд.
4. Прекращение [лёгочной вентиляции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%8B%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) во время [сна](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD) более чем на 30 секунд.
5. Прекращение [лёгочной вентиляции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%8B%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) во время [сна](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD) более чем на 40 секунд.

374. Содержаиие белка в экссудате:

1. 30г/л и более
2. Менее 10г/л
3. Менее 20г/л
4. Более 20г/л
5. Менее 5г/л

375. Неизлеченный в течение какого срока абсцесс следует считать хроническим:

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 3 месяца
4. 2 недели
5. 3 недели

376. Аускультативные данные со стороны сердечно-сосудистой системы при эмфиземе легких характеризуются наличием:

1. Пресистолического шума Флинта
2. Глухости сердечных тонов
3. Интенсивного систолического шума на верхушке
4. Ритма «перепела»
5. Ослабления II тона на аорте

377. Симптом Грэхема-Стилла является признаком:

1. Декомпенсации легочного сердца
2. Легочной гипертензии
3. Хронической дыхательной недостаточности
4. Хронической сердечной недостаточности
5. Митрального порока

378. Какой из перечисленных препаратов способен уменьшить «преднагрузку» и тем самым снизить давление в легочной артерии%

1. Нитроглицерин
2. Дигоксин
3. Атенолол
4. Клопидогрель
5. Аспирин

379. Какое заболевание более всего предрасполагает к развитию внебольничной пневмонии у пожилых пациентов:

1. Артериальная гипертензия
2. ИБС
3. Ревматоидный артрит
4. ГЭРБ
5. Эмфизема легких

380. Для какого состояния характерна клиновидная форма легочной инфильтрации:

1. Рак легкого
2. Крупозная пневмония
3. Инфаркт легкого
4. Очаговая пневмония
5. Эхинококк в легком

381. Когда следует оценивать эффективность и проводить смену антибактериального препарата:

1. По истечении первых суток от начала лечения
2. Через 48-72 часа
3. Через 5 дней
4. Через 7 дней
5. Через 10 дней

382. Основным клиническим проявлением при идиопатическом легочном фиброзе является:

1. Одышка
2. Кашель
3. Общая слабость
4. Повышение температуры
5. Боли в грудной клетке

383. Наиболее чувствительный метод диагностики идиопатического легочного фиброза на начальном этапе:

1. Рентгенография легких
2. ЯМРТ
3. Рентгеноскопия легких
4. Компьютерная томография
5. Бронхоскопия

384. Какой формуле соответствует индекс Тиффно:

1. ОФВ1/ФЖЕЛ
2. ОФВ1/ЖЕЛ
3. МВЛ/ЖЕЛ
4. ДО/ЧД
5. МСВ/ФЖЕЛ

385. Диагностическим  признаком идиопатического легочного фиброза является

1. двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов
2. понижение прозрачности легких по типу «матового стекла».
3. интенсивное затенение в нижней доле
4. эмфизематозное расширение легочных полей, неструктурность корней легких
5. инфильтрация легочной ткани, участки просветления с горизонтальным уровнем

жидкости

386. Кровохарканье – это:

1. субъективное ощущение нехватки воздуха, сопровождающееся изменением частоты, глубины и ритма дыхания
2. произвольный или непроизвольный рефлекторный форсированный звучный выдох, акт защиты самоочищения дыхательных путей от инородных тел, слизи, гноя и мокроты
3. выделение примеси крови в мокроте
4. внезапно наступающее чувство нехватки воздуха
5. чувство саднения, жжения за грудиной

387. Удушье – это:

1. субъективное ощущение нехватки воздуха, сопровождающееся изменением частоты, глубины и ритма дыхания
2. произвольный или непроизвольный рефлекторный форсированный звучный выдох, акт защиты самоочищения дыхательных путей от инородных тел, слизи, гноя и мокроты
3. выделение примеси крови в мокроте
4. внезапно наступающее чувство нехватки воздуха
5. чувство саднения, жжения за грудиной

388. Дыхание Куссмауля – это:

1. равномерные дыхательные циклы с шумным вдохом и усиленным выдохом
2. волнообразный ритм дыхания с чередованием слабого поверхностного и

глубокого дыхания

1. постепенно нарастающее по глубине дыхание от поверхностного до шумного,

затем его убывание с периодами апноэ

1. равномерное дыхание с частотой более 30 в 1 мин.
2. равномерное чередование периодов дыхания с ритмичными глубокими

дыхательными движениями и периодов апноэ до 20-50 сек.

389. Дыхание Чейн-Стокса – это:

1. равномерные дыхательные циклы с шумным вдохом и усиленным выдохом
2. волнообразный ритм дыхания с чередованием слабого поверхностного и

глубокого дыхания

1. постепенно нарастающее по глубине дыхание от поверхностного до шумного,

затем его убывание с периодами апноэ

1. равномерное дыхание с частотой более 30 в 1 мин.
2. равномерное чередование периодов дыхания с ритмичными глубокими

дыхательными движениями и периодов апноэ до 20-50 сек.

390. Дыхание Биота характеризуется:

1. равномерные дыхательные циклы с шумным вдохом и усиленным выдохом
2. волнообразный ритм дыхания с чередованием слабого поверхностного и

глубокого дыхания

1. постепенно нарастающее по глубине дыхание от поверхностного до шумного,

затем его убывание с периодами апноэ

1. равномерное дыхание с частотой более 30 в 1 мин.
2. равномерное чередование периодов дыхания с ритмичными глубокими

дыхательными движениями и периодов апноэ до 20-50 сек

391. Когда встречается патологическое бронхиальное дыхание?

1. при синдроме нарушения бронхиальной проходимости
2. при синдроме уплотнения легочной ткани
3. при синдроме повышенной воздушности легочной ткани
4. при синдроме скопления жидкости в плевральной полости
5. при синдроме скопления газа в полости плевры

392. Открытая биопсия легких используется при диагностике

1. хронической обструктивной болезни легких
2. бронхоэктазий
3. туберкулеза легких
4. фиброзирующего альвеолита
5. атипичной пневмонии

393. Для диссеминированных заболеваний легких характерно:

1. снижение ЖЕЛ и ФЖЕЛ
2. увеличение бронхиального сопротивления и ООЛ
3. положительный бронхопровокационный тест
4. снижение ОФВ1/ФЖЕЛ
5. прирост  ОФВ1 и МОС25-75 на 15% после бронхолитика

394. Для какого из нижеперечисленных заболеваний характерна трехслойность мокроты после отстаивания:

1. саркоидоза
2. хронической обструктивной болезни легких
3. инфаркта легкого
4. пневмокониоза
5. абсцесса легкого

395. Оценить визуально состояние бронхов,  провести забор содержимого бронхов и биопсийный  материал  позволяет метод

1. торакоскопия
2. бронхография
3. бронхоскопия
4. реопульмонография
5. бодиплетизмография

396. Рентгенологическая картина абсцесса легкого в период опорожнения полости:

1. появление полости с четким горизонтальным уровнем жидкости
2. очаговое затемнение легочной паренхимы
3. гомогенное затемнение легких на пораженной стороне
4. округлое гомогенное образование
5. легочная инфильтрация

397. Лабораторная диагностика бронхиальной астмы включает в себя:

1. определения альфа -1-антитрипсина
2. определение эозинофилии крови
3. определение КФК
4. посев мокроты с целью определения возбудителя
5. мазок из зева

398. Какой из нижеперечисленных препаратов применяется для борьбы с легочной артериальной гипертензией при ХЛС:

1. амлодипин
2. аторвастатин
3. нитроглицерин
4. кетотифен
5. атенолол

399. Определите изменение ЭХОКГ при компенсированном хроническом легочном сердце:

1. дилятация всех полостей сердца
2. ЛАД ср. < 25 мм.рт.ст.
3. резкое сужение устья легочной артерии
4. толщина стенки правого желудочка ≥ 5 мм
5. толщина ЗСЛЖ > 12 мм

400. Пространство Траубе исчезает при:

1. при гипертрофии правого желудочка
2. при перфорации язвы желудка
3. при бронхоэктазах
4. при левостороннем экссудативном плеврите
5. при эмфиземе легких

401. Какой основной метод установления этиологии диссеминаций легких:

1. слепая пункционная биопсия легких;
2. торакоскопия с биопсией;
3. открытая биопсия легких;
4. бронхоскопия с трахеобронхиальной биопсией;
5. фибробронхоскопия.

402. Определите изменение ЭХОКГ, характерное для хронического легочного сердца:

1. дилятация всех полостей сердца;
2. ЛАД ср. более 25 мм.рт.ст.; толщина стенки правого желудочка более 4 мм;
3. резкое сужение устья легочной артерии;
4. диффузный гипокинез стенок левого желудочка;
5. снижение фракции выброса < 55%.

403. Отметьте нормальный уровень давления крови в легоч­ной артерии:

1. систолическое/диастолическое = 25/10 мм.рт.ст.;
2. систолическое/диастолическое = 35/18 мм.рт.ст.;
3. систолическое/диастолическое = 45/25 мм.рт.ст.;
4. систолическое/диастолическое = 55/35 мм.рт.ст.;
5. систолическое/диастолическое = 65/45 мм.рт.ст.

404. У пациента 30 лет, при исследовании функции внеш­него дыхания получены следующие данные (в % от должной величины): ЖЕЛ-90%, ОФВ1-88%, МСВ-84%, индекс Тиффно-96%. Дайте заключение:

1. рестриктивный тип нарушения вентиляции;
2. обструктивный тип нарушения вентиляции;
3. смешанный тип с преобладанием рестрикции;
4. смешанный тип с преобладанием обструкции;
5. нормальные показатели спирометрии.

405. При аускультации легких у пациента 22 лет ло­кально выслушиваются стойко удерживающиеся влажные, трескучие средне- и крупнопузырчатые хрипы. О каком заболева­нии идет речь?

1. пневмония;
2. ХОБЛ ;
3. бронхоэктатическая болезнь;
4. плеврит;
5. бронхиальная астма.

406. У больного через 12 часов пребывания в стационаре по по­воду желчекаменной болезни повышается температура тела, нарастают симптомы интоксикации. Рентгенологи­чески выявляется участок инфильтрации в нижней до­ле правого легкого. Ваш диагноз?

1. атипичная пневмония;
2. госпитальная пневмония;
3. аспирационная пневмония;
4. внебольничная пневмония
5. ТЭЛА

407. Боковая рентгенограмма грудной клетки позволяет получить дополнительную информацию о:

1. состоянии отделов грудной клетки, не получивших отображения в прямой проекции
2. локализации патологического процесса относительно долей и сегментов легких
3. распространенности патологического процесса в легких
4. состояния легочного рисунка
5. наличия сопутствующих заболеваний

408. Двухсторонний выпот в плевральных полостях чаще встречается

1. при геморрагическом васкулите
2. при дерматомиозите
3. при застойной сердечной недостаточности
4. при постинфарктном синдроме
5. при пневмонии

409. Наиболее информативным методом исследования при малом количестве жидкости в плевральной полости является

1. спирометрия
2. бронхоскопия
3. УЗИ плевральных полостей
4. оксигемометрия
5. R-графия органов грудной клетки

410. При низком стоянии диафрагмы и ослаблении дыхания можно думать

1. о хроническом бронхите
2. о бронхиальной астме
3. о синдроме Картагенера
4. об эмфиземе легких
5. о пневмонии

411. Прогрессирующая болезнь легких и почек связана с:

1. саркоидозом;
2. синдромом Гудпасчера;
3. болезнью Вегенера;
4. ревматоидным артритом
5. синдромом Зиверта-Картагенера

412. Наиболее важным показанием для проведения длитель­ной оксигенотерапии у больных с ХОБЛ является:

1. полицитемия;
2. РСО2 < 45 мм.рт.ст.;
3. легочное артериальное давление менее 35 мм.рт.ст;
4. РО2 < 55 мм.рт.ст.;
5. ОФВ1< 50%

413. При объективном осмотре у больного выявлены диффуз­ный цианоз, перкуторно - легочной звук с коробоч­ным оттенком, дыхание жесткое, выдох удлинен, сухие свистящие хрипы. Какой из методов обследования поможет Вам определить тяжесть состояния больного?

1. развернутый анализ крови;
2. флюорография органов грудной клетки;
3. спирография;
4. общий анализ мокроты;
5. общий анализ крови

414. Назовите один признак, наиболее характерный для синдрома поражения плевры:

1. сухие, свистящие хрипы над всей поверхностью легких;
2. кашель «лающего» характера;
3. грубый шум, напоминающий хруст снега;
4. одышка с затрудненным выдохом;
5. положительный синдром Домбровской.

415. Основным клиническим признаком дыхательной недостаточности 1-й степени является следующий симптом

1. отклонение от нормы показателей внешнего дыхания
2. наличие артериальной гипоксемии в виде цианоза
3. гипертрофия вспомогательных мышц шеи и брюшного пресса
4. ослабленное везикулярное дыхание при аускультации
5. появление одышки при допустимых ранее усилиях

416. При каком из нижеперечисленных состояний возможно снижение жизненной емкости легких:

1. ОРВИ
2. Беременность (вторая половина)
3. Острый бронхит
4. Трахеит
5. ИБС. Стенокардия

417. У больного движения грудной клетки симметричны, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, печеночная тупость смещена вниз. Ваш диагноз:

1. гидропневмоторакс
2. фиброз
3. диффузная эмфизема легких
4. бронхиальная астма
5. ХОБЛ

418. Под дыхательной недостаточностью понимают:

1. состояние, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, либо последнее достигается перенапряжением аппарата внешнего дыхания, ведущим к снижению его функциональных возможностей
2. состояние, при котором не обеспечивается доставка необходимого количества кислорода к периферическим тканям
3. состояние, при котором имеет место значительное снижение объемов дыхания (ЖЕЛ и др.)
4. состояние, при котором снижение функциональной способности легких (обструктивные и/или рестриктивные изменения) ведет к появлению одышки
5. состояние, при котором значительно снижены показатели бронхиальной проходимости, сопровождающееся одышкой

419. САТ-тест используется для:

1. для оценки выраженности симптомов и качества жизни больного
2. для определения степени обструкции
3. для верификации синдрома обструктивного апноэ сна
4. для определения обратимости бронхиальной обструкции
5. для верификации бронхиальной астмы

420. Рентгенологическим критерием пневмоторакса является:

1. наличие гомогенной интенсивной тени с отчетливыми границами
2. наличие негомогенной облаковидной неинтенсивной тени впределах доли без отчетливых границ
3. повышенная прозрачность легочных полей
4. отсутствие легочного рисунка
5. наличие расширения корней легких

421. Укажите основной клинический признак прорыва абсцесса легкого в бронх

1. внезапная острая боль в груди
2. внезапное выделение обильной гнойной мокроты с примесью крови
3. потеря сознания, холодный пот
4. внезапное повышение температуры тела
5. остро развившаяся одышка

422. Наиболее характерным аускультативным феноменом для идиопатического легочного фиброза является

1. крепитирующие хрипы, треск целлофана, усиливающиеся при форсированном дыхании
2. сухие рассеянные хрипы разной тональности
3. средне и крупнопузырчатые влажные хрипы
4. шум трения плевры
5. бронхиальное дыхание

423. Тест Фагерстрома используется для:

1. оценки выраженности одышки
2. определения степени бронхиальной обструкции
3. оценки качества жизни больного
4. определения степени табачной зависимости
5. определения жизненной емкости легких

424. У пациентов с ХОБЛ, относящихся к группе А (низкий риск обострений, симптомы мало выражены) терапией первой линии является:

1. назначение короткодействующего антихолинергического препарата по потребности или короткодействующего β2-агониста по потребности
2. назначение длительнодействующего антихолинергического препарата
3. назначение теофиллина
4. назначение ингаляционного ГКС
5. назначение преднизолона

425. Препарат, применяемый для лечения тяжелой неконтролируемой астмы:

1. сальбутамол
2. монтелукаст
3. преднизолон
4. мукалтин.
5. атровент

426. На рентгенограмме грудной клетки отмечено гомогенное затемнение нижней половины правого легкого с четкой верхней границей. Левый контур сердца и средостение смещены влево. Эти данные характерны для:

1. выпота в плевральную полость
2. сливной очаговой пневмонии справа
3. тромбоэмболии легочной артерии справа
4. периферического рака легкого
5. центрального рака легкого

427. У больного 55 лет обнаружено отставание правой половины грудной клетки при дыхании, притупление ниже уровня 3-го ребра, ослабленное дыхание и бронхофония там же. Рентгенологически - затемнение нижней половины правого легкого, смещение сердца влево. Вероятный диагноз:

1. экссудативный плеврит
2. крупозная пневмония
3. ателектаз
4. пневмоторакс
5. сухой плеврит

428. У 45-летнего больного в последние несколько месяцев нарастает одышка. Анамнез без особенностей. Объективно: акроцианоз, барабанные пальцы. В легких на фоне ослабленного дыхания звучные мелкопузырчатые хрипы по типу «треска целлофана». Имеется акцент II-го тона на легочной артерии. Рентгенологически - сетчатость легочного рисунка, преимущественно в нижних отделах, размеры сердца не изменены, выбухает конус легочной артерии. Ваш предположительный диагноз:

1. митральный стеноз
2. идиопатический легочный фиброз
3. бронхоэктатическая болезнь
4. застойная пневмония
5. саркоидоз

429. Укажите необратимый компонент бронхиальной обструкции:

1. спазм бронхов;
2. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов;
3. локальное расширение стенки бронха;
4. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.
5. гиперсекреция

430. У больного 35 лет в течение 2 недель слабость, повышенная потливость, боли в правом боку при дыхании, температура 38°С, ЧД - 28 в минуту, пульс - 100 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Голосовое дрожание справа внизу не проводится, там же интенсивное притупление. Дыхание над нижним отделом правого легкого ослаблено. Границы сердца смещены влево. Предварительный диагноз:

1. инфильтративный туберкулез легких
2. плевропневмония
3. экссудативный плеврит
4. ателектаз
5. абсцесс легкого

431. Средствами выбора для лечения диссеминированных заболеваний легких являются:

1. Респираторные фторхинолоны.
2. Стероидные гормоны и цитостатики.
3. Антихолинэргические средства.
4. Антигистаминные препараты
5. Муколитические препараты

432. Приоритетным направлением в лечении больных хронической дыхательной недостаточностью является:

1. бронхолитическая терапия
2. тромболитическая терапия
3. муколитическая терапия
4. оксигенотерапия
5. антиоксидантная терапия

433. Больной 30 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты с прожилками крови, повышение температуры тела до 38ºС, одышку при небольшой физической нагрузке. В раннем детстве перенес корь. В течение последних 10 лет – ежегодные обострения. На рентгенограмме отмечается сетчатая деформация легочного рисунка в нижних отделах с обеих сторон. Наиболее вероятный диагноз:

1. рак легкого
2. хронический абсцесс легкого
3. ХОБЛ
4. бронхоэктатическая болезнь
5. туберкулез легких

434. . «Золотым» стандартом диагностики ХОБЛ является:

1. рентгенография органов грудной клетки
2. КТ органов грудной клетки
3. спирометрия
4. пикфлоуметрия
5. бодиплетизмография

435. Абмроксола гидрохлорид относится

1. к холинолитикам
2. к селективным бета-2-агонистам
3. к муколитикам
4. к противовоспалительным средствам
5. к антибиотикам

436. Препаратами выбора при лечении аспириновой бронхиальной астмы являются:

1. метилксантины
2. холинолитики
3. кромоны
4. ингаляционные ГКС
5. ингибиторы лейкотриеновых рецепторов

437. Какой параметр парциального напряжения газов крови указывает на дыхательную недостаточность:

1. PO2 менее 60мм.рт. ст.
2. PСO2 менее 30 мм.рт. ст.
3. PO2 - 80 мм.рт. ст.
4. PСO2 менее 45мм.рт. ст.
5. PO2 менее 90мм.рт. ст

438. Типичным клиническим признаком сухого плеврита является:

1. Боль в груди, связанная с актом дыхания
2. Сухой кашель
3. Потливость
4. Субфебрилитет
5. Обильное отхождение гнойной мокроты

439. Для экссудативного плеврита характерно:

1. Притупление перкуторного легочного звука в области, соответствующей локализации плеврального экссудата;
2. Появление бронхиального дыхания в зоне притупления перкуторного звука
3. Смещение органов средостения в сторону поражённого лёгкого
4. Усиление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука
5. Усиление голосового дрожания на стороне поражения

440. Наиболее характерным симптомом идиопатического легочного фиброза следует считать:

1. Одышку постоянного характера преимущественно инспираторного типа с тенденцией к прогрессированию.
2. Приступы удушья экспираторного характера в утренние часы.
3. Приступы кардиальной астмы в ночное время.
4. Одышку экспираторного характера при физической нагрузке
5. Кашель с отхождением большого количества мокроты

441. Какой из перечисленных рентгенологических симптомов позволяет диагностировать идиопатический легочный фиброз?

1. Распространенный интерстициальный фиброз и кистозно-буллезная перестройка легочной ткани («сотовое легкое»).
2. Инфильтративные изменения в области верхушек легких.
3. Наличие внутригрудной лимфаденопатии.
4. Множественные негомогенные очаги затемнения
5. Гомогенное затемнение доли легкого

442. Таблетированные глюкокортикоиды при­нимаются по следующей схеме:

1. 2/3 дозы утром +1/3 после обеда;
2. 1/3 дозы утром + 2/3 после обеда;
3. 3 раза в день, в равных дозах;
4. 2 раза в день, в равных дозах;
5. вся доза однократно вечером

443. Ингаляционные глюкокортикоиды назнача­ются по следующей схеме:

1. 2/3 дозы утром + 1/3 в обед;
2. 2- 3 раза в день в равных дозах;
3. 1/3 дозы утром + 2/3 в обед
4. вся доза принимается однократно утром
5. 2/3 дозы утром + 1/3 вечером

444. Препарат, относящийся к фторхинолонам

1. азитромицин
2. доксациллин
3. ципрофлоксацин
4. амоксициллин
5. цефтриаксон

445. Препарат, относящийся к группе защищенных пенициллинов

1. бензилпенициллин
2. азитромицинн
3. амоксициллин
4. амоксиклав
5. доксациллин

446. Выберите показатель, характеризующий легкую степень тяжести течения ХОБЛ:

1. Индекс Тиффно= 60%
2. ЖЕЛ <70%
3. ОФВ1≥ 80%
4. МСВ≤ 70%
5. SaO2 = 90%

447. Диагностическим критерием выраженной дыхательной недостаточности считается

1. РаО2 < 80 мм рт. ст. и/или РаСО2 > 35 мм рт. ст.
2. РаО2 < 60 мм рт. ст и РаСО2 > 45 мм рт. ст.
3. РаО2 <75 мм рт. сти РаСО2 > 45 мм рт. ст.
4. РаО2 <50 мм рт. сти РаСО2 >55 мм рт. ст.
5. РаО2 <90 мм рт. сти РаСО2 >35 мм рт. ст.

448.  Основной симптом при бронхиальной астме

1. инспираторная одышка
2. кашель с гнойной мокротой
3. кровохарканье
4. приступ удушья
5. боль в грудной клетке при дыхании

449. Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы

1. горизонтальное
2. горизонтальное с приподнятыми ногами
3. лежа на боку
4. сидя, с упором на руки
5. прональная позиция

450. Пациент должен тщательно полоскать рот после применения

1. сальбутамола
2. беклометазона
3. астмопента
4. эуфиллина per os
5. преднизолона per os

451. Небольшое количество вязкой стекловидной мокроты выделяется при

1. абсцессе легкого
2. бронхиальной астме
3. пневмонии
4. экссудативном плеврите
5. бронхоэктатической болезни

452. Для профилактики приступов удушья при бронхиальной астме используется

1. капотен
2. сальбутамол
3. верошпирон
4. нитроглицерин
5. амлодипин

453. В этиологии бронхиальной астмы важное значение имеет

1. грибковая инфекция
2. сопутствующие заболевания
3. наследственность
4. возраст пациента
5. пол пациента

454.  При разных клинических формах БА воспалительный процесс

1. имеет универсальный характер и не зависит от возраста больных;
2. зависит от клинического фенотипа БА;
3. полностью обратимо под влиянием бета-агонистов;
4. полностью обратимо под влиянием антихолинергических средств:
5. не контролируется глюкокортикостероидами.

455. Лекарственные средства, контролирующие течение бронхиальной астмы

1. принимаются ежедневно и длительно;
2. принимаются только в период обострения;
3. показаны при легкой интермитирующей БА;
4. не являются обязательными при легкой персистирующей БА;
5. включают антигистаминные препараты.

456.Основным патогенетическим механизмом развития внебольничной пневмонии является:

1. аспирация секрета носоглотки, содержащего потенциальные возбудители пневмонии;
2. гематогенное распространения инфекции из внелегочного очага;
3. непосредственное распространение инфекции из соседних органов (абсцесс печени и пр.);
4. инфицирование при проникающих ранениях грудной клетки;
5. лимфогенное распространения инфекции из внелегочного очага.

457. При подозрении на микоплазменную пневмонию препаратами выбора являются:

1. пенициллины;
2. макролиды
3. фторхинолоны
4. аминогликозиды;
5. цефалоспорины.

458. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. В поликлинике для подтверждения диагноза больному необходимо в первую очередь провести:

1. рентгенографию органов грудной клетки;
2. электрокардиографию;
3. плевральную пункцию;
4. общие анализы крови и мочи;
5. биохимическое исследование крови

459. При каком из нижеперечисленных заболеваний наблюдается только сухой кашель и никогда не бывает влажного:

1. бронхите;
2. сухом плеврите;
3. бронхоэктатической болезни;
4. кавернозном туберкулезе легких;
5. бронхопневмонии.

460. Боль в грудной клетке, связанная с возникновением сухого плеврита, усиливается при следующем условии:

1. на высоте выдоха;
2. во время еды;
3. при кашле;
4. при лежании на спине;
5. при лежании на животе.

461. Основные симптомы сухого плеврита:

1. кашель с мокротой, повышение температуры тела до 40°С.
2. сухой кашель, боль в боковых отделах грудной клетки, усиливающейся на вдохе.
3. глубокое дыхание, боли за грудиной, отдающие в левое плечо;
4. боль в правом подреберье, распространяющаяся под правую лопатку;
5. чувство тяжести и тупые боли в грудной клетке.

462. Данные сравнительной перкуссии легких у больного с сухим плевритом:

1. притупление;
2. тупость;
3. ясный легочной звук;
4. тимпанит;
5. притупленный тимпанит.

463.  Какие изменения при топографической перкуссии можно обнаружить у больного с сухим плевритом?

1. уменьшение активной подвижности легкого на пораженной стороне;
2. опущение нижней границы легкого;
3. подъем нижней границы легкого;
4. расширение полей Кренига;
5. уменьшение высоты стояния верхушек легкого.

464. Какие данные аускультации при экссудативном плеврите над жидкостью?

1. бронхиальное дыхание;
2. везикулярное дыхание;
3. везикулярное дыхание ослаблено или отсутствует;
4. амфорическое дыхание;
5. шум трения плевры.

465. Главным фактором прогрессирования дыхательной недостаточности при ХОБЛ является:

1. дефицит массы тела;
2. ожирение;
3. сопутствующая кардиоваскулярная патология;
4. воспаление дыхательных путей;
5. сопутствующий сахарный диабет

466. Классификация ХОБЛ по степени выраженности обструктивных нарушений вентиляции построена на показателях

1. пикфлоуметрии;
2. спирометрии;
3. бодиплетизмографии
4. газового состава крови;
5. пульсоксиметрии.

467. Маркером положительного ответа на бронходилататоры у больных бронхиальной астмой считается прирост:

1. ОФВ1 более 12 % (более 100 мл);
2. ОФВ1 более 12 % (более 300 мл);
3. ОФВ1 более 15 % (более 100 мл);
4. ОФВ1 более 15 % (более 200 мл);
5. ОФВ1 более 12 % (более 200 мл).

468. Функциональнй класс легочной гипертензии определяется:

1. по наличию признаков застоя в большом круге кровообращения;
2. по наличию признаков застоя в малом круге кровообращения;
3. по толерантности к физической нагрузке;
4. по показателям газового состава крови;
5. по наличию признаков гипертрофии правого желудочка сердца на ЭКГ.

469. Для купирования приступа бронхиальной астмы можно использовать:

1. ингаляционные антихолинэргические препараты холинолитики и бета 2 - агонисты
2. ингибиторы лейкотриеновых рецепторов
3. ингаляционные глюкокортикоиды
4. антагонисты кальция
5. бета-адреноблокаторы

470. На основании какого метода исследования можно поставить диагноз дыхательной недостаточности:

1. спирометрия
2. рентгенологическое исследования грудной клетки
3. УЗИ грудной клетки
4. исследование газов артериальной крови (рО2, рСО2)
5. бронхоскопия

471. При каком заболевании происходит снижение альбуминов сыворотки крови?

1. Пневмония
2. Хронический бронхит (обострение)
3. Бронхоэктатическая болезнь
4. Бронхиальная астма
5. Эмфизема легких

472. Увеличение в объеме одной половины грудной клетки возможно при:

1. Рубцовом сморщивании легкого или плевры
2. Плевральном экссудате
3. Ателектазе
4. Резекции легкого
5. Пульмонэктомии

473. У больного во время приступа бронхиальной астмы обнаруживаются следующие аускультативные признаки:

1. ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы,
2. жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы,
3. бронхиальное дыхание, крепитация,
4. амфорическое дыхание, влажные крупнопузырчатые хрипы.
5. везикулярное дыхание

474. Какой патологический тип грудной клетки характеризуется выраженным удлинением переднезаднего размера за счет выступающей вперед грудины?

1. эмфизематозный
2. паралитический
3. рахитический
4. воронкообразная грудная клетка
5. ладьевидная грудная клетка

475. При каком патологическом типе грудной клетки отмечается выбухание заднебоковых отделов, расширение межреберных промежутков, участие вспомогательных мышц в акте дыхания?

1. эмфизематозный
2. паралитический
3. рахитический
4. воронкообразная грудная клетка
5. ладьевидная грудная клетка

476. Назовите расположение нижней границы правого легкого по срединноключичной

линии у здорового человека нормостенического типа телосложения:

1. YI ребро
2. YII ребро
3. YIII ребро
4. IX ребро
5. X ребро

477. Назовите расположение нижних границ легкого по средней подмышечной линии у здорового человека нормостенического типа телосложения:

1. YI ребро
2. YII ребро
3. YIII ребро
4. IX ребро
5. X ребро

478. Какой прибор необходимо иметь больному бронхиальной астмой для самоконтроля течения заболевания и коррекции доз принимаемых препаратов.

1. спирограф
2. пикфлоуметр
3. секундомер (для подсчета частоты дыханий)
4. стетофонедоскоп
5. небулайзер

479. При анализе данных спирометрии получены следующие данные: индекс Тиффно- 54%, ОФВ1- 57%. Какому из нижеперечисленных диагнозов это может соответствовать:

1. бронхиальная астма легкой степени;
2. ХОБЛ легкой степени;
3. ХОБЛ средней степени;
4. ХОБЛ тяжелой степени;
5. ХОБЛ крайне тяжелой степени.

480. При II степени ХОБЛ:

1. ОФВ1> 80%
2. ОФВ1 < 30%
3. 80% > ОФВ1 > 50%
4. 50% > ОФВ1 > 30%
5. ОФВ1> 60%

481. Какое исследование является «золотым стандартом» в диагностике ТЭЛА?

1. анализ газов крови
2. рентгенография грудной клетки
3. ЭКГ
4. перфузионная сцинтиграфия легких
5. ангиография легких

482. Какой из нижеперечисленных препаратов является специфическим ингибитором фермента фосфодиэстеразы, вследствие чего способствует накоплению в клетках цАМФ:

1. интал
2. коринфар
3. эуфиллин
4. задитен
5. димедрол

483. Характеристика массивного ателектаза:

1. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону
2. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в сторону притупления
3. притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание крупнопузырчатые хрипы
4. притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония
5. инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация

484. У больных с выраженным пневмосклерозом и эмфиземой легких имеется увеличение:

1. жизненной емкости легких
2. дыхательного объема
3. МВЛ
4. остаточного воздуха
5. кислорода в альвеолярном воздухе

485. Наиболее достоверным аускультативным признаком обструкции бронхов является:

1. влажные мелкопузырчатые хрипы
2. крепитация
3. удлиненный выдох, сухие хрипы
4. бронхиальное дыхание
5. ослабленное везикулярное дыхание

486. При проведении бронходилятационной пробы используемая доза сальбутамола составляет:

1. 100 мкг
2. 200 мкг
3. 300 мкг
4. 400 мкг
5. 500мкг

487. При проведении бронходилятационного теста с сальбутамолом повторная спирометрия проводится после ингаляции препарата через

1. 5-10 мин
2. 15-20 мин
3. 60-90 мин
4. 100-120 мин
5. через 24 часа

488. Укажите синдром, для которого является патогномоничной одышка экспираторного характера:

1. синдром поражения верхних дыхательных путей;
2. синдром поражения нижних дыхательных путей с бронхообструкцией;
3. синдром уплотнения легочной ткани;
4. синдром скопления жидкости в плевральной полости;
5. синдром скопления воздуха в плевральной полости.

489. Локальное усиление голосового дрожания может быть обусловлено следующей причиной:

1. уплотнение легочной ткани;
2. наличие жидкости в плевральной полости;
3. наличие воздуха в плевральной полости;
4. уплотнение стенки бронхов;
5. стеноз гортани.

490. Антибиотики при обострении ХОБЛ назначаются

1. Обязательно всем больным
2. Пациентам, имеющим усиление одышки, увеличение объема мокроты и усиление гнойного характера мокроты
3. Пациентам, у которых при бактериологическом анализе мокроты выделен патогенный микроорганизм
4. Только пациентам с факторами риска неблагоприятных исходов
5. При наличии лихорадки

491. Одним из критериев тяжелого течения пневмонии является:

1. Частота дыхания более 30 в минуту
2. Температура тела выше 37°
3. Количество лейкоцитов периферической крови выше 5,0 Г/л
4. Возраст моложе 40 лет
5. АД<120/80 мм.рт.ст.

492. Какой признак при компьютерной томографии является характерным для идиопатического легочного фиброза?

1. Субплеврально расположенные участки консолидации
2. Одиночные очаги инфильтрации
3. Преобладание симптома матового стекла
4. Сотовое легкое, преобладание изменений в кортикальный и базальных отделах легких
5. Повышенная воздушность легочной ткани

493. М-холинолитиком длительного действия является

1. Ипратропиум бромид
2. Теофиллин
3. Тиотропиум бромид
4. Сальметерол
5. Беклометазон

494. Остеоденситометрия показана:

1. Всем больным бронхиальной астмой независимо от возраста, пола, получаемой терапии
2. Всем больным бронхиальной астмой, получающим ингаляционные ГКС
3. Больным бронхиальной астмой, принимающим более 6 мес пероральные ГКС в средней дозе ≥ 7,5 мг/сут по преднизолону
4. Больным бронхиальной астмой, получающим антилейкотриеновые препараты
5. Больным бронхиальной астмой, получающим теофиллин

495. Для 2-й степени дыхательной недостаточности характерны следующие показатели SatO2

1. 94-96%
2. 90-93%
3. 75-89%
4. < 75%
5. 80%

496. О затяжном течении пневмонии говорят в тех случаях, когда на фоне улучшения клинической картины не удается достичь полного рентгенологического разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких

1. Через 2 недели от начала заболевания

2. Через 2 недели от момента госпитализации

3. Через 3 недели от начала заболевания

4. Через 4 недели от начала заболевания

5. Через 3 месяца от начала заболевания

497. Во второй период абсцесса легкого характер дыхания:

1. Везикулярное

2. Везикулярное равномерно ослабленное

3. Везикулярное, ослабленное на стороне поражения

4. Амфорическое

5. Не выслушивается на стороне поражения

498. Во второй период абсцесса легкого рентгенологическая картина:

1. Без особенностей

2. Повышенная воздушность легочной ткани

3. Затемнение в соответствующей доле легкого

4. Гомогенная тень с косым уровнем

5. Просветление с горизонтальным уровнем

499. В анализе крови у больных с ХЛС обнаруживают:

1. Повышение острофазовых воспалительных маркеров.

2. Ускорение СОЭ.

3. Эритроцитоз.

4. Гипопротеинемию.

5. Гиперхолестеринемию.

500."Легочное сердце" может развиться при:

1. артериальной гипертонии;

2. гипертиреозе;

3. миокардите;

4. кифосколиозе грудной клетки

5. ишемической болезни сердца.