Вступительные тесты для ординаторов по специальности «ВОП/СВ» на 2019-2020 уч.годы

1. Тактика семейного врача при впервые возникшей стенокардии:

1. Снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение

2. Снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин 0.325 мг, клопидогрель 400 мг и госпитализация.

3. Выдача направления на плановую госпитализацию.

4. Амбулаторное обследование.

5. Вызвать скорую помощь.

2. Тактика семейного врача при подозрении на острый инфаркт миокарда:

1. Снять ЭКГ на месте, купировать болевой синдром, аспирин и тромболитики, срочная госпитализация по скорой помощи.

2. Ввести спазмолитики и проводить наблюдение.

3. Направить больного самостоятельно в стационар на госпитализацию.

4. Проводить амбулаторное лечение, а при неэффективности направить в стационар на госпитализацию.

5. Ничего не предпринимать до приезда скорой помощи.

3. Для санаторного лечения больных, перенесших инфаркт миокарда, из перечисленных состояний противопоказаны, состояния с:

1. Редкой экстрасистолией.

2. АВ-блокада I степени.

3. СНФК III степени (NYHA).

4. Компенсированным сахарным диабетом.

5. Гипертонической болезнью I степени, среднего риска.

4. Бессрочно 1 группа инвалидности устанавливается у больных с:

1. СНФК I и II (NYHA)

2. СНФК IV (NYHA), не нуждающегося в постоянном уходе.

3. СНФК IV (NYHA), нуждающегося в постоянном уходе.

4. СН(NYHA) с отёком лёгких.

5. СН (NYHA) и периферические отёки.

5. Диспансеризация больных с хронической сердечной недостаточностью включает:

1. Ежегодный осмотр участковым терапевтом.

 2. Осмотр терапевтом 2 раза в год.

3. Осмотр терапевтом «по требованию»

4. Осмотр терапевтом 1 раз в 3 месяца.

5. Осмотр терапевтом 1 раз в неделю.

6. У пациента в поликлинике на снятой ЭКГ выявлена депрессия сегмента ST на 1 мм в нескольких отведениях. Ваша тактика:

1. Направить к кардиологу.

2. Назначить ЭХОКГ.

3. Установить диагноз и назначить лечение.

4. Назначить коронароангиографию.

5. Срочно направить на госпитализацию.

7. Пациенту после перенесенного инфаркта миокарда в условиях поликлиники наряду с медицинской, следует проводить следующие виды реабилитации:

1. социальную, физическую

2. Физическую, психологическую

3. Социальную, психологическую

4. социальную, психологическую, физическую

5. психологическую

8. Больничный лист при мелкоочаговом инфаркте миокарда выдаётся сроком до:

1. 2 мес.

2. 3 мес.

3. 4 мес.

4. 6 месяцев с переводом на инвалидность

5. 1 года.

9. Больные, перенесшие неосложнённый ОИМ, наблюдаются врачом ГСВ в первые три месяца с частотой:

1. 1 раз в 10 дней

2. 2 раза в месяц

3. 1 раз в месяц

4. 1 раз за 3 месяца

5. 1 раз в 6 месяцев

10. Определите сроки временной нетрудоспособности при впервые выявленной стенокардии напряжения:

1. 20-30 дней

2. 40-60 дней

3. 90 дней

4. 10-12 дней

5. 7 дней

11. Что входит в обязательный перечень обследований, который проводится при диспансерном осмотре пациенту со стабильной стенокардией напряжения:

1. ЭКГ 4 раза в год, общий анализ крови и мочи один раз в год, холестерин 2 раза в год

2. ЭКГ 4 раза в год, холестерин 2 раза в год

3. ЭКГ, общий анализ крови и общий анализ мочи 4 раза в год

4. ЭКГ 4 раза в год, ЭХОКГ один раз в год

5. ЭКГ 1 раз в год, общий анализ крови и мочи, холестерин до одного раза в год

12. Что является показанием к госпитализации при гипертонической болезни?

1. частые кризы

2. подбор терапии

3. назначение обследования

4. подтверждение впервые установленного диагноза

5. желание пациента

13. К вам на приём в поликлинику пришла молодая пациентка с жалобами на периодические резкие подъёмы АД, головные боли и дрожь в теле. На приёме АД 180/90 мм.рт.ст. Какую симптоматическую гипертензию Вам нужно исключить?

1. болезнь Иценго – Кушенко

2. феохромоцитома

3. стеноз почечных артерий

4. коарктация аорты

5. климактерический синдром

14. Выберите правильное утверждение при определение трудовой экспертизы больных, перенесших ОИМ при стенокардии ФК II ( для лиц физического труда):

1. допустимы многие виды труда, допустима III группа инвалидности

2. дополнительно исключаются все водительские специальности, возможна III группа инвалидности

3. исключается умеренный физический труд, возможна II группа инвалидности

4. недоступен практически любой физический труд, возможна II группа инвалидности, реже I группа инвалидности

5. пациент может продолжать работать

15. Выберите правильное утверждение при определении трудовой экспертизы больных, перенесших ОИМ при стенокардии ФК III( для лиц физического труда):

1. допустимы многие виды труда, допустима III группа инвалидности

2. дополнительно исключаются все водительские специальности, возможна III группа инвалидности

3. исключается умеренный физический труд, возможна II группа инвалидности

4. недоступен практически любой физически труд, возможна II группа инвалидности , реже I группа инвалидности

5. пациент может продолжать работу

16. Выберите правильное утверждение при определении трудовой экспертизы больных, перенесших ОИМ при стенокардии ФК IV (для лиц физического труда):

1. допустимы многие виды труда, допустима III группа инвалидности

2. дополнительно исключаются все водительские специальности, возможна III группа инвалидности

3. исключается умеренный физический труд, возможна II группа инвалидности

4. недоступен практически любой физический труд, возможна II группа инвалидности, реже I группы инвалидности

5. пациент может продолжать работать

17. Укажите правильное утверждение при определении экспертизы трудоспособности при сердечной недостаточности СНФК I (NYHA):

1. больные временно нетрудоспособны, в дальнейшем в зависимости от эффективности лечения, они могут вернуться к труду

2. больные физического труда нуждаются в изменении профессии и обычно ограничено трудоспособны ( инвалиды III группы). Больные умственного труда могут продолжать выполняемую работу.

3. трудоспособность резко ограничена. Больные физического труда нуждаются утрачивают профессиональную трудоспособность ( инвалиды II группы). Больные умственного труда ограничено трудоспособны ( инвалиды III группы)

4. инвалиды II группы. В конечной фазе необходим посторонний уход ( инвалиды I группы)

5. пациент может продолжать работать

18. Укажите правильное утверждение при определении экспертизы трудоспособности при сердечной недостаточности СНФК II (NYHA):

1. больные временно нетрудоспособны, в дальнейшем в зависимости от эффективности лечения, они могут вернуться к труду

2. больные физического труда нуждаются в изменении профессии и обычно ограничено трудоспособны ( инвалиды III группы). Больные умственного труда могут продолжать выполняемую работу.

3. трудоспособность резко ограничена. Больные физического труда нуждаются утрачивают профессиональную трудоспособность ( инвалиды II группы). Больные умственного труда ограничено трудоспособны ( инвалиды III группы)

4. инвалиды II группы. В конечной фазе необходим посторонний уход ( инвалиды I группы)

5. пациент может продолжать работать

19. Укажите правильное утверждение при определении экспертизы трудоспособности при сердечной недостаточности СНФК III (NYHA):

1. больные временно нетрудоспособны, в дальнейшем в зависимости от эффективности лечения, они могут вернуться к труду

2. больные физического труда нуждаются в изменении профессии и обычно ограничено трудоспособны ( инвалиды III группы). Больные умственного труда могут продолжать выполняемую работу.

3. трудоспособность резко ограничена. Больные физического труда нуждаются утрачивают профессиональную трудоспособность ( инвалиды II группы). Больные умственного труда ограничено трудоспособны ( инвалиды III группы)

4. инвалиды II группы. В конечной фазе необходим посторонний уход ( инвалиды I группы)

5. пациент может продолжать работать

20. Укажите правильное утверждение при определении экспертизы трудоспособности при сердечной недостаточности СНФК IV (NYHA):

1. больные временно нетрудоспособны, в дальнейшем в зависимости от эффективности лечения, они могут вернуться к труду

2. больные физического труда нуждаются в изменении профессии и обычно ограничено трудоспособны ( инвалиды III группы). Больные умственного труда могут продолжать выполняемую работу.

3. трудоспособность резко ограничена. Больные физического труда нуждаются утрачивают профессиональную трудоспособность ( инвалиды II группы). Больные умственного труда ограничено трудоспособны ( инвалиды III группы)

4. возможность заниматься профессиональным трудом полностью утрачена – инвалиды II группы. В конечной фазе необходим посторонний уход (инвалиды I группы)

5. пациент может продолжать работать

21. Выберите правильный ответ. Вторичная профилактика (медикаментозная) инфаркта миокарда в условиях поликлиники включает:

1. бета- блокаторы

2. гепарин

3. диуретики

4. бета-адреномиметики

5. НПВС

22. В поликлинике при проведении физической реабилитации больных, перенесших ОИМ, Вы будете изучать его реакцию на физическую нагрузку , оценивая следующий признак:

1. наличие экстрасистолы на ЭКГ

2. боль в руке

3. головокружение

4. смещение интервала ST на ЭКГ при проведении ВЭМ пробы или суточного ЭКГ мониторирования.

5. головную боль

23. Обследование больного с подозрением на ревматоидный артрит в амбулаторных условиях включает:

1. определение мочевой кислоты в крови и моче

2. определение РФ и рентгенографии кистей и стоп

3. определение типа АСЛ-О

4. определение HLA-B27

5. определение СОЭ

24. Больные ревматоидным артритом при диспансерном наблюдении осматриваются семейным врачом:

1. 1 раз в месяц

2. 1 раз в год

3. 4 раза в год

4. 1 раз в два года

5. 2 раза в год

25. Больные с первичным остеартритом крупных суставов при диспансерном наблюдении осматриваются семейным врачом:

1. 1 раз в месяц

2. 1 раз в год

3. 4 раза в год

4. 1 раз в два года

5. 2 раза в год

26. Какой препарат является основным для вторичной профилактики ХРБС:

1. преднизолон

2. колхицин

3.аспирин

4. бензатин бензилпенициллин

5. цефтриаксон

27. После купирования острого приступа подагры, контрольное измерение концентрации мочевой кислоты в крови следует проводить:

1. через месяц

2. через 2 недели

3. через 2-3 месяца

4. еженедельно

5. через 6 месяцев

28. Плановые осмотры больных с подагрой, с определением уровня мочевой кислоты, креатинина, холестерина и активность АЛТ, АСТ в крови проводят каждые:

1. 3-6 месяцев

2. ежемесячно

3. в год один раз

4. 2 месяца

5. только при присоединении новых симптомов

29. Какой показатель является наиболее надёжным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании:

1. С-пептид

2. средняя суточная гликемия

3. средняя амплитуда гликемических колебаний

4. гликозированный гемоглобин

5. уровень глюкозы в цельной капиллярной крови натощак более 11.1 ммоль/л.

30. Препаратом первого выбора при СД 2 типа на амбулаторном уровне является:

1. манинил

2. метформин

3. глимепирид

4. гликлазид

5. амарил.

31. Показания для госпитализации с СД 2 типа:

1. ухудшение имеющихся сосудистых осложнений в динамике

2. повышение активности контринсулярных гормонов утром

3. уровень глюкозы натощак 6.1 ммоль/л.

4. ночная гипогликемия

5. чрезмерная прибавка в весе

32. В амбулаторных условиях у пациентов с СД 2 типа контрольное измерение HbA1C следует проводить:

1. 1 раз в 3 месяца

2. не менее 1 раза в месяц

3. 1 раз в год

4. 2 раза в месяц

5. 4 раза в месяц

33. С целью мониторинга состояния пациента с токсическим зобом в амбулаторных условиях контрольное УЗИ щитовидной железы проводят:

1. 1 раз в месяц

2. 1 раз в 3 месяца

3. 1 раз в 2 месяца

4. 1 раз в год

5. 2 раза в год

34. Какова должна быть тактика семейного врача при недостижении целевого уровня HbA1C через 3 месяца после начальной терапии метформином:

1. интенсификация терапии добавлением инсулина

2. госпитализация

3. интенсификация терапии переводом на монотерапию инсулином

4. интенсификация терапии добавлением ещё одного препарата( кроме нерациональных комбинаций)

5. усилить физическую нагрузку

35. Пациенты, подвергшиеся оперативному лечению по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде должны находиться на больничном листе по временной нетрудоспособности до:

1. 1 месяца

2. 1.5 месяца

3. 4 месяца

4. 10 дней

5. 2 месяцев

36. При мониторинге больных с СД 2 типа без осложнений контроль АД и осмотр ног проводится:

1. при каждом посещении врача

2. при наличии гипертонии и боли на ногах

3. не реже 1 раза в 3 месяца

4. только по показаниям

5. каждый день

37. При лечении больных субклиническим гипотиреозом исследования уровня ТТГ и свободного Т4 следует повторять:

1. через месяц

2. через год

3. через 3-6 месяцев

4. через 2 месяца

5. в месяц 2 раза

38. При диспансерном наблюдении больных с СД 2 типа без осложнений биохимические анализы крови (общий холестерин, общий билирубин, его фракции, АСТ, АЛТ, креатинин) при отсутствии изменений проводят:

1. 4 раза в год

2. при каждом посещении врача

3. 2 раза в год

4. 1 раз в год

5. 1 раз в 3 месяца

39. Какие критерии из ниже перечисленных при сахарном диабете являются признаками стойкой нетрудоспособности и показаниями к переводу на инвалидность I группы:

1. СД тяжёлой формы при наличии: ретинопатии III ст.( слепота на оба глаза), нейропатия III стадии, нефропатия IIIст.

2. СД тяжёлой формы при наличии: ретинопатии I-II ст., нейропатии IIст., нефропатии IIст.

3. СД средней тяжести при наличии: ретинопатии I-II ст., нейропатии I-IIст., нефропатии I-IIст.

4. СД средней тяжести при наличии: ретинопатии 0-Iст., нейропатии 0-Iст., нефропатии 0-Iст.

5. СД средней тяжести при наличии: ретинопатии 0-I-II ст., нейропатии 0-I-IIст., нефропатии 0-I-IIст.

40. Какие критерии из ниже перечисленных при сахарном диабете являются признаками стойкой нетрудоспособности и показаниями к переводу на инвалидность II группы:

1. СД тяжёлой формы при наличии: ретинопатии III ст.( слепота на оба глаза), нейропатия III стадии, нефропатия IIIст.

2. СД тяжёлой формы при наличии: ретинопатии I-II ст., нейропатии IIст., нефропатии IIст.

3. СД средней тяжести при наличии: ретинопатии I-II ст., нейропатии I-IIст., нефропатии I-IIст.

4. СД средней тяжести при наличии: ретинопатии 0-Iст., нейропатии 0-Iст., нефропатии 0-Iст.

5. СД средней тяжести при наличии: ретинопатии 0-I-II ст., нейропатии 0-I-IIст., нефропатии 0-I-IIст.

41. К эндокринологу поликлиники на приём обратилась женщина 37 лет, которая выписалась из стационара, где находилась по поводу тиреотоксикоза средней тяжести. Принимала тирозол, конкор, курс лечение составил 28 дней. В результате лечения состояние больной улучшилось. Была выписана под наблюдение врача по месту жительства. В течение какого времени больная должна наблюдаться у эндокринолога?

1.в течение 0.5 года после устранения симптомов тиреотоксикоза

2. в течение 1 года после устранения симптомов тиреотоксикоза

3. в течение 2 лет после устранения симптомов тиреотоксикоза

4. в течение 3 лет после устранения симптомов тиреотоксикоза

5. в течение 2-3 лет после устранения симптомов тиреотоксикоза

42. Отметьте правильный ответ для определения нетрудоспособности при пневмонии: 1. при лёгком течении пневмонии больничный лист выдаётся на 21-27 дней

2. выдаётся больничный лист и освобождение от работы через ВВК сроком на 2 месяца

3. устанавливается инвалидность 3-й группы

4. при тяжёлом течении пневмонии выдаётся больничный лист сроком на 2 месяца

5. пациент с пневмонией может продолжать работать

43. 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

44. Что является показанием для госпитализации при бронхиальной астме:

1. тяжёлое обострение астмы

2. недостижение полного контроля

3. увеличение частоты приступов удушья в течение последней недели

4. впервые установленный диагноз бронхиальной астмы

5. наличие симптома «утреннего провала» по данным мониторирования МСВ

45. 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.

46. В целях профилактики гриппа пациентам с ХОБЛ необходимо.

1. провести антибиотикотерапию

2. проводить кинезетерапию

3. усилить базистную терапию

4. провести ваксинацию

5. назначить отхаркивающие средства.

47. Наличие желудочной метаплазии пищеводного сфинктера характерно для:

1. эзофагита

2. склеродермии

3. ахалазии пищевода

4. пищевод Баррета

5. скользящая грыжа пищеводного отдела.

48. Отметьте правильное утверждение при установлении нетрудоспособности при гипертонической болезни (ГБ):

1. Больничный лист при ГБ I степени после криза выдается на 5-7 дней.

2. Больничный лист при ГБ I степени после криза выдается на 30 дней.

3. Больничный лист при ГБ I степени после криза выдается на 2 месяца.

4. При ГБ I степени с осложнениями – показана 3-я группа инвалидности.

5. При БГ I степени после криза показана 2-ая группа инвалидности.

49. Чем Вы будете купировать повышенное АД у пациента на приеме в поликлинике:

1. фуросемидом.

2. диазепамом.

3. каптоприлом.

4. нитроглицерином

5. верапамилом.

50. Укажите, что относится к показанию для направления в стационар при КБС:

1. острый коронарный синдром

2. подбор антиангинальной терапии

3. стабильная стенокардия напряжения ФК-I-II.

4. высокий уровень холестерина

5. единичные экстрасистолы на ЭКГ.

51. У женщины 45 лет с ожирением при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче не определяется. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Какой тип диабета у больной:

1. СД 1 типа
2. СД2 типа
3. СД 2 типа инсулинзависимый
4. СД 2 типа у молодых (MODY)
5. Вторичный СД

52. На приеме у семейного врача юноша 18 лет жалуется на появление после перенесенного гриппа жажду, общую слабость, частое мочеиспускание. Уровень сахара в крови – 16 ммоль/л, в моче – 5%, ацетон в моче. Какой тип диабета у больного:

1. Гестационный диабет
2. СД 2 типа
3. MODY тип
4. LADA тип
5. СД 1 типа

53. Основные принципы заместительной терапии гипотиреоза в амбулаторных условиях:

1. Любой манифестный гипотиреоз, субклинический гипотиреоз, если уровень ТТГ превышает 10 мЕД/л, высокие титры АТ к ТПО
2. Изолированное снижение концентрации свободного Т3
3. Заместительная терапия гипотиреоза проводится пожизненно, даже когда имеется случай переходящего гипотиреоза
4. Если через 2 мес. от начала приема полной расчетной заместительной дозы L-Т4 уровень ТТГ не достигает целевых значений, необходима в дальнейшем отмена препарата
5. При сочетании гипотиреоза с надпочечниковой недостаточностью лечение гипотиреоза L-Т4 начинается сразу до достижения компенсации гипокортицизма

54. Особенности заместительной терапии гипотиреоза во время беременности заключается в следующем:

1. Во время беременности потребность в Т4 уменьшается, в связи с этим L-тироксина следует уменьшить
2. Следует увеличить дозу L-тироксин на 50 мкг сразу после наступления беременности у женщин с компенсированным гипотиреозом
3. Компенсированный гипотиреоз является противопоказанием для планирования беременности
4. После родов доза L-тироксина не снижается в период кормление грудью
5. Контроль ТТГ и Т4 свободный можно проводить 1 раз во время беременности

55. Для тяжелой формы Базедовой болезни характерно снижение интеллектуальной и физической работоспособности (исхудание, мышечная слабость, аритмия, сердечная недостаточность, гепатит с желтухой, психозы). В связи с чем, им устанавливается:

1. 1-2 группа инвалидности
2. 1 группа пожизненно
3. 1-2 группа после лечение
4. 3 группа временно до лечение
5. 1-2 группа временно до лечение

56. При врожденном гипотиреозе (микседема с утратой интеллектуальной способности) оформляется:

1. 2, реже 1 группа инвалидности
2. 1, реже 2 группа инвалидности
3. 2, реже 3 группа инвалидности
4. 3, реже 2 группа инвалидности
5. 3 группа инвалидности

57. Какой препарат Вы используется для купирования приступа бронхиальной астмы в условиях поликлиники:

1. монтелукаст
2. бромгексин
3. сальбутамол
4. беклометазон
5. ипратропия бромид

58. На приеме молодой не курящий пациент жалуется на приступы удушья. Ваша тактика для постановки диагноза?

1. назначить спирометрию
2. назначить общий анализ крови
3. назначить общий анализ мокроты
4. назначить рентген грудной клетки
5. назначить КТ органов грудной клетки

59. Диспансеризация больного с бронхиальной астмой включает в себя:

1. разработку индивидуального плана длительного лечения заболевания
2. назначение неинвазивной вспомогательной вентиляции
3. консультацию торакального хирурга
4. проведение КТ высокого разрешения 1 раз в 2 года
5. ежегодное проведение ЭХОКГ

60. 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 только 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

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

1. цефтриаксон.

2. амоксициллин

3. амоксициллина/клавуланат

4. левофлоксацин

5. ципрофлоксацин

62. В поликлинике на приеме врач провел пациенту с бронхиальной астмой пикофлоуметрию, показатель МСВ составил 70% от должного. Какую степень тяжести астмы вы укажите в диагнозе:

1. Легкая интермиттирующая

2. Легкая персистирующая

3. Среднетяжелая

4. Тяжелая

5. Очень тяжела

63. В поликлинике на приеме врач провел пациенту с бронхиальной астмой пикофлоуметрию, показатель МСВ составил 50% от должного. Какую степень тяжести астмы вы укажите в диагнозе:

1. Легкая интермиттирующая

2. Легкая персистирующая

3. Среднетяжелая

4. Тяжелая

5. Очень тяжела

 64. В поликлинике на приеме врач провел пациенту с бронхиальной астмой пикофлоуметрию, показатель МСВ составил 82% от должного. У больного приступы удушья 1-2 раза в неделю. Какую степень тяжелести астмы вы укажите в диагнозе:

1. Легкая интермиттирующая

2. Легкая персистирующая

3. Среднетяжелая

4. Тяжелая

5. Очень тяжела

65. 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 раза в год.

3. регулярно проводить пикфлоуметрию

4. сдавать общий анализ крови 1 раз в три месяца.

66. Пациенту с ХОБЛ при проведении диспансеризации необходимо назнаяить следующее исследование:

1. спирометрию.

2. микроскопию мокроты

3. бактериологическое исследование мокроты

4. суточное мониторирование МВС

5. исследование газов крови

67. У нас на приеме беременная женщина с пневмонией. Какой антибиотик Вы назначите:

1. Тетрациклин

2. доксициклин

3. Ципрофлоксацин

4. гентамицин

5. амоксициллин

68. Амбулаторное лечение больных железожефицитной анемией после выписки из стационара состаляет:

1. 1-2 месяца

2. 2-4 месяца

3. 1-3 месяца

4. 1 месяца

5. 3-8 месяца

69. Амбулаторное лечение пациентов витамин В12 дефицитной анемии на фоне атрофического гастрита составляет:

1. не проводится

2. 1-2 месяца

3. ежеквартально, пожизненно

4. 1 раз, ежегодно

5. 1 раз в 2 года.

70. Диспансерное наблюдение больных с апластической анемией:

1. пожизненно

2. 1 год

3. 6 месяцев

4. 3 года

5. не показано

71. Диспансерное наблюдение за больными с наследственным микросфероцитозом, после спленэктомии составляет:

1. 1 год

2. 2 года

3. не проводится

4. 3 года

5. 5 лет

72. Диспансерное наблюдение больных, перенесших геморрагический васкулит составляет:

1. 6 месяцев

2. 1 год

3. 3 месяца

4. 3-5 лет

5. 2-4 года

73. Амбулаторное заместительное профилактическое лечение пациентам с гемофилиями показано?

1. не показано

2. 1 раз в 10 дней

3. 1-2 раза в неделю

4. 1 раз в месяц

5. 1 раз в 3 месяца

74. Сколько составляет длительность диспансерного наблядения пациентов с хронической формой первичной иммунной тромбоцитопении?

1. 1 год

2. пожизненное

3. 1-2 года

4. 3 года

5. 5 лет

75. Амбулаторная монохимиотерапия проводится при:

1. остром миелобластном лейкозе

2. остром лимфобластном лейкозе

3. остром плазмобластном лейкозе

4. хронической фазе хронического миелоидного лейкоза

5. острой фазе хронического миелоидного лейкоза.

76. Лейкеран используется для амбулаторной тепарии:

1. хронического лимфоцитарного лейкоза.

2. хронического миелоидного лейкоза

3. истинной полицитемии

4. острого миелобластного лейкоза.

5. хронического эритромиелоза

77. Амбулаторная химиотерапия не рекомендуется при:

1. истинной полицититемии

2. хроническом миелоидной лейкоза.

3. хроническом лимфоцитарном лейкозе.

4. множественной миеломе.

5. волосатоклеточном лейкозе.

78. Характерным признаком в 12-дефицитной анемии, которую определяют на уровне первичной медико-санитарной помощи, является:

1. гипертромбоцитоз

2. лейкоцитоз

3. увеличение СОЭ

4. анемия с высоким цветным показателем

5. микроцитоз.

79. Диспансерному наблюдению у семейного врача подлежат больные с:

1. Ревматоидным артритом, подагрой

2. Переломами костей в анамнезе

3. Гонорейным гонитом

4. Травмами суставов

5. Острой ревматической лихорадкой

80. На амбулаторном приеме пациент с обострением остеоартрита без ограничения движения в суставах. Какой препарат Вы назначите:

1. Колхцин

2. Преднизалон

3. Диклофенак

4. Метрексат

5. Курантил

81. Вторичная профилактика экстенциллином проводится семейным врачом при:

1. Подагре

2. Реактивном артрите

3. Ревматической лихорадке

4. Ревматоидном артрите

5. Болезни Бехтерева

82. Какая комбинация препаратов наиболее приемлима больному с избыточной массой тела при СД 2 типа в амбулаторных условиях:

1. Метформин + Пиоглитазон

2. Метформин + инсулин короткого действия

3. Репаглинид + пиоглитазон

4. Инсулин пролангированный

5. Глименкламид + репаглинид

83. Примерные сроки нетрудоспособности при декомпенсированном гипотиреозе средней тяжести ( без осложнений).

1. 30-40 дней

2. от 14 до 21 дня

3. 3 месяца

4. До 6 месяцев

5. До 10 дней

84. Диспансеризация проводится

1. Один раз в месяц

2. Один раз в полгода

3. Каждый год

4. Один раз в 2 года

5. Один раз в 3 года

85. По результатам диспансеризации формируется

1. 1 группа

2. 2 группы

3. 3 группы

4. 4 группы

5. 5 групп

86. Диспансерное наблюдение пациентов без доказанных сердечнососудистых заболеваний с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском осуществляет

1. врач отделения медицинской профилактики, при отсутствии кабинета профилактики, например, в сельской местности – врач – терапевт участковый.

2. врач – терапевт участковый.

3. врач дневного стационара

4. врач кардиолог поликлиники

5. любой врач поликлиники

87. Краткое профилактическое консультирование на заключительном этапе диспансернизации проводит

1. врач – терапевт участковый.

2. врач отделения медицинской профилактики

3. врач дневного стационара

4. врач кардиолог поликлиники

5. заведующий отделением

88. Краткое профилактическое консультирование занимает \_\_ минут.

1. 5

2. 10

3. 15

4. 30

5. 60

89. Инвалидность I группы устанавливается сроком на:

1. 6 месяцев

2. 1 год

3. 2 года

4. 3 года

5. бессрочно

90. Инвалидность 2 группы устанавливается сроком на:

1. 6 месяцев

2. 1 год

3. 2 года

4. 3 года

5. бессрочно

91. Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в:

1. процентах

2. долях от целого

3. десятичных долях

4. субъективных характеристиках

5. сотовых долях.

92. Медицинская помощь в амбулаторных условиях – это … необходимо выбрать пункт)

1. первичная врачебная медико-санитарная помощь

2. первичная доврачебная медико-санитарная помощь

3. первичная специализированная медико-санитарная помощь

4. паллиативная медицинская помощь

5. первичная до – и врачебная медицинская помощь.

93. Гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг в схеме обязательного диспансерного наблюдения углубленный медицинский осмотр с участием необходимых специальистов проводится:

1. 1 раз в год

2. 2 раза в год

3. 3 раза в год

4. 4 раза в год

5. один раз в 6 месяцев

94. При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности:

1. сроком не более 15 дней

2. сроком не более 5 дней

3. сроком не более 10 дней

4. на весь срок лечения

5. сроком не более 3 дней

95. Разрешение на продление листа нетрудоспособности более 15 дней определяется

1. врачебной комиссией

2. лечащим врачом

3. главным врачом

4. заместителем главного врача по клинико-экспертной работе

5. заместителем главного врача по лечебной работе

96. Группа инвалидности установливается без срока переосвидетельствования

1. инвалидам с необратымими анатомическими дефектами

2. инвалидам I группы

3. детям – инвалидам

4. инвалидам по профессиональному заболеванию

5. инвалидам II группы

97. В случаях травм, реконструктивных операций и лечении туберкулеза при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе граждане направляются на медико-социальную экспертизу не позднее

1. 12 – ти месяцев

2. 4-х месяцев

3. 10-ти месяцев

4. 3-х месяцев

5. 6-ти месяцев

98. При ХОБЛ обязательной является вакцинация \_\_\_\_\_\_\_ вакциной.

1. противогриппозной

2. противококлюшной

3. противоменингококковой

4. противодифтерийной

5. противостолбнячной

99. Диспансерное наблюдение больных с АГ в сочетании с КБС, ХБП проводится с частотой не менее:

1. 2 раза в год

2. 1 раз в месяц

3. 1 раз в квартал

4. 3 раза в год

5 1 раз в год

100. В семье, где оба родителя страдают АГ, для предупреждения (замедления) развития гипертонии у их потомка (дочь, сын) целесообразно:

1. более строго придерживаться здорового образа образа жизни

2. регулярно измерять АД

3. резко ограничить употребление поваренной соли

4. принимать сартаны в малых дозах с подросткового возраста

5. строго соблюдать диету с ограничением жиров животного происхождения

101. Больные с гипертонической болезнью входят в группу диспансерного учета:

1. I

2. II

3. III

4. IV

5. V

102. Диспансерному больному со стабильной стенокардией напряжения для купирования ангинозного приступа участковый врач рекомендует

1. короткодействующий изосорбида динитрат (НТГ)

2. изосорбида динитрата ( кардикет)

3. верапамил

4. бисопролол

5. амлодипин

103. Диспансерному больному со стабильной стенокардией напряжения назначается ацетилсалициловая кислота в дозе \_\_\_\_ мг/сут.

1. 75-100

2. 25-50

3. 150-200

4. 325 – 500

5. 500 – 1500

104. Физическая реабилитация больных вторым реабилитационным классом в подострый период инфаркта миокарда включает:

1. ( до 10 мин) участие в несостязательных спортивных играх (волейбол, настольный теннис, бадминтон)

2. ( до 10 мин) участие в соревнованиях (бег трусцой)

3. ( до 20 мин) участие в несостязательных спортивных играх (волейбол, настольный теннис, бадминтон)

4. ( до 30 мин) участие в соревнованиях (хоккей, большой теннис, бег трусцой)

5. участие спортивных играх не рекомендуется.

105. Противопоказанием для направления в санаторий на реабилитацию пациентов, перенесенных острый инфаркт миокарда, является сердечная недостаточность.

1. Выше второго функционального класса, а при аневризме сердца – первого функционального класса

2. выше первого функционального класса

3. первого функционального класса и синусовая тахикардия

4. второго функционального класса и единичные предсердные экстрасистолы

5. второго функционального класса и АВ блокада 1 ст.

106. Диспансерному пациенту перед направлением на санитарно-курортное лечение необходимо

1. пройти обследование

2. пролечиться в отделении реабилитации

3. пролечиться в дневном стационаре

4. проконсультироваться в центре здоровья

5. принести справку с места работы

107. При реабилатации больных с артериальной гипертонией необходимо рекомендовать

1. ограничение приема поваренной соли и жидкости

2. отказ от употребления рыбы

3. отказ от употребления кисло-молочных продуктов

4. избегать физических нагрузок

5. ограничивать в рационе свежие овощи и фрукты

108. Диспансерное наблюдение больных язвенной болезнью желудка с частыми обострениями проводят

1. 1 раз в год

2. 2 раза в год

3. 3 раза в год

4. 4 раза в год

5. 5 раз в год

109. Рациональной тактикой врача – терапевта участкового при приступе желчной колики у больных ЖКБ является:

1. госпитализация в хирургическое отделение по экстренным показаниям

2. купирование болей наркотическоими анальгетиками

3. госпитализация в хирургическое отделение только при наличии желтухи

4. назначение консультации хирурга

5. назначение анализов крови

110. Больного, перенесшего грипп, следует выписать к труду

1. через 3 дня после нормализации температуры и исчезновения клинических проявлений гриппа

2. после исчезновения катаральных явлений

3. через 5-6 дней от начала болезни

4. на фоне уменьшения клинических проявлений, через день после нормализации температуры

5. после завершения приема противовирусных препаратов.

111. Пациенту может быть выдан листок нетрудоспособности при выполнении в амбулаторных условиях исследования:

1. фиброколоноскопии с биопсией

2. суточное ЭКГ – мониторирование

3. велоэргометрия

4. урография

5. коронароангиография

112. Препарат какой группы Вы выберет для лечения больного с хламидийной пневмонией после идентификации возбудителя:

1. пенициллины

2. цефалоспорины 2 поколения

3. макролиды

4. аминогликозиды

5. ванкомицин

113. Критерием необратимой обструкции дыхательных путей будет:

1. ОФВ1 80% от должного

2. ОФВ1 70% от должного

3. прирост ОФВ1 менее чем на 30% при проведении пробы с сальбутамолом

4. прирост ОФВ1 менее чем 20% при проведении пробы с сальбутамолом

5. прирост ОФВ! Менее чем на 15% при проведении пробы с сальбутамолом

114. Какой из методов диагностики предпочтительнее при выявлении жидкости в плевральной полости в количестве менее 300 мл:

1. оценка ослабленного голосового дрожания

2. выявление притупления перкуторного звука

3. рентгенологическое исследование в боковой проекции

4. рентгенологическое исследование в прямой проекции

5. спирографии

115. Предпочтительный антибактериальный препарат, назначаемый при катаральной ангине амбулаторному больному это:

1. амоксиклав

2. доксициклин

3. пенициллин

4. цефотаксим

5. ципрофлоксацин

116. Какие рентген – признаки наиболее характерны для остеоартрита:

1. анкилозы и остеофиты

2. единичные узуры и анкилозы

3. множественные узуры и остеопороз

4. остеопороз и остеофиты

5. множественные узуры и анкилозы

117. Какие из клинических симптомов наиболее характерны для остеартрита:

1. скованность суставов по утрам

2. наличие тофусов

3. крепитация и «узлы Гебердена»

4. анкилозы

5. ревматоидные узелки

118. В какое время суток необходимо принимать препараты железа:

1. с 8 до 10 часов

2. с 10 до 14 часов

3. с 14 до 18 часов

4. с 18 до 22 часов

5. время суток не имеет значение для усвоения этой группы препарата

119. Какая доза перорального препарата железа наиболее оптимальна в начальном периоде терапии ЖДА лёгкой степени тяжести:

1. 10-30 мг

2. 20-50 мг

3. 50-100 мг

4. 100-300 мг

5. доза не имеет значения, но необходимо дополнительное назначение витамина С.

120. Какой препарат улучшает усвоение железосодержащих препарартов:

1. антациды

2. антикоагулянты

3. препараты кальция

4. ИАПФ

5. аскорбиновая кислота

121. Уровень сывороточного железа в норме у мужчин составляет:

1. 2-5 мкмоль/л

2. 5-10 мкмоль/л

3. 10-15 мкмоль/л

4. 13-30 мкмоль/л

5. 30-6- мкмоль/л

122. Какой специалист должен осмотреть больного с артериальной гипертензией при направлении на МСЭ только при наличии показаний:

1. невролог

2. нефролог

3. офтальмолог

4. хирург

5. терапевт

123. Какой из препаратов стоит выбрать для лечения артериальной гипертензии у мужчин старше 65 лет, страдающего доброкачественной гиперплазией предстательной железы:

1.доксазозин

2. клофелин

3. гипотиазид

4. каптоприл

5. метилдопа

124. При сочетании АГ и КБС у мужчины 48 лет «стартовым» препаратом должен стать представитель группы

 1. В-блокаторов

 2. ИАПФ

 3. антагонистов кальция

 4. диуретиков

 5. необходима комбинация диуретиков и ИАПФ

125. При сочетании артериальной гипертензии и сердечной недостаточности, препарат какой группы должен быть включён в терапию

 1. В-блокаторов

 2. ИАПФ

 3. антагонистов кальция

 4. диуретиков

 5. необходима комбинация диуретиков и ИАПФ

126. При сочетании артериальной гипертензии и диабетической нефропатии, препарат какой группы должен быть включён в терапию

 1. В-блокаторов

 2. ИАПФ

 3. антагонистов кальция

 4. диуретиков

 5. необходима комбинация диуретиков и ИАПФ

127. Для стенокардии 4 функционального класса характерно появление приступа

 1. в покое

 2. при умеренной физической нагрузке

 3. при незначительной физической нагрузке

 4. при ходьбе на расстояние более 500 метров

 5. при ходьбе на расстояние боле 200 метров

128. Для стенокардии 1 функционального класса характерно появление приступа

 1. в покое

 2. при умеренной физической нагрузке

 3. при значительной физической нагрузке

 4. при незначительной физической нагрузке

 5. при ходьбе на расстояние менее 500 метров

129. Какой врач осуществляет диспансерное наблюдение больного после перенесенного инфаркта миокарда

 1. кардиохирург

 2. хирург

 3. участковый врач

 4. кардиолог

 5. сосудистый хирург

130. Какой метод диагностики входит в обязательный перечень при направлении в МСЭ больных с язвенной болезнью желудка

 1. манометрия

 2. рентгенография органов грудной клетки

 3. ФГДС с прицельной биопсией

 4. УЗИ органов забрюшинного пространство

 5. рентгенография

131. Какой из препаратов вы рекомендуете больному на амбулаторном этапе при лечении постхолецистэктомического синдрома

 1. дротаверин (но-шпа)

 2. церукал

 3. одестон

 4. фуразолидон

 5. омепразол

132. Приём каких препаратов редко приводит к развитию запора

 1. диуретики

 2. алюминийсодержащие антациды

 3. препараты кальция

 4. антибактериальные

 5. препараты железа

133. Приём каких препаратов редко приводит к развитию диареи

 1. дигоксин

 2. антациды

 3. хинидин

 4. антибактериальные

 5. метилдопа

134. Значимым лабораторным показателем при установлении диагноза пиелонефрит будет

 1. лейкоцитоз

 2. общее микробное число менее 100 000

 3. общее микробное число боле 100 000

 4. рН мочи 7.0

 5. удельный вес>1020

135. При лечении обострения хронического пиелонефрита на амбулаторном этапе желательно применение этого антибактериального препарата

 1. норфлоксацин

 2. азитромицин

 3. гентамицин

 4. ванкомицин

 5. тетрациклин

136. Характерными лабораторными симптомами при хронической почечной недостаточности будут

 1. гиперкалиемия, гипоазотемия, алкалоз

 2. гиперкалиемия, гиперазотемия, алкалоз

 3. гипокалиемия, гипоазотемия, ацидоз

 4. гипокалиемия, гипоазотемия

 5. гиперкалиемия, гиперазотемия, ацидоз

137. Наиболее характерный признак гломерулонефрита при оценке анализа мочи

 1. протеинурия более 2 г/л

 2. эритроцитурия

 3. цилиндрурия

 4. пиурия

 5. лейкоцитурия

138. В лечении гломерулонефрита применяется этот «гипотензивный» препарат даже у больных с нормальным уровнем АД

1. пропранолол

2. доксазазин

3. эналаприл

4. метилдопа

5. моксонидин

139. В каких случаях диарея у больных с синдромом раздражённого кишечника считается хронической?

1. длительностью более 1 недели

2. длительностью более 2 недель

3. длительностью более 3 недель

4. длительностью более 4 недель

5.мдлительностью более 8 недель

140. В каких случаях диарея у больных с синдромом раздражённого кишечника считается острой?

1. длительностью до 2 дней

2. длительностью до 3 дней

3. длительностью до 1 недели

4. длительностью до 2 недель

5. длительностью до 3 недель

141. Что такое «синдром раздражённого кишечника» ?

1. функциональное расстройство кишечника, проявляющееся абдоминальным дискомфортом в сочетании с нарушениями дефекации.

2. функциональное расстройство кишечника толстого и тонкого, проявляющееся болями в животе или абдоминальным дискомфортом.

3. функциональное расстройство кишечника – толстого и тонкого, проявляющееся болями в животе или абдоминальным дискомфортом в сочетании с нарушениями длительности кишечного транзита и дефекации

4. функциональное расстройство кишечника, абдоминальным дискомфортом в сочетании с нарушениями длительности кишечного транзита.

5. функциональное расстройство толстого кишечника

142. При исследовании функции внешнего дыхания признаком обструкции является

1. повышение МОС

2. Снижение ЖЕЛ

3. Повышение ЖЕЛ

4. Снижение индекса Тиффно

5. Повышение индекса Тиффно

143. К какому заболеванию относится первично хроническое поражение сердца, проявляющееся выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка при отсутствии стенозов аорты, повышенного артериального давления с обязательной массивной гипертрофией межжелудочковой перегородки?

1. дилатационная кардиомиопатия

2. гипертрофическая кардиомиопатия

3. рестриктивная кардиомиопатия

4. миокардит

5. КБС

144. Как называется первично хроническое некоронарогенное, невоспалительное, не связанное с нарушениями метаболических процессов заболевание сердца, проявляющееся диффузным поражением миокарда с резким снижением его сократительной способности и прогрессирующей дилатацией полостей:

1. рестриктивная кардиомиопатия

2. гипертрофическая кардиомиопатия

3. дилатационная кардиомиопатия

4. КБС

5. Миокардит

145. Средством выбора при гипертрофической кардиомиопатии, осложнённой частой желудочковой экстрасистолией и пароксизмами желудочковой тахикардии является

1. этацизин

2. верапамил

3. амиодорон

4. дигоксин

5. новокаинамид

146. При аускультации для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:

1. дующего систолического шума в точке Боткина

2. систолического шума над легочной артерией

3. позднего систолического шума у основания мечевидного отростка

4. диастолического шума на верхушке

5. систолического клика на верхушке

147. Какой из приведенных критериев позволяет дифференциировать ревматоидный артрит и реактивный артрит в пользу ревматоидного артрита?

1. сочетание артрита с хроническим хламидийным уретритом, конъюнктивитом

2. асимметричное поражение пястно-фалангового сустава первого пальца стопы, голеностопного, коленного суставов

3. симметричное поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей рук

4. сакроилеит

5. подошвенный фасциит

148. Геберденовские узелки – это:

1. остеофиты дистальных межфаланговых суставов

2. узелки при ревматоидном артрите

3. отложения мочевой кислоты при подагре

4. фиброзные изменения после тендовагинита

5. проявление паранеопластического синдрома при раке лёгкого

150. Наиболее часто при остеоартрозе поражаются суставы:

1. лучезапястные

2. челюстно-лицевые

3. локтевые

4. пястно-фаланговые

5. коленные

151. Узелки Бушара являются проявлением остеоартрита:

1. проксимальных межфаланговых суставов кисти

2. дистальных межфаланговых суставов кисти

3. коленного сустава

4. первого плюснефалангового сустава

5. локтевого сустава

152. Средством базисной терапии при ревматоидном артрите является:

1. курантил

2. метотрексат

3. индометацин

4. никотиновая кислота

5. преднизолон

153. Типичное клиническое проявление ревматоидного артрита6

1. утренняя скованность

2. боли по ходу позвоночника

3. «стартовые боли»

4. отёк 1 пальца стопы

5. наличие тофусов

154. Для первичного остеоартроза характерно наличие:

1. кольцевидной эритемы

2. тофусов

3. уплотнения мышц бедра

4. ригидность пищевода

5. узелков Гебердена

155. Средством выбора лечения больного первичным остеоартритом является:

1. аллопуринол

2. преднизолон

3. колхицин

4. хондроитин сульфат

5. Д –пеницилламин

156. При обострении остеоартрита без ограничения подвижности в суставах назначают:

1. аминохинолиновые препараты

2. нестероидные противовоспалительные препараты

3. кортикостероиды

4. колхицин

5. д-пенициламин

157. При ревматоидном артрите наиболее часто поражаются:

1. проксимальные межфаланговые суставы

2. первый пястно-межфаланговый сустав

3. плечевые суставы

4. шейный отдел позвоночника

5. илео-сакральные сочленения

158. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и неспецифического язвенного колита в пользу хронического колита?

1. боли в животе

2. расстройства стула по типу диареи

3. расстройство стула с преобладанием запоров

4. отсутствие ночной симптоматики

5. отсутствие системных поражений

159. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и синдрома раздражённого кишечника в пользу хронического колита?

1. боли в животе

2. расстройства стула по типу диареи

3. расстройство стула с преобладанием запоров

4. признаки воспалительного процесса

5. отсутствие ночной симптоматики

160. Какая формулировка соответствует определению хронического колита?

1. хроническое воспалительное заболевание толстой кишки

2. хроническое заболевание со специфическими воспалительными морфологическими изменениями слизистой оболочки функций толстой кишки

3. хроническое заболевание с неспецифическими воспалительными изменениями слизистой оболочки, нарушениями моторной и секреторной функций толстой кишки

4. хроническое неспецифическое заболевание с нарушениями моторной функции толстой кишки

5. хроническое заболевание с нарушениями секреторной функции толстой кишки

161. Какие средства показаны больным с синдромом раздражённого кишечника, страдающим запорами

1. имодиум

2. форлакс

3. смекта

4. линекс

5. запаренные пшеничные отруби

162. Какие средства показаны больным с синдромом раздражённого кишечника, страдающим диареей?

1. запаренные пшеничные отруби

2. мукофалк

3. иммодиум

4. форлакс

5. бисакодил

163. Диарея является частым симптомом

1. язвенной болезни 12перстной кишки

2. хронического панкреатита

3. ЖКБ

4. опухоли дистального отдела толстой кишки

5. хронического гастрита

164. Копрологический синдром, характерный для хронического панкреатита:

1. обильный жирный стул с гнилостным запахом, креаторея

2. стеаторея, амилорея

3. необильный кашицеобразный стул, креаторея, слизь, лейкоциты

4. обильный, жидкий, без патологических примесей стул

5. обильный светлый стул, нейтральный жир, жирные кислоты, мыла

165. Наиболее достоверным признаком обострения хронического панкреатита является:

1. боль в эпигастрии

2. коллапс

3. высокий уровень амилазы(диастазы) в крови и моче

4. гипергликемия

5. метеоризм

166. Больные хроническим панкреатитом при диспансерном наблюдении осматриваются:

1. 2 раза в год

2. 1 раз в год

3. 4 раза в год

4. 1 раз в 2 года

5. 1 раз в месяц

167. Наиболее частыми проявлениями гиперспленизма при заболеваниях печени являются:

1. анемия

2. лейкопения

3. тромбоцитопения

4. спленомегалия

5. анемия, лейкопения, тромбоцитопения, спленомегалия

168. Какой метод наиболее эффективен для скрининговой диагностики бессимптомной формы желчнокаменной болезни:

1. рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с пероральным приёмом рентгеноконтрастных препаратов (пероральная холецистография)

2. рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с внутривенным введением рентгеноконтрастных препаратов (внутривенная холецистография)

3. ультразвуковое исследование печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы

4. эндоскопическая ретроградная холедохпанкреатография – ЭРХПГ

5. радиоизотопная сцинтиграфия желчевыводящей системы

169. При каких условиях в желчных путях формируются пигментные камни:

1. при рецидивирующем гемолизе и врождённой недостаточности глюкуронилтрансферазы гепатоцитов

2. при избыточном содержании в желчи холестерина

3. при недостаточном содержании в желчи желчных кислот

4. при недостаточном содержании желчи в пузыре и протоках

5. при сахарном диабете

170. Наиболее информативный метод диагностики цирроза печени

1. ультразвуковое исследование

2. компьютерная томография

3. обзорный снимок брюшной полости

4. биопсия печени

5. печёночные тесты

171. «Сосудистые звёздочки», выявляемые при хроническом гепатите – это:

1. пальмарная эритема

2. кольцевидная эритема

3. телеангиоэктазии

4. узловая эритема

5. гинекомастия

172. Осложнение цирроза печени

1. подпечёночная желтуха

2. сердечная недостаточность

3. кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка

4. язва желудка

5. дыхательная недостаточность

173. Зуд при желтухе связан с повышением в крови:

1. билирубина

2. солей желчных кислот

3. лецитина

4. фосфолипидов

5. щелочной фосфотазы

174. У больного с желтухой определяется билирубин в моче и светлый кал. Это совместимо с диагнозом:

1. гемолитическая желтуха

2. внутрипечёночный холестаз

3. синдром Жильбера

4. синдром Ротора

5. синдром Дабина-Джонсона

175. Наиболее часто в анамнезе у больных с билиарным типом дисфункции сфинктера Одди:

1. хронический гепатит

2. холецистэктомия

3. язва 12перстной кишки

4. хронический панкреатит

5. хронический энтерит

176. Характер желчи при хроническом холецистите:

1. кристаллы холестерина, билирубина кальция

2. хлопья, лейкоциты, десквамированный эпителий

3. большое количество густой желчи

4. эритроциты, лимфоциты

5. кристаллы холестерина, лимфоцитоз

177. Если у больного хроническим холециститом появилась ноющая непрекращающаяся боль в правом подреберье, вероятнее всего развитие осложнения:

1. дисфункция желчных путей

2. хронического гепатита

3. хронического холангита

4. хронического колита

5. перихолецистита

178. Причиной мелены при наличии гепатомегалии может быть:

1. кровоточащая язва 12перстной кишки

2. кровотечение из расширенных вен пищевода

3. язвенный колит

4.геморрагический диатез

5. тромбоцитопения

179. Больным калькулёзным холециститом с рецидивирующими приступами колики противопоказаны:

1. спазмолитики

2.холинолитики

3. антибиотики

4. холеспазмолитики

5. холеретики

180. Умеренная желтушность склер и кожи, гепатоспленомегалия, ретикулоцитоз, наблюдается

при:

1. раке печени

2. билиарном циррозе

3. гемолитической желтухе

4. остром вирусном гепатите

5. синдроме Жильбера

181. При угрозе развития печёночной комы в пищевом рационе больного следует ограничить:

1. углеводы

2. белки

3. жиры

4. жидкость

5. витамины

182. При какой форме хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятный прогноз:

1. латентной

2. нефротической

3. смешанной

4. гипертонической

5. нефритическая

183. С помощью какого из перечисленных методов исследования определяется клубочковая фильтрация:

1. клиренс эндогенного креатинина

2. клиренс глюкозы

3. клиренс эндогенной мочевины

4. клиренс мочевой кислоты

5. клиренс белка

184. Какой из перечисленных факторов вызывает уменьшение клубочковой фильтрации ниже 80мл/мин:

1.уменьшение количества функционирующих нефронов

2. повышение артериального давления до 170/95 мм.рт.ст.

3. снижение артериального давления до 110/65 мм.рт.ст.

4. протеинурия более 100 мг/сутки

5. эритроцитурия 106/л

185. Что понимают под термином поллакиурия?

1. учащённое мочеиспускание

2. затруднённое мочеиспускание

3. болезненное мочеиспускание

4. редкое мочеиспускание

5. мочеиспускание в ночное время

186. Больные хроническим гломерулонефритом при диспансерном наблюдении осматриваются:

1. 1 раз в год

2. 3 раза в год

3. 2-4 раза в год, в зависимости от тяжести заболевания

4. 4 раза в год

5. ежемесячно

187. Показатель, свидетельствующий о почечной недостаточности:

1. протеинурия более 3 г/л

2. протеинурия менее 1 г/л

3. относительная плотность мочи менее 1008

4. лейкоцитурия

5. уратурия

188. Макрогематурия , как проявление заболеваний почек, может иметь место при:

1. амилоидозе

2. МКБ

3. пиелонефрите

4. диабетической нефропатии

5. миеломной болезни

189. К ингаляционному препарату для купирования приступа бронхиальной астмы относится:

1. преднизолон

2. сальбутамол

3. ацетилцистеин

4. теофиллин

5. амброксан

190. Куда должна поступить медицинская карта лечения больного туберкулёзом после завершения курса лечения ( оригинал ТБ 01)?

1. остаться у пациента

2. в территориальное противотуберкулёзное учреждение

3. в НЦФ МЗ КР

4. в территориальном ЦСМ

5. в архив ЦСМ

191. Дети младше 5 лет, которые были в тесном контакте с бактериовыделителем при исключении у них активного туберкулёза должны:

1. наблюдаться у врача без приёма лекарств

2. принимать профилактически изониазид в течение 6-ти месяцев в амбулаторных условиях

3. принимать профилактически изониазид в течение 3-х месяцев в противотуберкулёзном учреждении

4. не принимать профилактически изониазид в течение 6-ти месяцев

5. принимать рифабутин в условиях стационара

192. Наиболее эффективный метод контроля за приёмом химиопрепаратов больным туберкулёзом в условиях ЦСМ

1. выдача препаратов на руки больному не более чем на 5-7 дней

2. контроль за приёмом антибактериальных препаратов родственниками

3. лабораторный контроль на присутствие препарата или его метаболита в моче

4. приём препаратов в присутствии медицинского работника

5. контроль самого больного

193. Здоровые дети, пребывавшие в контакте с больным МЛУ-ТБ должны получить/пройти в условиях ЦСМ:

1. полный курс лечения по поводу МЛУ –ТБ

2.профилактический курс лечения чувствительного ТБ

3. вакцинация БЦЖ

4. профилактический курс лечения МЛУ-ТБ

5. полное обследование и наблюдение в течение 2-х лет

194. Как часто лица повышенным риском заболевания ТБ должны проходить рентген-флюорографическое обследование в ЦСМ по месту жительства?

1. ежеквартально

2. не реже 1 раза в 6 месяцев

3. ежегодно

4. не реже 1 раза в 2 года

5. не реже 1 раза в 3 года

195.Амбулаторное лечение больных ТБ с БК(+) возможно:

1. при наличии совместно проживающих детей

2. при наличии сопутствующих заболеваний

3. при хорошей переносимости ПТП

4. при соблюдении мер инфекционного контроля, под контролем участкового врача и при хорошей переносимости ПТП

5. по просьбе больного и его родственников

196. Новорожденные дети, родившиеся у женщин, больных легочным туберкулёзом с положительным результатом микроскопии мокроты и недавно начавших получать лечение ТБ, подвергаются высокому риску заражения. Какова тактика семейного врача в отношении новорожденного?

1. таким детям предписывается 6-месячный курс химиопрофилактики изониазидом с последующей вакцинацией БЦЖ при отсутствии противопоказаний

2. абсолютный запрет на введение вакцины БЦЖ

3. мед.отвод на вакцинацию БЦЖ до окончания курса лечения матери

4. через каждые 6 месяцев проводится клинический скрининг на ТБ и рентгенологическое обследование

5. назначение химиотерапии новорожденному

197. Тактика семейного врача в отношении беременной женщины с активным туберкулёззом?

1. проводить лечение, так как вред от заболевания для матери и плода будет выше, чем потенциальная опасность от приёма противотуберкулёзных препаратов

2. не проводить лечение до родоразрешения, т.к. имеется потенциальная опасность от приёма ПТП

3. рекомендовать прерывание беременности

4. проводить лечение, но рекомендовать родоразрешение методом Кесарево сечения

5. назначить превентивное лечение(химиопрофилактика)

198. Пациент Л. 7 лет назад ( в 2010 г) перенёс туберкулёз. В 2012 г снят с ДУ, далее наблюдался в ЦСМ как рентген-позитивное лицо. При очередном обследовании в феврале 2017 г. констатирована отрицательная рентгенологическая динамика в зоне остаточных посттуберкулёзных изменений. Какова тактика семейного врача в данном случае?

1. направить к фтизиатру НЦФ

2. назначить анализ 2-х порций мокроты на бактериоскопию и в случае положительного результата мазка, направить в противотуберкулёзное учреждение

3. назначить КТ органов грудной клетки

4. определить случай как «рецидив», назначить анализ 2х порций мокроты методом прямой бактериоскопии и GenXpertMTB/Rif для уточнения чувствительности к ПТП, что в последующем поможет определить тактику лечения.

5. назначить противорецидивное лечение

199. С какого препарата следует начать лечение пациента42 лет с артериальной гипертонией I степени и ожирением III степени

1. с индапамида

2. с празозина

3. с атенолола

4. с верапамила

5. с доксазозина

200. С каких целесообразно начать обследование пациента 40 лет с артериальной гипертензией I степени

1.урография

2. анализ мочи по Зимницкому

3. сцинтиграфия почек

4. УЗИ почек и сердца

5. ангиография почек

201. С чего целесообразно начать терапию пациенту 55 лет, страдающему КБС( стенокардия напряжения I ФК) и артериальной гипертензией II степени

1. с тиазидных мочегонных

2. ингибиторов АПФ

3. с комбинированных препаратов типа капозида

4. с В- блокаторов

5. с клофелина

202. Рациональной терапией высокой вазоренальной гипертензии является

1. бессолевая диета

2. ингибиторы АПФ

3. В-блокаторы

4. хирургическое лечение

5. тахикардия

203. Самое частое осложнение в первые часы острого ИМ:

1. отёк лёгких

2. нарушение ритма

3. острая сердечно-сосудистая недостаточность

4. кардиогенный шок

5. разрыв сердца

204. Какой из симптомов наиболее достоверен для стенокардии

1. загрудинная боль

2. нарушение ритма

3. депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступа болей

4. патологический з. Q

5. подъём ST на высоте боли

205. В-блокаторы применяются при КБС, так как они

1. снижают потребность миокарда в кислороде

2.расширяют коронарные сосуды

3. вызывают спазм периферических сосудов

4. увеличивают потребность миокарда в кислороде

5.увеличивают сократительную работу миокарда

206. Больная, 58 лет. После интенсивной работы на садовом участке почувствовала сильные давящие боли за грудиной, ломящие боли в левой руке, нехватку воздуха, слабость, потливость. Дважды приняла нитроглицерин-состояние не улучшилось. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца аритмичны, 5-6 экстрасистол в минуту. АД 160/95 мм.рт.ст., ЧСС 90 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот без особенностей. Пальпация шейно-грудного отдела позвоночника болезненна. Вероятный диагноз

1. острый миокардит

2. климактерическая кардиопатия

3. острый ИМ

4. гипертоническая болезнь

5. гипертонический криз

207. Какому диагнозу соответствуют следующие симптомы: кратковременная потеря сознания на фоне тахибрадикардии, отсутствие дыхания, пульса, давления, бледность кожи, судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, быстрое самостоятельное восстановление исходного самочувствия

1. фибрилляция желудочков

2. гипергликемическое состояние

3. приступ Морганьи-Эдамса-Стокса

4. эпилептический приступ

5. ортостатический коллапс

208. Больная, 59 лет, наблюдается по поводу гипертонической болезни. Ухудшение состояния в течение недели после прекращения приёма гипотензивных препаратов: распирающая боль, головокружение, тошнота. Два часа назад появилась рвота, судороги нижних конечностей, кратковременная потеря сознания. При осмотре-состояние тяжёлое, заторможена, лицо бледное, пастозное, тоны глухие , ритмичные, ЧСС-66 ударов в минуту. АД 240/130 мм.рт.ст. ЧД – 22 в минуту. Гипертонус мышц шеи, голеней, симптом Кернига – 120о. Очаговой симптоматики нет. Ваш диагноз

1.мигрень

2. инсульт

3. гипертонический криз

4. гипертоническая энцефалопатия на фоне криза

5. арахноидит

209. Предположите причину симптоматической артериальной гипертензии у больного молодого возраста: имеется грубый систолический шум на аорте, значительное преобладание мышечной массы плечевого пояса над мышечной массой тела и бёдер, АД на руках 220/110 мм.рт.ст., на ногах 170/90 мм.рт.ст.

1. феохромоцитома

2. коарктация аорты

3. пролапс митрального клапана

4. первичный гиперальдостеронизм

5. стеноз почечной артерии

210. Препарат выбора у пациента 42 лет с мягкой артериальной гипертензией и ожирением 3 степени

1. гипотиазид

2. эналаприл

3. бисопролол

4. клофелин

5 амлодипин

211. Предположите причину симптоматической АГ у больного с ожирением, с преимущественным отложением жира в области лица, груди, живота с тонкой, сухой, багрово-мраморного рисунка кожей, с полосами растяжения красно-фиолетового цвета на внутренней поверхности бёдер и в других местах

1. феохромоцитома

2.первичный гиперальдостеронизм

3.синдром Иценго-Кушенго

4. коарктация аорты

5. стеноз почечной артерии

212. В питании больного с гипертонической болезнью следует ограничить употребление

1. калия

2. поваренной соли

3. углеводов

4. жиров

5.белков

213. Какому заболеванию соответствуют следующие симптомы: боль в затылочной области, «мушки», тошнота, головокружение, шаткость походки, обмороки при повороте головы, боли в шейном отделе позвоночника

1. синдром вертебро-базиллярной недостаточности

2. мигрень

3. дисциркуляторная энцефалопатия

4. нейроинфекция

5. арахноидит

214. Какой диуретик применяется при плановом лечении гипертонической болезни

1. фуросемид

2. гипотиазид

3. верошпирон

4. урегит

5. диакарб

1. Гнойная рана дренирована тампоном с гипертоническим раствором поваренной соли. Какой вид антисептики использован?
2. химическая;
3. биологическая;
4. механическая;
5. физическая.
6. смешанная
7. Какой из перечисленных методов относится к физической антисептике?
	* + 1. первичная хирургическая обработка раны;
			2. удаление некротических тканей из раны;
			3. дренирование раны тампоном;
			4. промывание раны антисептиком.
			5. Промывание раны антисептиком и удаление некротических тканей
8. Через резиновый трубчатый дренаж грудной по­лости самопроизвольно эвакуируется экссудат. Какой вид антисептики используется?

механическая

физическая

микробиологическая

химическая

смешанная

1. Что относится к механической антисептике?
	* + 1. орошение раны раствором водорода пероксида;
			2. дренирование раны марлевым тампоном;
			3. удаление из раны нежизнеспособных тканей;
			4. иммобилизация конечности гипсовой повязкой
			5. первичная хирургическая обработка раны
2. Какое действие перекиси водорода выражено наиболее слабо?

антимикробное

пенообразующее

дезодорирующее

механическое очищение раны

дезинфицирующее

1. Края, стенки и дно раны иссечены с наложением первичного шва. Какой вид антисептики использован?
2. химическая
3. физическая
4. биологическая
5. механическая
6. смешанная
7. Для снятия присохшей к ране повязки применяют:
8. эфир
9. водорода пероксид
10. спирт
11. скипидар
12. 0.9% натрия хлорид
13. Пневмония – это:
14. неспецифическое воспаление легочной ткани, с формированием ограниченной одной или нескольких гнойно-некротических полостей
15. острый инфекционный воспалительный процесс нижних отделов дыхательных путей, проявляющийся инфильтрацией клетками воспаления и экссудацией паренхимы легкого
16. хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, вызывающее повышение их гиперреактивности, с бронхиальной обструкцией обратимого характера
17. заболевание, характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией воздухоносных путей вследствие хронического обструктивного бронхита и эмфиземы
18. обратимая обструкция воздухоносных путей вследствие эмфиземы
19. Абсцесс легкого – это:
20. неспецифическое воспаление легочной ткани с формированием ограниченной одной или нескольких гнойно-некротических полостей
21. хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, вызывающее повышение их гиперреактивности, с бронхиальной обструкцией обратимого характера
22. заболевание, характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией воздухоносных путей вследствие хронического обструктивного бронхита и эмфиземы
23. необратимое патологическое расширение воздушных пространств дистальных терминальных бронхов, сопровождающееся деструктивными изменениями альвеолярных стенок
24. обратимая обструкция воздухоносных путей вследствие эмфиземы
25. Особенность болевого синдрома при плеврите:
26. Кратковременная
27. Длительная
28. Связанная с кашлем и дыханием
29. Купируется нитроглицерином
30. Появляется при пальпации
31. Бронхиальная астма – это:
32. неспецифическое воспаление легочной ткани, с формированием ограниченной одной или нескольких гнойно-некротических полостей
33. необратимое патологическое расширение воздушных пространств дистальных терминальных бронхов, сопровождающееся деструктивными изменениями альвеолярных стенок
34. хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, вызывающее повышение их гиперреактивности, с бронхиальной обструкцией обратимого характера
35. заболевание, характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией воздухоносных путей вследствие хронического обструктивного бронхита и эмфиземы
36. специфическое заболевание легочной ткани
37. Главным этиологическим фактором в развитии ХОБЛ является:
38. Переохлаждение
39. Курение
40. Вирусная инфекция
41. Перенесенная пневмония
42. Пол
43. При внебольничной пневмонии легкой степени, вызванной пневмококком, препаратами

 выбора являются:

1. амоксициллин по 0,5 х 3 раза в сутки
2. тетрациклин по 0,5 х раза в сутки
3. гентамицин по 40 мг з раза в сутки
4. ципрофлоксацин по 0,25 2 раза в сутки
5. азитромицин 0.5 1 раз в сутки
6. Основным возбудителем типичной внебольничной пневмонии является:
7. пневмококк
8. микоплазма
9. энтерококк
10. хламидии
11. стрептококк
12. Под внутрибольничными пневмониями понимают:
13. пневмонии, развившиеся через 3 ч после пребывания в стационаре
14. пневмонии, развившиеся через 6 ч после пребывания в стационаре
15. пневмонии, развившиеся через10 ч после пребывания в стационаре
16. пневмонии, развившиеся через 72 ч после пребывания в стационаре
17. пневмонии, развившиеся через 24 часа после пребывания в стационаре

1. Рентгенологическим критерием пневмонии является:
2. отсутствие легочного рисунка, наличие газа в плевральной полости
3. наличие округлой тени с уровнем жидкости
4. наличие негомогенной неинтенсивной тени в пределах доли без отчетливых границ
5. наличие гомогенной интенсивной тени с отчетливыми границами
6. наличие газа в плевральной полости
7. Рентгенологическим критерием экссудативного плеврита является:
8. наличие гомогенной интенсивной тени с отчетливыми границами
9. наличие округлой тени с уровнем жидкости
10. повышенная прозрачность легочных полей
11. отсутствие легочного рисунка, наличие газа в плевральной полости
12. наличие газа в плевральной полости
13. Осмотр и пальпация области сердца больного ХЛС позволяют выявить следующие отклонения:
14. сердечный "горб";
15. прекардиальную пульсацию; эпигастральную пульсацию;
16. разлитой, смещенный влево верхушечный толчок;
17. систолическое дрожание по левому краю грудины
18. увеличение границ сердца

1. К препаратам базисной терапии бронхиальной астмы относят:
2. ингаляционные кортикостероиды
3. бета2-адреностимуляторы
4. ингаляционные холинолитики
5. метилксантины
6. В-блокаторы

1. 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. Спирометрия
6. Что такое ступенчатая терапия пневмонии?
	* + 1. Увеличение дозы антибиотика в процессе терапии
			2. Уменьшение дозы антибиотика
			3. Переход с парентерального введения антибиотика на прием перорально
			4. Смена антибиотиков в процессе лечения
			5. Замена антибиотиков на гормональную терапию
7. Какой из нижеперечисленных препаратов относится к ингаляционным кортикостероидам?

Тиотропиум бромид

Теофиллин

Беклометазон

 4. Сальбутамол

 5. ипратропия бромид

1. Пикфлоуметрия проводится для измерения:
2. ЖЕЛ
3. МСВ
4. ОФВ1
5. Индекса Тиффно
6. ФЖЕЛ
7. При каком из перечисленных заболеваний может быть дефицит альфа-1

 антитрипсина?

1. бронхиальная я астма
2. эмфизема легких
3. лимфогранулематоз
4. эхинококкоз легких
5. пневмония
6. При хроническом легочном сердце отмечается
7. гипертрофия левого и правого желудочков
8. дилатация правого желудочка и гипертрофия левого предсердия
9. утолщение межжелудочковой перегородки и правого предсердия
10. гипертрофия и дилатация правых отделов сердца
11. гипертрофия левого желудочка и левого предсердия
12. Патогенетической терапией хронического легочного сердца является:
13. антикоагулянты
14. кислородотерапия
15. бронхолитики
16. глюкокортикостероиды
17. гликозиды

242. Наиболее достоверным методом диагностики бронхоэктазов является

1. фибробронхоскопия
2. спирография
3. компьютерная томография высокого разрешения
4. открытая биопсия легких
5. рентгенография
6. Под термином « атипичная пневмония» принято подразумевать
7. эозинофильную пневмонию
8. вирусную бронхопневмонии
9. пневмонию, вызванную легионеллой, хламидиями, микоплазмой
10. пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации
11. пневмония, развившаяся в стационаре

244. Что используют для купирования приступа удушья при бронхиальной астме?

1. монтелукаст
2. кетотифен
3. беклометазон
4. сальбутамол
5. НТГ спрей

245. Что относится к критериям 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 ПСВ больше 30%
5. дневные приступы удушья 1 раз в день

246. Какая группа из нижеперечисленных препаратов противопоказана больным с

 аспириновой формой бронхиальной астмы?

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

247. Укажите объективные признаки, характерные для компенсированного ХЛС:

1. акцент II тона над легочной артерией
2. эпигастральная пульсация
3. систолический шум у основания мечевидного отростка
4. .правильные ответы 1 и 2
5. акцент II тона над аортой

248. Использование спейсера позволяет

1. свести до минимума отложение аэрозоля в полости рта и на голосовых связках
2. применять ингаляционно препараты, не выпускающиеся в форме дозированных аэрозолей
3. улучшить координацию входа и ингаляции
4. исключить загрязнения атмосферы фреоном
5. нет верного ответа

249. Какой прирост МСВ при бронходилатационной пробе говорит о том, что

бронхиальная обструкция обратима?

1. < 10%
2. >12%
3. 10-15%
4. <15%
5. <25%

250. В основе патогенеза формирования эмфиземы легких лежат следующие компоненты:

1. врожденная недостаточность альфа-1-антитрипсина
2. патологическое расширение бронхов из-за деструкции мышечного и эластического компонента стенок
3. бронхиальная обструкция, приводящая к задержке воздуха в альвеолах и их перерастяжение
4. правильный ответ 1 и 3
5. нет правильного ответа

251. Какое значение насыщения крови кислородом (SaО2) можно считать нормальным?

1. 86 мм.рт.ст.
2. 70 мм.рт.ст.
3. 98 мм.рт.ст.
4. 76 мм.рт.ст.
5. 75 мм.рт.ст.
6. Что такое коникотомия?
7. рассечение колец трахеи
8. рассечение черпало-надгортанной складки
9. рассечение щито-перстневидной связки
10. рассечение связки между перстневиднымхрящом и кольцами трахеи
11. рассечение трахеи
12. Симптомы перелома костей носа?
13. постоянные слизистые выделения из носа
14. крепитация отломков костей- при пальпации, риноскопически- деформация и повреждение носовой перегородки
15. тяжесть в голове, шум в ушах
16. резкая общая слабость, тошнота, рвота
17. припухлость, кровотечение
18. На сколько часов можно оставлять задний тампон при носовых кровотечениях?
19. на 1-2 часа
20. на7-8 часов
21. на 20-25 часов
22. на 24-48 часов
23. не более 12 часов
24. Каким методом исследования пользуются, как правило, при невозможности осмотреть верхний отдел глотки у детей?
25. диафаноскопия
26. рентгенография
27. пальцевое исследование
28. непрямая ларингоскопия
29. прямая ларингоскопия
30. Ведущие симптомы инородных тел полости носа?
31. тяжесть в голове, шум в ушах
32. повышенная температура, головокружение
33. одностороннее затруднение носового дыхания, при передней риноскопии –в полости носа инородное тело
34. двухстороннее затруднение носового дыхания, гиперемия слизистой оболочки
35. кровотечение
36. При несоответствии в росте носовой перегородки и костной рамки искривление носовой перегородки будет?
37. компенсаторное
38. физиологическое
39. травматическое
40. все вышеперечисленное
41. нет правильного ответа

258. Когда беременная женщина должна осуществить первое посещение врача и встать на учет по беременности?

1. Незамедлительно после того, как женщина узнала о беременности

2. После 6 недели беременности

3. Не позднее 12 недели беременности

4. После первого шевеления плода

5. После

259. Первое шевеление плода первобеременная ощущает в

 1. Восемнадцать недель

 2. Двадцать недель

 3. Двадцать две недели

 4. Шестнадцать недель

 5. Двенадцать недель

1. В течение послеродового периода нужно уделять особое внимание:

1. профилактике мастита

2. профилактике кариеса

3. профилактике сахарного диабета

4. психическому состоянию роженицы

5. нет верного ответа

1. К достоверным признакам беременности относится:

1. Шевеление плода

2. Увеличение матки

3. Цианоз влагалища

4. Повышение ректальной температуры

5. Отсутствие менструаций

1. Что относится к частым осложнениям гестационной гипертонии?

1. Отслойка плаценты

2. Отек легких

3. Анафилактический шок

4. Инсульт

5. Почечная недостаточность

1. Прием какого препарата и в какой дозе рекомендован всем беременным женщинам в первый триместр беременности с целью профилактики дефектов нервной трубки?

1. Фолиевая кислота 400 мкг ежедневно

2. Препараты элементарного железа 60 мг ежедневно

3. Альбендазол 400 мг ежемесячно

4. Аспирин 150 мг ежедневно

5. Витамин С 200 мг однократно

1. Лечение железодефицитной анемии у беременных:
	* + 1. Комбинация элементарного железа в дозе 120 мг ежедневно и фолиевой

 кислоты 400 мкг

2. Комбинация элементарного железа в дозе 60 мг ежедневно и фолиевой кислоты 400 мкг

3. Потребление железосодержащих продуктов в большом количестве

4. Фолиевая кислота 400 мкг ежедневно

5. Только препараты железа

1. Сколько посещений рекомендовано для беременной с физиологической беременностью?

1. 4 посещения – (I – до 12 недель, II – 18-20 недель, III – 30-32 недель, IV – 38 недель)

2. 6 посещений – (I – до 12 недель, II – 18-20 недель, III – 24-25 недель, IV - 30-32 недель, V

 – 36 недель, VI – 38 недель)

3. 9 посещений (одно посещение каждый месяц)

4. 12 посещений (два посещения ежемесячно, начиная с 16 недель).

5. каждые 2 месяца

1. Влияние сифилиса на плод:

1. Мертворождение

2. Пороки развития сердечно-сосудистой системы

3. Атопический дерматит

4. Желтуха новорожденных

5. аномалия развития нервной системы

1. Тактика ведения сифилиса у беременных:

1.Специфическое лечение сифилиса по общепринятым схемам (противопоказан прием доксициклина) во время беременности, лечение полового партнера

2. Прерывание беременности

3. Лечение партнера, отсрочка лечения сифилиса до родов

4. Лечение сифилиса доксициклином

5. специфическое лечение сифилиса после родов

1. Какое лабораторное обследование выполняется при каждом посещении женщины?

1. Анализ мочи на белок

2. Анализ крови на липидный спектр

3. Анализ крови на глюкозу

4. Анализ крови на гемоглобин

5. Анализ крови креатинин

269. Наличие двух и более заболеваний у пациента — это

 1. полипрагмазия

 2. полиморбидность

 3. полиэтиологичность

 4. атипичность

5. нет правильного ответа

270. Одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов — это

 1. полипрагмазия

 2. полиморбидность

 3. полиэтиологичность

 4. полиморфность

5. нет правильного ответа

271. При бессоннице лицам пожилого и старческого возраста рекомендуют:

 1. настой пустырника

 2. бромиды

 3. барбамил

 4. фенобарбитал

 5. экстракт валерианы

 272. Рентгенографию следует обязательно провести при появлении на фоне хронического бронхита

 1. общей слабости

 2. недомогания

 3. влажного кашля

 4. кровохарканья

 5. одышки

 273. Наиболее частое осложнение острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста

 1. хронический бронхит

 2. очаговая пневмония

 3. туберкулез

 4. рак легкого

 5. хобл

274. При возникновении пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста редко наблюдается:

 1. слабость

 2. недомогание

 3. кашель

 4. высокая лихорадка

 5. кровохарканье

275. К развитию пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста предрасполагает:

 1. переутомление

 2. перегревание

 3. постельный режим

 4. стрессы

5. орви

276. Причина снижения интенсивности боли при инфаркте миокарда у лиц пожилого и старческого возраста

 1. усиление воспалительной реакции

 2. ослабление воспалительной реакции

 3. повышение порога болевой чувствительности

 4. снижение порога болевой чувствительности

 5. нет правильного ответа

277. Форма инфаркта миокарда, реже встречающаяся в пожилом и старческом возрасте:

 1. ангинозная

 2. астматическая

 3. аритмическая

 4. безболевая

5. абдоминальная

278. Ведущая причина артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста:

 1. атеросклероз

 2. болезнь Иценко-Кушинга

 3. хронический пиелонефрит

 4. феохромоцитома

5. Узловой зоб

279. Язвенный дефект у лиц пожилого и старческого возраста чаще локализуется в:

 1. желудке

 2. 12-ти перстной кишке

 3. слепой кишке

 4. ободочной кишке

5. подвздошная кишка

 280. В возникновении язвенной болезни в пожилом возрасте наибольшее значение имеет:

 1. генетическая предрасположенность:

 2. нарушение микроциркуляции в стенке желудка

 3. повышение кислотности желудочного сока

 4. психоэмоциональные перегрузки

5. курение

 281. Задержка мочеиспускания у лиц пожилого и старческого возраста часто связана с:

 1. острым гломерулонефритом

 2. острым пиелонефритом

 3. острым циститом

 4. аденомой предстательной железы

 5. мочекаменная болезнь

282. Причина снижения эффективности пероральных препаратов железа у лиц пожилого и старческого возраста:

 1. увеличение всасывания

 2. уменьшение всасывания

 3. ускоренная эвакуация

 4. повышение кислотности желудочного сока

 5. замедленная эвакуация

283. Заболевание крови встречающееся преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста

 1. гемофилия

 2. болезнь Шенлейна-Геноха

 3. железодефицитная анемия

 4. хронический лимфолейкоз

5. В12-дефицитная анемия

284. Сахарный диабет у лиц пожилого и старческого возраста обусловлен:

 1. бактериальной инфекцией

 2. психоэмоциональными перегрузками

 3. абсолютным дефицитом инсулина

 4. снижением чувствительности тканей к инсулину

 5. заболеваниями сердечно-сосудистой патологии

285. Течение сахарного диабета у лиц пожилого и старческого возраста отягощают:

 1. атеросклероз, ожирение

 2. пиелонефрит, цистит

 3. бронхит, пневмония

 4. гастрит, холецистит

 5. курение

286. Заболевание, характеризующееся повышенной ломкостью костей из-за снижения содержания в них кальция у лиц пожилого и старческого возраста:

 1. артроз

 2. ревматоидный артрит

 3. остеохондроз

 4. остеопороз

 5. болезнь Бехтерева

287. У лиц пожилого и старческого возраста чаще встречается

 1. ревматический полиартрит

 2. ревматоидный артрит

 3. инфекционный артрит

 4. остеохондроз позвоночника

 5.

289. Какой документ необходим для решения вопроса о связи заболевания

с профессией:

1. выписка из амбулаторной карты

2. сан - гигиеническая характеристика условий труда

3. справка о семейном положении

4. копия трудовой книжки

5. больничный лист

290. Кто расследует случаи острых профессиональных интоксикаций?

1. врач - профпатолог

2. инспектор по технике безопасности

3. врач СЭС

4. начальник цеха

5. участковый врач

291. Основной путь заражения человека туберкулезом:

1. внутриутробный
2. алиментарный
3. аэрогенный
4. чрезкожный (контактный)
5. гематогенный

292. Способ окраски мазка для выявления МБТ:

1. по Грамму
2. по Циль-Нильсену
3. гематоксилин-эозином
4. по Гимза-Романовскому
5. окраска по Нейссеру

293. Метод общедоступной диагностики МБТ, выполнимый в любом лечебно-

 профилактическом учреждении:

1. метод флотации
2. прямая бактериоскопия
3. бактериологическое исследование
4. люминесцентная бактериоскопия
5. нет правильного ответа

294. Быстрые методы диагностики чувствительности МБТ к ПТП:

1. Посев на среду Левенштейна-Йенсена
2. Посев на плотные питательные среды
3. Методом XpertMTB/RIF
4. Все перечисленное неверно
5. Бактериоскопия методом флотации

295.Наиболее часто встречаемый рентгенологический синдром на

 рентгенограммах:

1. синдром диссеминации
2. синдром патологии легочного рисунка
3. синдром кольцевидной тени
4. синдром затемнения
5. синдром уплотнения

296. Какой основной рентгенологический синдром выявляется при ТБ внутригрудных лимфатических узлов:

 1. синдром очаговой тени

 2. синдром округлой тени

 3. синдром диссеминации

 4. синдром патологии корней легких

 5. синдром затемнения

297. Кем был открыт туберкулин:

1. Кохом
2. Кальметтом
3. Гереном
4. Менделем
5. Пироговым

298. Показание к постановке внутрикожной пробы Манту:

1. дети из очагов туберкулезной инфекции (контактные)
2. ВИЧ-инфицированные
3. дети с жалобами, подозрительными на туберкулез
4. все перечисленное верно
5. всё перечисленное не верно

299. Противотуберкулезные препараты основного ряда :

1. стрептомицин, рифампицин, канамицин
2. изониазид, циклосерин, ПАСК
3. рифампицин, этамбутол, пиразинамид
4. изониазид, рифампицин, офлоксацин

300. Перинатальный период включает срок:

1. с предполагаемой даты зачатия до 28-го дня жизни;

2. с 22-й недели беременности до 14-го дня жизни;

3. с 22-й недели беременности до 7-го дня жизни;

4. с момента начала родовых схваток до 7-го дня жизни

5. с 22-й недели беременности до 20-го дня жизни

1. При известном ВИЧ-положительном статусе матери рекомендуется:

1. грудное вскармливание;

2. вскармливание сцеженным грудным молоком матери;

3. смешанное вскармливание;

4. искусственное вскармливание.

5. нет верного ответа

1. Выхаживание и лечение недоношенного ребенка начинается:

1. в родильном зале;

2. в палате совместного пребывания матери и младенца;

3. в палате интенсивной терапии родильного дома;

4. в отделении патологии новорожденных;

5. всё перечисленное верно

1. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) диагностируется:

1. у недоношенного новорожденного;

2. у переношенного новорожденного;

3. при недостаточной (по отношению к гестационному возрасту) массе при рождении;

4. при отставании индекса морфологической зрелости на 5 дней;

5. во время беременности

1. Симптом Арлекина у недоношенных – это:

1. признаки гипервозбудимости;

2. отсутствие хватательного рефлекса;

3. определение рефлекса Моро после постукивания пальцем по грудине новорожденного;

4. различная окраска кожи верхней и нижней половин тела в положении на боку;

5. нет верного ответа

1. Здоровые новорожденные имеют оценку по шкале Апгар:

1. 0-3 балла;

2. 4-6 баллов;

3. 7-10 баллов;

4. 11-12 баллов

5. 12-14 баллов

1. К желтухам с непрямой билирубинемией относится:

1. вирусный гепатит;

2. синдром сгущения желчи;

3. атрезия желчевыводящих путей;

4. гемолитическая болезнь новорожденных;

5. всё перечисленное верно

1. Геморрагическая болезнь новорожденных представляет собой:

1. гемолитическую анемию вследствие иммунного Rh-конфликта;

2. гемолитическую анемию вследствие иммунного конфликта по АВ0-системе;

3. витамин-К-дефицитный геморрагический синдром;

4. анемию вследствие тромбоцитопении

5. всё перечисленное верно

1. Диффузное уплотнение кожи и подкожно-жировой клетчатки новорожденных носит название:

1. токсическая эритема;

2. эритродермия Лейнера;

3. потница;

4. склерема

5. диатез

1. В лечении постгеморрагической анемии новорожденных может быть использована эритроцитарная масса сроком консервации:

1. 1-3 дня;

2. 4-6 дней;

3. 7-9 дней;

4. 10-12 дней;

5. 14 дней

1. При стенозе устья легочной артерии имеет место гипертрофия:

1. левого предсердия

2. правого желудочка

3. обоих предсердий

4. левого желудочка

5. обоих желудочков

1. К ранним врожденным кардитам относится:

1. дефект межжелудочковой перегородки

2. аритмогенная дисплазия правого желудочка

3. эластофиброз миокарда

4. Синдром Марфана

5. дефект межпредсердной перегородки

1. Гипоксемический приступ одышки и цианоза при тетраде Фалло требует экстренного введения:

1. строфантина

2. диазепама

3. пропранолола

4. инсулина

5. фуросемида

1. Хроническая сердечная недостаточность характеризуется:

1. появлением геморрагической сыпи на лице, туловище, потерей массы тела, снижением аппетита

2. одышкой, акроцианозом, увеличением границ сердца, гепатоспленомегалией, отеками

3. деформацией пальцев в виде "барабанных палочек", ногтей в виде "часовых стекол"

4. обморочными состояниями, головными болями, отеками на конечностях

5. гепатоспленомегалией

1. К одним из "больших" критериев ревматической лихорадки относится:

1. пневмония

2. малая хорея

3. судороги

4. аллергические высыпания на коже

1. Наиболее часто при острой ревматической лихорадке у детей поражается:

1. трикуспидальный клапан

2. клапан легочной артерии

3. митральный клапан

4. коронарные сосуды

1. Препаратом выбора в лечении малой хореи при острой ревматической лихорадки у детей является:

1. клемастин

2. хлоропирамин

3. фенобарбитал

4. дифенгидрамин

5. диазепам

1. Препаратом выбора для вторичной профилактики ревматической лихорадки является:

1. диклофенак натрия

2. аспирин

3. экстенбензатин

4. гентамицин

5. ампициллин

1. Клинически для ювенильного ревматоидного артрита характерно:

1. перемежающая хромота

2. летучесть болей

3. деформация кисти в виде «птичьей лапы»

4. стойкий суставной синдром с развитием деформации пораженных суставов

5. повышение температуры местно

1. К группе базисных препаратов при ювенильном ревматоидном артрите относится:

1. метотрексат

2. бициллин – 5

3. экстенбензатин

4. аспирин

5. диклофенак

1. Базисную терапию ювенильного ревматоидного артрита необходимо начинать:

1. при наличии висцериитов

2. при появлении деструкции суставов

3. сразу после установления диагноза

4. при неэффективности нестероидных противовоспалительных средств

5. всё перечисленное верно

1. Характерные изменения кожи при системной красной волчанке:

1. «древовидное ливедо»

2. лиловая эритема параорбитальной области

3. симптом «бабочки» на лице

4. бледность с серо-землистым оттенком («кофе с молоком»)

5. кольцевидная эритема

1. Патогномоничные изменения со стороны кожи при дерматомиозите:

1. повышенный сосудистый рисунок

2. «древовидное ливедо»

3. лиловая эритема в параорбитальной области

4. симптом «бабочки» на лице

5. кольцевидная эритема

1. Системная склеродермия характеризуется:

1. поражением проксимальной группы мышц конечностей

2. склерозом, атрофией кожи, синдромом Рейно, поражением почек

3. поражением гепатолиенальной системы

4. поражением нервной системы

5. поражение дистальной группы мышц

1. Для аускультативной симптоматики при бронхите у детей характерно:

1. отсутствие хрипов

2. рассеянные сухие и влажные хрипы

3. ослабленное дыхание

4. крепитация

5. всё перечисленное верно

1. Для рентгенологической картины острого простого бронхита характерно:

1. очаговая инфильтрация легочной ткани

2. очагово-сливная инфильтрация легочной ткани

3. усиление легочного рисунка

4. высокая прозрачность легочной ткани

5. ослабление легочного рисунка

1. В клинической симптоматике острой пневмонии ведущее значение имеют:

1. рассеянные влажные хрипы

2. локальное укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания

3. ослабленное дыхание над всей поверхностью легких

4. рассеянные сухие хрипы

5. крепитация

1. При острой внебольничной пневмонии у детей старше 6 месяцев стартовым антибиотиком должен быть:

1. амоксициллин

2. гентамицин

3. эритромицин

4. рифампицин

5. азитромицин

1. Острый бронхиолит чаще всего вызывают:

1. хламидии

2. стафилококки

3. стрептококки

4. риносинтициальные вирусы

5. пневмококки

1. Рентгенологическими признаками бронхиальной астмы являются:

1. очаговая инфильтрация

2. увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов

3. сегментарная инфильтрация

4. повышение прозрачности легочной ткани

5. уплотнение легочного рисунка

1. Постоянное выделение мокроты по утрам у детей школьного возраста наблюдается при:

1. хроническом неспецифическом заболевании легких с бронхоэктазами

2. фарингите

3. бронхите

4. трахеите

5. пневмонии

1. У ребенка с температурой 39,5ºС, сухим кашлем, конъюнктивитом, скудными катаральными явлениями в носоглотке, асимметрий влажных хрипов в легких, нормальной гемограммой, низкими показателями С-реактивного белка и прокальцитонина имеет место:

1. крупозная пневмония

2. вентилятор-ассоциированная пневмония

3. атипичная пневмония

4. острый бронхиолит

5. ОРВИ

1. Ребенку с температурой 39,5ºС, сухим кашлем, конъюнктивитом, скудными катаральными явлениями в носоглотке, асимметрий влажных хрипов в легких, нормальной гемограммой, низкими показателями С-реактивного белка и прокальцитонина следует назначить антибиотик из группы:

1. пенициллинов

2. цефалоспоринов

3. макролидов

4. аминогликозидов

5. тетрациклины

1. У девочки 10 лет с жалобами на постоянный кашель с большим количеством гнойной мокроты, с отставанием левой половины грудной клетки в акте дыхания, изменением пальцев рук по типу «барабанных палочек» следует заподозрить:

1. острую «домашнюю» пневмонию

2. рецидивирующий обструктивный бронхит

3. бронхоэктатическую болезнь

4. бронхиальную астму

5. ОРВИ

1. У девочки 10 лет с жалобами на постоянный кашель с большим количеством гнойной мокроты, с отставанием левой половины грудной клетки в акте дыхания, изменением пальцев рук по типу «барабанных палочек» уточнить диагноз позволит:

1. общий анализ крови

2. рентгенография грудной клетки

3. бронхография

4. пикфлоуметрия

5. томография

1. У мальчика 2-х лет с рецидивирующей пневмонией с рождения, постоянным влажным кашлем, деформацией пальцев по типу «барабанных палочек» следует заподозрить:

1. острую «домашнюю» пневмонию

2. муковисцидоз

3. врожденный порок развития бронхолегочной системы

4. бронхиальную астму

5. хронический бронхит

1. Наличие жалоб на одышку, мучительный кашель с отделением густой вязкой мокроты, стул 6-8 раз в сутки, обильный, жирный, зловонный у девочки 8 месяцев, европейской национальности, позволяет заподозрить:

1. целиакию

2. муковисцидоз

3. врожденный порок развития бронхолегочной системы

4. хроническую обструктивную болезнь легких

5. бронхоэктатическая болезнь

1. У девочки 8 месяцев, европейской национальности с жалобами на одышку, мучительный кашель с отделением густой вязкой мокроты, стул 6-8 раз в сутки, обильный, жирный, зловонный, уточнить диагноз позволит:

1. рентгенография органов грудной клетки

2. исследование пота на электролиты

3. компьютерная томография легких

4. бронхоскопия

5. анализ мокроты

1. Своевременность прикорма означает:

1. прикорм вводится в 4 месяца в дополнение к грудному вскармливанию

2. прикорм вводится в 6 месяцев в дополнение к грудному вскармливанию

3. прикорм вводится в 8 месяцев в дополнение к грудному вскармливанию

4. прикорм вводится в 10 месяцев в дополнение к грудному вскармливанию

5. прикорм вводится в 5 месяцев в дополнение к грудному вскармливанию

1. Ежедневной дозой витамина D для профилактики рахита считается (МЕ):

1. 100

2. 200

3. 500

4. 2000

5. 10000

1. Основным принципом диетотерапии при аллергическом диатезе является:

1. исключение облигатных пищевых аллергенов

2. диета, богатая углеводами

3. диета, богатая белком

4. обогащение диеты цитрусовыми

5. исключение белков

1. Учетной формой документации, отражающей прививочный статус ребенка, является:

1. форма 063/у

2. санаторно-курортная карта

3. медицинское заключение на ребенка-инвалида

4. учетная карта диспансерного наблюдения

5. КИФ

1. Первичный патронаж новорожденного проводится в сроки:

1. на 1 неделе жизни

2. в первые 3 дня после выписки из родильного дома

3. на 20 день жизни

4. ежедневно

5. каждый день в течение 1 недели

1. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 1 до 2 лет осуществляется:

1. на приеме 1 раз в квартал

2. на дому ежемесячно

3. на приеме 1 раз в полгода

4. на приеме 1 раз в год

5. на приёме 1 раз в 2 месяца

1. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 2 до 3 лет осуществляется:

1. на приеме 1 раз в квартал

2. на дому ежемесячно

3. на приеме 1 раз в полгода

4. на приеме 1 раз в год

5. на приёме 1 раз в 9 месяцев

1. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 3 до 7 лет осуществляется:

1. на приеме 1 раз в квартал

2. на дому ежемесячно

3. на приеме 1 раз в полгода

4. на приеме 1 раз в год

5. на приёме 1 раз в 9 месяцев

1. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 7 до 17 лет осуществляется:

1. на приеме 1 раз в квартал

2. на дому ежемесячно

3. на приеме 1 раз в полгода

4. по обращаемости

5. 1 раз в 2 года

1. При первом патронаже новорожденного врач ГСВ дает следующую рекомендацию по вскармливанию:

1. кормить ребенка, когда он проявляет признаки голода

2. кормить ребенка, когда он начинает плакать

3. при беспокойстве давать ребенку пустышки

4. давать ребенку соки, искусственные смеси, каши

5. кормить ребёнка каждые 3 часа

1. Объем первого прикорма на одно кормление в течение 5-7 дней должен быть доведен до:

1. 2 столовых ложек

2. 5 столовых ложек

3. 10 столовых ложек

4. 15 столовых ложек

5. 12 столовых ложек

1. Неразбавленное коровье молоко и молочные продукты (кефир, айран, биолакт) могут быть введены в питание ребенка с возраста:

1. 6 месяцев

2. 7,5 месяцев

3. 9 месяцев

4. после 12 месяцев

5. 2 лет

1. Показатели нервно-психического развития детей раннего возраста

оцениваются по следующим критериям:

1. масса и длина тела;

2. наличие патологических рефлексов;

3. окружность головы и груди;

4. двигательные навыки, эмоции, речь

5. всё перечисленное верно

1. Масса тела здорового ребенка увеличивается в 2 раза к (мес):

1. 1-2 месяцам;

2. 2-3 месяцам;

3. 3-3,5 месяцам;

4. 4-4,5 месяцам.

5. 6 месяцам

1. Масса тела здорового ребенка утраивается к (возраст):

1. 4 мес.

2. 6 мес.

3. 10мес.

4. 1 год.

5. 2 года

1. Низкорослость характеризуется:

1. одновременным отставанием массы и роста;

2. отставанием в психомоторном развитии;

3. отставанием в росте;

4. отстваванием в массе.

5. всё перечисленное верно

1. Первая вакцинация АКДС+ХИБ здоровому ребенку проводится в

 возрасте:

1. 1,5 мес.

2. 2 мес.

3. 3 мес.

4. 5 мес.

5. 6 мес.

1. Мальчик 5 дней. С момента прикладывания к груди появились: жидкий, водянистый, кислый, пенистый стул; метеоризм, колики в животе. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен:

1. глютеновая энтеропатия

2. лактазная недостаточность

3. экссудативная энтеропатия

4. муковисцидоз

5. кишечная инфекция

1. Девочке 2 –х лет установили диагноз целиакии. Какую диету должен соблюдать этот ребенок:

1. молочно-кислую

2. бессолевую

3.безмолочную

4. аглютеновую

 5. всё перечисленное верно

1. Мальчик 13 лет. Предварительный диагноз: неспецифический язвенный колит. Наиболее информативный метод для подтверждения диагноза:

1. УЗИ органов брюшной полости

2. колонофиброскопия

3. фиброгастроскопия

4. рентгенография брюшной полости

5. ЭГДС

1. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является

1. кровотечение

2. перфорация

3.пенетрация

4. малигнизация

5. прободение

1. Наиболее частой патологией желчных путей в детском возрасте является:

1. дискинезия

2. холецистит

3. холангит

4. желчнокаменная болезнь

5. холецистит, холангит

1. Причиной срыгивания у грудных детей является

1. незрелость эзофагокардиального отдела пищевода

2. низкий тонус в пилорическом отделе

3. низкое внутрибрюшное давление

4. постоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера

5. всё перечисленное верно

1. Для диагностики хронического энтероколита используется:

1. ирригография

2. эзофагогастродуоденоскопия

3. УЗИ органов брюшной полости

4. холецистография

5. рентгенография с контрастированием

1. При сохранении болевого синдрома при остром панкреатите целесообразно назначение препаратов:

1. антигистаминных

2. анальгетиков

3. панкреатических ферментов

4. Н2-гистаминоблокаторов

5. ингибиторы протонной помпы

1. Синдромы, характерные для неосложненного острого гломерулонефрита:

1. интоксикационный, лихорадочный

2. дизурический, болевой

3. нефротический, нефритический

4. ОПН, анемия на фоне массивного почечного кровотечения

5. смешанный

1. Ребенок 8 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, выраженные отеки, уменьшение количества мочи, которые развились после сильного переохлаждения. В анализе мочи - белок 3,5г/сут, в анализе крови об.белок-49г/л, холестерин 8,5ммоль/л, СОЭ-64мм/ч. Ваш предположительный диагноз:

1. ОГН с нефротическим синдромом

2. ОГН с нефритическим синдромом

3. ОГН с изолированным мочевым синдромом

4. интерстициальный нефрит

5. Острый пиелонефрит

1. Ребенок 5лет. При обследовании для поступления в детский сад выявлено в анализе мочи белок-0, 095 г/сут, эритроциты-до 25,лейкоциты 2-4 п/зр, СОЭ-10 мм/ч, общий белок 70г/л, холестерин 6,5ммоль/л, мочевина 8,5ммоль/л, креатинин 96 ммоль/л. Ваш предположительный диагноз:
	1. ОГН с нефротическим синдромом
	2. ОГН с нефритическим синдромом
	3. ОГН с изолированным мочевым синдромом
	4. острый пиелонефрит
	5. интерстициальный нефрит
2. Ребенок 11лет обратился с жалобами на изменение цвета мочи в виде "мясных помоев", слабость, утомляемость, головную боль. Две недели назад перенес ангину с высокой температурой. В анализе крови СОЭ-25 мм/ч, анемия. Можно думать о:
	1. ОГН с нефротическим синдромом
	2. ОГН с нефритическим синдромом
	3. интерстициальном нефрите
	4. пиелонефрите
	5. ОГН с изолированным мочевым синдромом
3. Изменения мочи могут свидетельствовать о почечной недостаточности:
	1. белка более 3 г/л
	2. белка менее 1 г/л
	3. относительная плотность мочи менее 1010
	4. большое количество уратов
	5. большое количество лейкоцитов
4. Пиелонефритом чаще болеют:
	1. мальчики до года
	2. мальчики после 5 лет
	3. девочки старше года
	4. девочки до года
	5. мальчики и девочки одинаково
5. Синдром диспептических расстройств при пиелонефрите чаще проявляется у детей в возрасте до (лет):
	1. 1 года
	2. 2 лет
	3. 5 лет
	4. 7 лет
	5. 9 лет
6. Частой причиной летальных исходов в стадии восстановления диуреза при ОПН является:

1. гипертензия

2. гиперкоагуляция и тромбоз

3. водно-электролитные расстройства

4. инфекционные осложнения

5. протеинурия

1. Антибактериальную терапию при пиелонефрите проводят в период:

1. активной фазы

2. неактивной фазы

3. полной клинико-лабораторной ремиссии

4. частичной клинико-лабораторной ремиссии

5. при наличии белка

1. Простой инсулин начинает действовать через:
2. 1 час
3. 2,5 часа
4. 30 минут
5. 3 часа
6. 5 минут
7. Для I степени ожирения характерны следующие показатели избыточной массы тела:
8. 0-9%
9. 10-20%
10. 10-29%
11. 21-39%
12. 31-49%

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Для острого течения рахита присущи симптомы
	1. остеомаляции
	2. пролиферации кости
	3. одинаково выраженные симптомы пролиферации, остеомаляции
	4. Гиперкальциемии
	5. Всё перечисленное верно
2. Метод "дробных доз" дачи вит Д представляет собой (МЕ)
	1. 500 вит Д ежедневно с октября по май на 1-м и 2-м году жизни
	2. 500 на 2-м,6-м и 10-м месяце жизни
	3. 500 только 3 зимних месяца, ежедневно
	4. 2000 с октября по май на 1-м году жизни
	5. 500 через каждый месяц
3. Курсовой метод профилактики рахита на 1-м году жизни проводится
	1. с октября по май
	2. только 3 зимних месяца
	3. с мая по октябрь
	4. на 2, 6, 10 месяце жизни
	5. На 2,4,6,8,10 и 12 месяцах
4. У ребенка рахит III ст. Суточная доза вит Д составляет (МЕ)
	1. 2000
	2. 3000
	3. 5000
	4. 7000
	5. 10 000
5. Спазмофилия характеризуется склонностью к
	1. высыпаниям
	2. судорогам
	3. экзофтальму
	4. потере сознания
	5. Задержке речи
6. Симптом Маслова при спазмофилии проявляется
	1. остановкой дыхания на высоте вдоха
	2. учащением и углублением дыхания
	3. дыханием типа Чейн-Стокса
	4. дыханием типа Кусмауля
	5. судорогами
7. Феномен Хвостека возникает при
	1. ЭКД
	2. бронхите
	3. анемии
	4. спазмофилии
	5. пневмонии
8. Начальное восстановительное кормление при нарушении питания предполагает кормление ребенка каждые:
	1. 3 часа
	2. 2,5 часа
	3. 4 часа
	4. 2 часа
	5. 1 час
9. Уровень гликемии в норме у детей с нарушением питания должен быть не менее:
	1. 5,0 ммоль/л
	2. 4,0 ммоль/л
	3. 3,0 ммоль/л
	4. 2,5 ммоль/л
	5. 2 ммоль/л
10. Какой неотложный синдром развивается при РС-инфекции:
11. геморрагический
12. синдром крупа
13. синдром бронхиальной обструкции
14. абдоминальный
15. мочевой
16. Определите характер высыпаний при скарлатине:
17. мелкоточечные
18. пятнистые
19. везикулезные
20. пятнисто-папулезные
21. папулёзные
22. Возбудителем скарлатины является:
23. стафилококк
24. стрептококк
25. пневмококк
26. вирус
27. кишечная палочка
28. Сколько дней составляет инкубационный период при скарлатине:
29. 7 дней
30. 10 дней
31. 14 дней
32. 21 день
33. 28 дней
34. Антибиотиками выбора (стартовым) при скарлатине является:
35. оксациллин
36. пенициллин
37. ампициллин
38. эритромицин
39. азитромицин
40. Сколько дней составляет максимальный инкубационный период кори:
41. 7 дней
42. 10 дней
43. 14 дней
44. 21 день
45. 30 дней
46. Сколько дней заразен больной с осложненным течением кори от начала высыпаний:
47. 5 дней
48. 10 дней
49. 14 дней
50. 7 дней
51. 21 день
52. Назовите патогномоничный симптом кори:
53. симптом Пастия
54. бледный носогубный треугльник
55. пятна Филатова-Коплика-Бельского
56. белый дермографизм
57. обильная сыпь по всему телу
58. В каком случае развивается митигированная форма кори:
59. у вакцинированных живой коревой вакциной
60. на фоне антибиотиков
61. после введения противокоревого гаммаглобулина
62. после длительной кортикостероидной терапии
63. при отсутствии лечения
64. Выберите характер высыпаний при краснухе:
65. мелкоточечная
66. пятнисто-папуллезная
67. мелкопятнистая
68. геморрагическая
69. папуллёзная
70. Какие изменения в периферической крови выявляются при краснухе:
71. лейкоцитоз, нейтрофилез
72. лимфоцитоз, плазматические клетки
73. лейкоцитоз, лимфоцитозом
74. анемия
75. анемия и лейкоцитоз
76. Для типичной ветряной оспы характерно:
77. сыпь на волосистой части головы
78. мономорфизм элементов
79. сыпь на подошве и ладонях
80. отсутствие зуда
81. сыпь на слизистых оболочках
82. Какое осложнение может развиться при ветряной оспе:
83. мононеврит
84. менингит
85. полирадикулоневрит
86. энцефалит
87. сепсис
88. У девочки 4-х лет через 7 дней от начала везикулезной сыпи появилась

 головная боль, температура 37,5 тошнота, головокружение, шаткая походка. О какой этиологии энцефалита следует думать?1. коревой
2. менингококковый
3. ветряночный
4. краснушный
5. клещевой
6. Выберете инвазивные кишечные инфекции:
7. ротовирусная
8. энтеровирусная диарея
9. шигеллез
10. эшерихиоз 1 категории
11. аденовирусная
12. Что характерно для типичной дизентерии:
13. синдром гастроэнтерита
14. синдром энтерита
15. отсутствие стула
16. синдром колита
17. Синдром гастрита
18. Что можно использовать для регидратации при ОКИ:
19. молоко
20. минеральную воду
21. регидрон
22. сок апельсина
23. Всё перечисленное верно
24. Мальчик 5 лет заболел остро – температура 39,20С, частый жидкий стул со с слизью, кровью, боли в животе. К какой группе кишечных инфекций относится данное з заболевание?
25. энтероинвазивные кишечные инфекции
26. энтеротоксигенные кишечные инфекции
27. персистирующие диареи
28. вирусная диарея
29. Смешанный тип
30. Аида 5 лет, заболела остро через 4 часа после употребления в пищу ккопчёной рыбы. Появились боли в животе, тошнота, повторная рвота, жидкий водянистый стул. Какой ведущий синдром у ребенка?
31. энтероколит
32. колит
33. гастритический
34. гастроэнтерит
35. энтерит
36. У ребенка 3-х мес. появился жидкий стул со слизью и водой, с неприятным запахом. При бак. исследовании из кала выделен протей мирабилис 1х107 мик.тел. Пролечена гентамицином, состояние улучшилось. В повторном анализе кала протей не обнаружен. Чем болеет ребенок?
37. дизентерия
38. дисбактериоз кишечника
39. протейный энтероколит
40. простая диспепсия
41. сальмонеллёз
42. Что характерно для клиники коклюша у детей:
43. высокая температура
44. навязчивый кашель
45. выраженные симптомы интоксикации
46. обильные выделения из носа
47. обильное потоотделение
48. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать коклюш в ппериоде спазматического кашля:
49. гриппом
50. парагриппом
51. обструктивным бронхитом
52. аденовирусной инфекцией
53. пневмонией
54. Основные гематологические признаки коклюша:
55. лейкопения, лимфоцитоз
56. лейкоцитоз, нейтрофилез
57. лейкоцитоз, лимфоцитоз
58. лейкопения, нейтрофиллез
59. лимфоцитоз, нейтрофилёз
60. Назовите клинический критерий тяжести коклюша:
61. интоксикация
62. число приступов кашля
63. катаральные явления
64. обилие хрипов
65. всё перечисленное верно
66. Препаратом выбора для этиотропной терапии коклюша у детей до 1 года яявляется:
67. пенициллин
68. ампициллин
69. метициллин
70. гентамицин
71. эритромицин
72. Инкубационный период паротитной инфекции равен:
73. 7 дней
74. 9 дней
75. 14 дней
76. 21 день
77. 28 дней
78. Наиболее часто при дифтерии поражается:
79. нос
80. ротоглотка
81. гортань
82. кожа
83. ротовая полость
84. Наиболее частым осложнением со стороны сердца при дифтерии является:
85. инфекционно-аллергический миокардит
86. токсический миокардит
87. эндокардит
88. инфаркт миокарда
89. перикардит
90. Наиболее частым возбудителем менингита у детей является:
91. менингококк
92. пневмококк
93. стафилококк
94. палочка Афанасьева - Пфейфера
95. стрептококк

 1. К осложнениям гипертонической болезни относятся: 1. инсульт, инфаркт миокарда 2. обморок, коллапс 3. ревматизм, порок сердца 4. ТЭЛА

 5. ХЛС1. Что относится к немодифицируемым факторам риска гипертонической болезни:
2. Гиподинамия, ожирение
3. Возраст, наследственная предрасположенность
4. Курение, избыточное потребление поваренной соли
5. Гиперлипидемия, сахарный диабет
6. алкоголь

414.. При атеросклерозе поражаются: 1. артерии 2. вены 3. капилляры 4. венулы 5. артериолы415. Артериальная гипертензия диагностируется при следующем уровне артериального давления: 1. >130/80 мм рт. ст. 2. ≥135/80 мм рт. ст. 3. ≥140/90 мм рт. ст. 4. >150/90 мм рт. ст. 5. > 120/85 мм. рт.ст.416. К органам-мишеням при гипертонической болезни относятся: 1. Печень, надпочечники, легкие,  2. Сердце, сосуды, почки 3. Клапаны сердца, аорта  4. Все перечисленное 5. глаза, почки417. Стенокардия является следствием: 1. уменьшения венозного притока к сердцу 2. атеросклероза аорты 3. относительной или абсолютной недостаточности кровоснабжения миокарда 4. гемодинамической перегрузки миокарда 5. гипертонической болезни418. Причиной развития приступа при стенокардии Принцметала является:1. стенозирующий атеросклероз коронарных артерий
2. спазм коронарных артерий
3. тромбоз коронарных артерий
4. повышение вязкости крови
5. Гипертоническая болезнь

419. Какая характеристика болевого синдрома характерна для стенокардии напряжения II Функциональный класс (Канадская классификация): 1. Приступы возникают рано утром при вставании;
2. Приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге;
3. Приступ возникает при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице после еды, в холодную погоду или эмоциональном стрессе;
4. Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м или подъеме по лестнице в обычном темпе.
5. Приступ возникает в покое

420. Укажите основной клинический признак вазоренальной гипертензии:1. Ослабление пульса на нижних конечностях
2. Систолический шум в проекции почечных артерий
3. Дефицит пульса
4. Повышенная утомляемость и прогрессирующая мышечная слабость
5. Всё перечисленное верно

421. К препаратам первого ряда при лечении первичного гиперальдостеронизма относится:1. Спироналоктон
2. Лизиноприл
3. Атенолол
4. Амлодипин
5. фуросемид

422. Укажите изменения на ЭКГ, характерные для острейшей фазы Q-волнового инфаркта  миокарда нижней стенки левого желудочка: 1. Подъем сегмента ST в отведениях II, III, AVF 2. Патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF 3. Депрессия сегмента ST в отведениях II, III, AVF и коронарный зубец T в отведениях  II, III, AVF 4. Патологический зубец Q и отрицательный зубец T в отведениях II, III, AVF 5. отрицательный зубец Т во всех отведениях423. Мужчина, 50 лет, утром почувствовал выраженную слабость, покрылся холодным потом, не мог найти себе места. Симптоматика сопровождалась чувством страха смерти. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Из анамнеза: болен сахарным диабетом 2 типа в течение 5 лет, курит 30 лет по 1 пачке в день. ЧСС = 92 в 1 мин, АД = 130/80 мм рт ст. На ЭКГ, снятой через час от начала симптомов – блокада левой ножки пучка Гиса, которой не было на более ранних ЭКГ, представленных пациентом. О каком диагнозе можно думать?* + - 1. Сахарный диабет, осложненный гипогликемией

2. КБС. Стенокардия3. КБС. Острый инфаркт миокарда4. Остеохондроз с торакалгией5. Невралгия424. Показанием для тромболитической терапии у больных с острым инфарктом миокарда является:* + - 1. Наличие депрессии сегмента ST с отрицательным з. Т и время от начала

 болевого синдрома 5 часов * + - 1. Элевация с.ST и время от начала болевого синдрома 15 ч
			2. Элевация с. ST и время от начала болевого синдрома 5 ч
			3. Наличие депрессии сегмента ST с отрицательным з.Т и время от начала

болевого синдрома 15 часов* + - 1. Элевация с.ST и время от начала болевого синдрома 24 ч

425. Какой симптом характерен для правожелудочковой сердечной недостаточности?1. Одышка в покое
2. Положение ортопноэ
3. Кашель
4. Отеки на ногах
5. Одышка и кашель

426. Какой из перечисленных методов диагностики наиболее информативен для оценки функции миокарда при сердечной недостаточности:1. Рентгенография органов грудной клетки
2. Коронаро-ангиография
3. ЭКГ
4. ЭХОКГ
5. Суточное мониторирование

427. К препаратам базисной терапии сердечной недостаточности, наряду с бета-адреноблокаторами, относится:1. Дигоксин
2. Фуросемид
3. Эналаприл
4. Нитроглицерин

428. При клиническом обследовании больного 17 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх. При аускультации - на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. При рентгенографии - увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз:А. Недостаточность трикуспидального клапанаВ. Стеноз левого а-v отверстияС. Недостаточность аортального клапанаD. Недостаточность митрального клапана429. Аускультативная картина: хлопающий I тон на верхушке, диастолический шум,  щелчок открытия митрального клапана характерна для:А. Стеноза левого а-v отверстияВ. Недостаточности митрального клапанаС. Недостаточности аортального клапанаD. Стеноза устья аорты430. Больной 70 лет пришел на прием к кардиологу, в очереди внезапно упал. Пульс и  дыхание отсутствуют, на ЭКГ - фибрилляция желудочков. Ваша тактика: А. Дефибрилляция В. в/в введение атропина С. в/в введение лидокаина D. в/в введение пропранолола 431. Больному с мерцательной аритмией был назначен варфарин. Какой целевой  уровень МНО должен быть у больного на фоне приема этого препарата: А. 3-4 В. 2-3 С. 1-2 D. 4-5 432. К большим диагностическим критериям инфекционного эндокардита относятся:1. Вегетации по данным ЭХОКГ и положительный результат гемокультуры;
2. Отсутствие вегетаций по данным ЭХОКГ и геморрагические высыпания на коже;
3. Пятна Рота и Лукина;
4. Систолический шум на верхушке и лихорадка;
5. Систолический шум по левому краю грудины и лихорадка.

 433. Инфекционный эндокардит с поражением трикуспидального клапана чаще всего  ассоциируется с:1. С бета-гемолитическим стрептококком группы А;
2. Пневмококком;
3. Гонококком;
4. Грибами рода “candida”;
5. Стафилококками.

  434. При перикардите боли в груди могут быть облегчены приемом:1. Сублингвального нитроглицерина;
2. Внутривеннойинфузией 1%- 1,0мл раствора нитроглицерина;
3. Настойки валерианы;
4. Нестероидными противовоспалительными средствами;
5. Сердечных гликозидов.

 435. При осмотре пациента с выпотным перикардитом можно выявить:1. Усиленный верхушечный толчок и петехиальные высыпания на нижних конечностях;
2. Усиленный верхушечный толчок и геморрагические высыпания на туловище;
3. «Лакированный» язык и пятна Джануэйя;
4. Койлонихии;
5. Ослабленный верхушечный толчок и набухание шейных вен.

 436. К диагностическим критериям гипертрофической кардиомиопатии относится: 1. Ослабленный верхушечный толчок;
2. Систолический шум на верхушке сердца;
3. з.S в V1,V2 + з.RV5,V6=27мм;
4. Указания на перенесенный тонзиллит в детском возрасте;
5. Указания на случаи внезапной смерти у родственников;

 437. При выборе тактики ведения пациентов с гипертрофической кардиомиопатией  первостепенным является выявление: 1. Антигена гистосовместимостиHLAB27 в анализах крови пациента;
2. Степени повышения артериального давления;
3. Степени выраженности трикуспидальной регургитации;
4. Степени обструкции выносящего тракта левого желудочка;
5. Возраст и пол пациента.

 438. Выберите наиболее подходящее положение для симптоматических артериальных  гипертензий (САГ):1. САГ занимают приблизительно 55-65% от всех видов артериальных гипертензий;
2. САГ занимают приблизительно 25-35% от всех видов артериальных гипертензий;
3. САГ занимают приблизительно 5-10% от всех видов артериальных гипертензий;
4. САГ чаще встречаются среди мужчин, чем у женщин;
5. САГ чаще встречаются среди женщин, чем у мужчин;

 439. Следующие клинические состояния могут приводить к симптоматическим  артериальным гипертензиям (САГ): 1. Хронический гломерулонефрит;
2. Острый пиелонефрит;
3. Железодефицитная анемия;
4. Кардиогенный шок вследствие острого инфаркта миокарда;
5. Хронический цистит
6. Проведение пальцевого исследования прямой кишки является обязательным при:
7. острых заболеваниях и травмах живота;
8. черепно - мозговых травмах;
9. остром тромбофлебите нижних конечностей;
10. ожогах.
11. Кровотечениях
12. К инвазивным методам исследования относятся:
13. Компьютерная томография;
14. Ультразвуковое исследование;
15. Ангиография;
16. Магнитно-резонансная томография.
17. Спирометрия
18. Для контрастирования просвета толстой кишки при ирригоскопии используют:
19. Воду;
20. Урографин;
21. Взвесь сульфата бария;
22. Верографин
23. Всё перечисленное верно
24. Допплерография относится к:
25. Ультразвуковым методам;
26. Рентгеновским методам;
27. Эндоскопическим;
28. Радиоизотопным методам
29. Электрофизиологическим методам
30. Для определения проходимости магистральных сосудов используют:
31. Ангиография
32. Лапароскопия
33. Биопсия
34. Рентгенография
35. ЭхоКГ
36. Колоноскопия- это:
37. Осмотр полости рта
38. Осмотр слизистой оболочки желудка
39. Осмотр слизистой оболочки толстого кишечника
40. Осмотр слизистой бронхов
41. Осмотр влагалища
42. Пальпацию следует начинать с области:
43. Где больше всего беспокоят боли
44. Пограничных с пораженным участком
45. Предполагаемого патологического очага после обезболивания
46. Не имеет значения, с какой области
47. Независимо от боли сверху вниз
48. Обследование хирургического больного следует начинать с:
49. Ангиографии
50. Компьютерной томографии
51. Ультразвукового исследования
52. Диагностической лапаротомии
53. Лабораторных исследований
54. Хирургическое лечение требуется при заболеваниях , вызванных:
55. Цистицерком
56. Лямблиями
57. Эхинококком
58. Острицами
59. Всё перечисленное верно
60. Возможный первичный «хозяин» эхинококка:
61. человек, обезьяна
62. свинья, овца
63. корова, олень
64. лисица, собака
65. всё перечисленное верно
66. Заражение человека эхинококком происходит при:
67. употреблении копченого мяса и рыбы
68. употреблении сырых яиц
69. вдыхании возбудителя с пылью
70. употреблении рыбы
71. всё перечисленное верно
72. Альвеококкоз печени - это заболевание характеризующееся
73. первичным опухолевидным поражением печени
74. образованием многокамерной кисты печени
75. тотальным некрозом печени
76. все перечисленное не верно
77. воспалительным поражением печени
78. Окончательным хозяином альвеококка является:
79. лисы и волки
80. крупно - рогатый скот
81. мелко - рогатый скот
82. человек
83. собаки
84. Мастит-это:
85. воспаление волосяного фолликула
86. воспаление молочной железы
87. воспаление соска
88. воспаление сальной железы
89. воспаление жировой ткани
90. Особая форма мастита «грудница» - это:
91. воспаление молочной железы
92. мастит, связанный с кормлением грудью
93. мастит, несвязанный с кормлением грудью
94. нагрубание молочных желез у новорожденного
95. воспаление сальной железы
96. Особая форма мастита «грудница» встречается у:
97. новорожденных мужского пола
98. новорожденных женского пола
99. новорожденных мужского и женского пола
100. не встречается у новорожденных
101. встречается у кормящей
102. Частыми возбудителями мастита являются:
103. стрептококки и стафилококки
104. эхинококк
105. синегнойная палочка
106. бактерия Коха
107. менингококк
108. Грудница проходит:
109. через 3-4 недели без лечения
110. через 1 неделю при использовании антибиотиков
111. через 2 недели при обязательном выдавливании жидкости из молочных желез
112. через 1 неделю без использования антибиотиков
113. через 2 недели без лечения
114. Лактоцеле - это:
115. киста молочной железы, содержимым которой является грудное молоко
116. киста молочной железы, содержимым которой является лимфатическая жидкость
117. киста молочной железы, содержимым которой является геморрагическая жидкость
118. киста молочной железы, содержимым которой является серозная жидкость
119. киста молочной железы, содержимым которой является экссудат
120. Появление лактоцеле связано с:
121. периодом полового созревания
122. периодом лактации
123. менструальным циклом
124. все перечисленное не верно
125. с беременностью
126. В диагностике лактоцеле важную роль играют:
127. УЗИ, биопсия с аспирацией
128. Эзофагогастроскопия
129. Рентген контрастное исследование
130. Все перечисленное верно
131. МРТ
132. Облитерирующий эндартериит - это:
133. хроническое заболевание сосудов печени
134. острое воспаление сосудов кожи
135. хроническое заболевание сосудов с преимущественным поражением артерий ног
136. хроническое заболевание вен головного мозга
137. осложнение варикозного расширения вен нижних конечностей
138. Факторами возникновения облитерирующего эндартериита являются:
139. курение и алкоголь
140. нарушение диеты
141. гиподинамия
142. все перечисленное не верно
143. пол, возраст
144. При тяжелых случаях облитерирующего эндартериита производят операцию:
145. пластику сосудов, ампутацию конечности
146. устанавливают кавафильтр
147. флебэктомию
148. все перечисленное верно
149. ампутация конечности
150. Болезнь Рейно - это:
151. вазоспастическое заболевание, с преимущественным поражением мелких концевых артерий и артериол
152. заболевание вен верхних конечностей
153. заболевание коронарных артерий
154. заболевание вен нижних конечностей
155. заболевание суставов
156. Болезнью Рейно чаще страдают:
157. женщины в возрасте 20-40 лет
158. женщины старше 50-60 лет
159. мужчины 20-30 лет
160. возраст не имеет значения
161. мужчины старше 40 лет
162. Дифференциальный диагноз болезни Рейно проводится с:
163. облитерирующим эндартериитом
164. варикозным расширением вен нижних конечностей
165. стенокардией напряжения
166. острым инфарктом миокарда
167. нет верного ответа
168. Проявлением какой болезни является диабетическая ангиопатия?
169. Сахарного диабета
170. Несахарного диабета
171. Болезни Крона
172. Эндемического зоба
173. Инфаркта миокарда

 1. Генерализованное поражение крупных сосудов при диабетической ангиопатии называется:
2. макроангиоиатия
3. микроангиопатия
4. ретинопатия
5. нефропатия
6. нейропатия
7. Пусковым механизмом в развитии варикозной болезни считается:
8. нарушение нормальной работы венозных клапанов с обратным током крови
9. механическое препятствие
10. локальное сужение сосуда
11. аномалия развития сосуда
12. всё перечисленное верно
13. Флебэктомия - это:
14. операция по удалению варикозно расширенных вен
15. операция по ушиванию вен
16. эндовенозная облитерация вены
17. операция по замене вен
18. операция по удалению тромба в венах
19. Тромбофлебит - это:
20. атеросклероз артерий, при котором атеросклеротическая бляшка суживает просвет сосуда
21. тромбоэмболия легочной вены
22. вазоспастическое заболевание с преимущественным поражением мелких сосудов
23. тромбоз с воспалением стенки вены и образованием тромба, закрывающего его просвет
24. заболевание артерий
25. Появление венозной трофической язвы соответствует какой степени хронической венозной недостаточности?
26. 2 степени
27. 3 степени
28. 4 степени
29. При хронической венозной недостаточности трофические язвы не появляются
30. 2-3 степени
31. К неинвазивным методам диагностики посттромбофлебитической болезни относится:
32. допплерография магистральных вен нижних конечностей
33. рентген контрастная флебография
34. ангиография
35. неинвазивных методов диагностики посттромбофлебитической болезни не существует
36. КТ
37. Группы препаратов для лечения АГ в сочетании с беременностью:
	* + 1. Диуретики, АК
			2. БРА, ингибиторы АПФ, АК
			3. БРА, ингибиторы АПФ
			4. БРА, АК
			5. АК, метилдопа, В-абреноблокаторы
38. Какая группа антигипертензивных препаратов является вариантом выбора у пожилых больных?

Ингибиторы АПФВ-адреноблокаторыТиазидные диуретикиБРААльфа блокаторы1. Немедикаментозные методы лечения АГ включают:
	* + 1. Отказ от курения и нормализация массы тела
			2. Увеличение потребления поваренной соли > 5г/сутки
			3. Употребление жиров животного происхождения без ограничений
			4. Уменьшение физической нагрузки
			5. Избегать простудных заболеваний
2. Назначение каких препаратов следует избегать при лечении артериальной гипертензии у больного сахарным диабетом:

ПропранололЭналаприлДилтиаземДоксазозинамлодипин1. Наиболее точный метод выявления гипертрофии левого желудочка:
	* + 1. Перкуссиия
			2. ЭХОКГ
			3. ЭКГ
			4. Рентгенологическое исследование
			5. Коронароангиография
2. Основной метод выявления безболевой ишемии миокарда

ЭКГЭХОКГСуточное мониторированиеНагрузочная пробаКоронароангиография1. При каком сопутствующем заболевании (состоянии) противопоказаны ИАПФ для лечения гипертонической болезни:
	* + 1. Сахарный диабет
			2. Бронхиальная астма
			3. Беременность
			4. Язвенная болезнь
			5. Хронический панкреатит
2. Какие язвы чаще всего подвергаются прободению?

Острые лекарственные язвыСтрессовые язвыХронические язвыЮношеские язвыГормональные язвы1. Воспаление околоматочной клетчатки называется:
	* + 1. Перитонит
			2. Эндометрит
			3. Вагинит
			4. Параметрит
			5. Вульвит
2. Полименорея это-

Частые менструацииСкудные менструацииОбильные менструацииБеспорядочные менструацииЗатяжные менструации1. Аборт ил выкидыш это-
	* + 1. Прерывание беременности до 10 недель
			2. Прерывание беременности до 12 недель
			3. Прерывание беременности до 22 недель
			4. Прерывание беременности до 25 недель
			5. Прерывание беременности до 28 недель
2. Проинсулин - это
3. метаболит инсулина
4. предшественник инсулина в процессе биосинтеза
5. препарат инсулина пролонгированного действия
6. пероральный сахароснижающий препарат
7. инсулин короткого действия
8. В основе патогенеза СД 1 типа лежит:
9. инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток
10. деструкция бета-клеток и инсулиновая недостаточность
11. инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов
12. повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность.
13. Всё перечисленное верно
14. Лабораторные критерии СД:
15. уровень глюкозы натощак меньше 6,0 ммоль/л
16. уровень глюкозы натощак 6,1 ммоль/л и более, через 2 ч после еды ≥11,1 ммоль/л.
17. уровень глюкозы через 2 часа после еды ,более 10,1 ммоль/л
18. уровень глюкозы натощак более 3,3 ммоль.
19. Уровень глюкозы натощак более 5.6 ммоль/ и через 2 часа после еды более 7 ммоль/л

488. Для постановки диагноза СД 2 типа достаточно знать:1. уровень липидов крови
2. уровень глюкозы в крови
3. уровень HbА1c, глюкозы натощак и через 2 часа после еды
4. уровень креатинина и мочевины в крови.
5. Уровень глюкозы натощак и холестерина

489. Причины развития СД 2 типа:* 1. наличие антигенов В8, В15 системы гистосовместимости человека
	2. развитие инсулитов в бета-клетках
	3. вирусные инфекции
	4. нарушение чувствительности рецепторов к инсулину.
	5. Коронарная болезнь сердца

490. Какой из гормонов стимулирует липогенез:* 1. СТГ
	2. Адреналин
	3. Глюкагон
	4. Инсулин.
	5. ТТГ

491. Для какой стадии диабетической ретинопатии характерны: неоваскуляризация области диска зрительного нерва и на периферии сетчатки, кровоизлияния в стекловидное тело, преретинальные кровоизлияния: 1. 1стадии (непролиферативная) ДР
2. 2 стадии (препролиферативная)ДР
3. 3 стадии (пролиферативная)ДР
4. 4 стадии (терминальная) ДР.
5. 2 и 3 стадии

492. При диабетической нефропатии показанием к проведению гемодиализа является:1. СКФ 80-120 мл/мин, креатинин 70-110 мкмоль/л
2. СКФ менее 15 мл/мин, креатинин более 600 мкмоль/л
3. СКФ 60-80 мл/мин, креатинин 50-70 мкмоль/л
4. СКФ более 80 мл/мин, креатинин 90 мкмоль/л.
5. СКФ 40-60 мл/мин.

492. Какие группы препаратов следует применять для коррекции АД в качестве терапии первого шага у больных с диабетической нефропатией на стадии микроальбуминурии:1. антагонисты рецепторов ангиотензина
2. тиазидные диуретики
3. препараты центрального действия
4. ингибиторы-АПФ
5. антагонисты кальция

 493. С помощью чего проводится оценка порога вибрационной чувствительности.1. камертон с частотой 128 гр
2. камертон с частотой 118 гр
3. чередующееся прикосновение холодного и горячего
4. прикосновения тупого конца иглы.
5. ЭЭГ

494. Для СД 2 типа характерны поздние осложнения в виде:1. микроангиопатии
2. ХОБЛ
3. макроангиопатии
4. гипогликемия кома.
5. нейропатия

495. Какой препарат обладает диабетогенным свойством:1. пенициллин
2. гепарин
3. глибенкламид
4. метотрексат.
5. диклофенак

496. Калорийность диеты больного СД рассчитывают, исходя из:1. реальной массы тела
2. идеальной массы тела и физической нагрузки
3. сопутствующей инсулинотерапии
4. возраста.
5. Показателей глюкозы крови

497. Метформин - «Золотой стандарт» в лечении сахарного диабета, обладает следующими свойствами:1. снижает гипергликемию, тормозит глюконеогенез печени
2. повышает чувствительность периферических рецепторов к инсулину
3. снижает содержание общего холестерина, ЛПНП, ТГ
4. Все вышеперечисленное.
5. Ничто из перечисленного неверно

498. Назовите основное клиническое проявление недостаточного поступления йода в организм человека: 1. эндемический зоб
2. аутоиммунный тиреоидит
3. подострый тиреоидит
4. диффузный токсический зоб
5. тиреотоксикоз

499. При общем осмотре больных с диффузным токсическим зобом можно увидеть:1. экзофтальм, пучеглазие, дрожание конечностей
2. энофтальм, медлительность, бледность кожи
3. кожа сухая, грубая
4. прогнатизм, диастема.
5. Потливость, раздражительность

500. При гипопаратиреозе назначают: 1. препараты кальция 2. глюкортикоиды 3. левотироксин 4. калия йодид 5. препараты калия 5   |