

**Экзаменационные тестовые вопросы для аттестации  
ординаторов по узким специальностям на 1 году обучения по  
разделу «Терапия в ОВП» на 2018-2019 учебный год.**

- 1). «Классическая триада» при сахарном диабете:
  1. тошнота, рвота, боли в животе
  2. полидипсия, полиурия, полифагия
  3. снижение зрения, слуха и памяти
  4. отвращение к пище, похудание, жидкий стул
  5. все перечисленное
  
- 2). Особенности течения сахарного диабета 2 типа:
  1. более тяжелое, лабильное течение
  2. снижение скорости рефлексов
  3. частое развитие кетоацидоза
  4. развитие макроангиопатий
  5. развитие синдрома Мориака
  
- 3). Лабораторные критерии сахарного диабета:
  1. уровень глюкозы натощак меньше 6,0 ммоль/л
  2. уровень глюкозы натощак 6,1 ммоль/л и более, через 2 ч после еды => 11,1 ммоль/л
  3. уровень глюкозы через 2 ч после еды более 10,1 ммоль
  4. уровень глюкозы натощак более 5,5 ммоль/л, через 2 ч после еды - более 7,8 ммоль/л
  5. уровень глюкозы натощак более 3,3 ммоль/л
  
- 4). У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, слабость. Уровень сахара в крови 16 ммоль/л, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного?
  1. сахарный диабет 1 тип
  2. сахарный диабет 2 тип
  3. сахарный диабет 2 тип, инсулинопотребный
  4. MODY диабет
  5. сахарный диабет вторичный
  
- 5) У полной женщины, 45 лет случайно при диспансерном наблюдении выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, ацетон в моче отрицательный. Тип диабета у больной:
  1. СД 1 тип
  2. СД 2 тип
  3. СД 2 тип инсулинопотребный
  4. СД вторичный
  5. LADA диабет
  
- 6) К какому типу диабета относится LADA тип диабета:
  1. СД 1 типа
  2. другой специфический тип СД
  3. MODY диабет
  4. СД 2 типа
  5. гестационный диабет

7) Для постановки диагноза СД 2 достаточно знать:

1. уровень липидов крови.
2. уровень глюкозы в крови.
3. уровень Hb1c, глюкозы натощак и через 2 часа после еды.
4. уровень креатинина и мочевины в крови.
5. уровень гемоглобина в крови.

8). Какой лечебный стол показано больному с СД?:

1. №2
2. №5
3. №9
4. №1
5. №6

9) . Тяжесть СД определяется:

1. Уровнем гликемии
2. Определением массы тела больного
3. Выраженностью симптомов дегидратации тканей
4. Наличием и выраженностью осложнений
5. наличием сопутствующих заболеваний

10) Целевой уровень холестерина при СД :

1. 5,0 ммоль/л
2. 6,0 ммоль/л
3. <4,5 ммоль/л
4. 3,3 ммоль/л
5. 5,5 ммоль/л

11) 1 шаг при исходном уровне HbA1c 6,5%-7,5% это:

1. диета + физические нагрузки + монотерапии сахароснижающими препаратами
2. комбинированная терапия сахароснижающими препаратами +диета
3. диета +физические нагрузки
4. диета +физические нагрузки + инсулинотерапия
5. диета +физические нагрузки +комбинированная терапия сахароснижающими препаратами+инсулинотерапия

12) 2 шаг лечение СД включает:

1. комбинированная терапия, основанная на сочетании препаратов, воздействующих на инсулинорезистентность
2. диета +физические нагрузки + инсулинотерапия
3. диета + физические нагрузки + мототерапии сахароснижающими препаратами
4. комбинированная терапия сахароснижающими препаратами + диета
5. диета+инсулинотерапия

13). Явный диагноз СД устанавливается при наличии глюкозы:

1. глюкоза натощак >6,1 ммоль/л, постпрандиальная- >11,1 ммоль/л
2. глюкоза натощак >5,0ммоль/л, постпрандиальная- >12,1 ммоль/л
3. глюкоза натощак >7,0 ммоль/л, постпрандиальная- >10,1 ммоль/л
4. глюкоза натощак >8,0 ммоль/л, постпрандиальная- >13,1 ммоль/л
5. глюкоза натощак>5,5 ммоль/л, постпрандиальная > 7,8 ммоль/л

14). Гликолизированный Hb-это:

1. % содержания всего гемоглобин, связанного с Fe
2. % содержания всего гемоглобин, связанного с билирубином
3. % содержания всего гемоглобин, связанного с эритроцитами
4. % содержания всего гемоглобин, связанного с глюкозой
5. % содержание всего гемоглобин, связанного с кислородом

15). Что из перечисленного способствует несвоевременной диагностике СД 2го типа:

1. ведение больных СД 2 врачами первичного звена, терапевтами, ВОП.
2. более широкое и раннее назначение гипогликемических средств с минимальным риском развития гипогликемий
3. ведение больных только квалифицированными узкими специалистами (эндокринологами)
4. обучение врачей первичного звена, терапевтов, ВОП современным аспектам терапии.
5. ранее выявление больных с факторами риска развития СД

16). Больной 56 лет, страдает СД 2 типа, диабет компенсирован диетой и приемом гликлазида. Больному предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Какова тактика гипогликемизирующей терапии:

1. сохранение прежней схемы лечения
2. отмена гликлазида
3. назначение инсулина
4. добавить преднизолон
5. заменить гликлазид на метформин

17). Критерии НТГ:

1. наличие выраженной жажды, похудения, слабости
2. гликемия натощак менее 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки  $\geq 7,8$  и  $< 11,1$  ммоль/л
3. гликемия через 2 ч. после нагрузки более 11,1 ммоль/л
4. глюкозурия 0,5%
5. кетонурия

18). Больному с кетоацидотической комой в течение 1-го часа следует ввести 0,9 % р-р хлорида натрия в количестве:

1. 250 мл
2. 500 мл
3. 1000 мл
4. 2500 мл
5. 4000 мл

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

1. снять ЭКГ
2. ввести инсулин (10-20 ЕД)
3. ввести 0,9% физиологический раствор
4. ввести 20 мл 40% раствора глюкозы
5. дать 1-2 ХЕ легкоусвояемых углеводов

20). При сочетании СД 2 и ожирения препаратом выбора является:

1. ингибиторы дипептидил пептидазы-вилдаглиптин
2. препарат первой линии метформин
3. сульфонилмочевины хлорпропамид
4. ингибиторы альфа-глюкозидазы глюкобай (миглипол).
5. тиазолидиндионы (пиоглитазон)

- 21). Целевой уровень АД для СД:
1. 130/80 мм.рт.ст
  2. <140/85 мм.рт.ст
  3. 120/70 мм.рт.ст
  4. 135/80 мм.рт.ст
  5. 120/80 мм.рт.ст.
- 22). Целевой уровень ТГ при СД:
1. менее 1,7 ммоль/л
  2. менее 1,88 ммоль/л
  3. менее 2,0 ммоль/л
  4. менее 1,0 ммоль/л
  5. менее 0,5 ммоль/л
- 23). Лечение кетоацидемической комы следует начинать с в/в введения:
1. строфантина
  2. 0,9% р-ра хлорида натрия и инсулина
  3. солей кальция
  4. нитроглицерина
  5. солей калия
- 24). Какая доза инсулина вводится больному в состоянии кетоацидоза:
1. 0,3-0,5 ед/кг/сут
  2. 0,6-0,7 ед/кг/сут
  3. 1 ед/кг/сут
  4. 0,1-0,2 ед/кг/сут
  5. 2-3 ед/кг/сут
- 25). Традиционный способ введения инсулина:
1. внутримышечный
  2. внутрикожный
  3. подкожный
  4. внутривенный
  5. пероральный
- 26). Показание для назначения бигуанидов:
1. сахарный диабет 1 типа
  2. сахарный диабет 2 типа с ожирением
  3. сахарный диабет 2 типа с дефицитом массы тела
  4. диабет беременных
  5. лабильное течение диабета
- 27). Суточная потребность в инсулине на первом году сахарного диабета:
1. 1 ед на 1 кг массы тела
  2. 0,5-0,6 ед на 1 кг массы тела
  3. 0,8-0,9 ед на 1 кг массы тела
  4. 1-1,2 ед на 1 кг массы тела
  5. 0,7-0,8 ед на 1 кг массы тела
- 28). Выберите проявления, характерные для передозировки инсулина:
1. жажда

2. похудание
3. расчесы на коже
4. тошнота, рвота
5. потливость, чувство внутренней дрожи

29). Длительная гипогликемия приводит к необратимым изменениям, прежде всего?

1. в миокарде
2. в периферической нервной системе
3. в ЦНС
4. в гепатоцитах
5. в поперечно-полосатой мускулатуре

30). К развитию кетоацидотической комы, не приводит:

1. поздняя диагностика сахарного диабета
2. передозировка инсулина
3. присоединение заболеваний (пневмония, грипп)
4. грубое нарушение диеты
5. стрессы

31). Какое заболевание органов дыхания часто сопутствует сахарному диабету?

1. туберкулез
2. рак легкого
3. ларингит
4. бронхит
5. бронхиальная астма

32). Наиболее типичным неврологическим синдромом, осложняющим течение сахарного диабета, является:

1. энцефалопатия
2. миелопатия
3. полинейропатия
4. судорожный синдром
5. бульбарный синдром

33). Показаниями для проведения теста на толерантность к глюкозе являются наличие у пациента:

1. жажды и полиурии
2. рецидивирующего фурункулеза
3. дислипидемии
4. уровня глюкозы в крови натощак более 10 ммоль/л
5. ожирения

34). Развитию диабетической микроангиопатии способствуют:

1. Увеличение уровня Hb A1c
2. Нормальный уровень Hb A1c
3. Низкий уровень HbA1c
4. Гиперхолестеринемия
5. Гипопротеинемия

35). Оценка порога вибрационной чувствительности проводится с помощью:

1. камертона с частотой 128 Гц
2. камертон с частотой 118 Гц
3. чередующееся прикосновение холодного и горячего
4. прикосновением тупого конца иглы
5. оценка Ахиллова рефлекса

36). Гипергликемическая кома – это:

1. острая метаболическая декомпенсация СД, характеризующаяся отсутствием кетоза и ацидоза, резко выраженной гипергликемией, высокой осмолярностью плазмы и резкой дегидратацией.
2. острая метаболическая декомпенсация СД, характеризующаяся отсутствием кетоза и ацидоза, резко выраженной гипогликемией, высокой осмолярностью плазмы и резкой дегидратацией.
3. острая метаболическая декомпенсация СД, характеризующаяся отсутствием кетоза и ацидоза, резко выраженной гипергликемией, низкой осмолярностью плазмы и резкой дегидратацией.
4. острая метаболическая декомпенсация СД, характеризующаяся присутствием кетоза и ацидоза, резко выраженной гипергликемией, высокой осмолярностью плазмы и резкой дегидратацией.
5. острая метаболическая декомпенсация СД, характеризующаяся присутствием кетоза и ацидоза, резко выраженной гипогликемией, низкой осмолярностью плазмы и резкой дегидратацией.

37). Лечение легкой гипогликемии:

1. Прием простых углеводов в рационе питания
2. Инсулинотерапия
3. Дексаметазон 4-8мг в/в кап струйно
4. Госпитализация
5. Постельный режим

38). При гипогликемической коме первоначально поражаются:

1. клетки серого вещества в коре головного мозга
2. мозжечок
3. гипоталамус
4. гипофиз
5. правильного ответа нет

39) Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:

1. Глаукома
2. Катаракта
3. Проллиферативная ретинопатия
4. Атрофия зрительных нервов
5. Автономная нейропатия

40) Когда назначают в/в кап струйное введение дексаметазона 4-8мг?:

1. При гипогликемической коме для борьбы с отеком мозга
2. При тяжелой гипогликемической коме
3. При диарее
4. При диабетической стопе
5. При диабетической полинейропатии

41) Гипогликемия у больного сахарным диабетом вызвана:

1. Введением неадекватно большой дозы инсулина
2. Приемом алкоголя
3. Приемом препаратов сульфонилмочевины
4. Приемом бигуанидов
5. Пожилой возраст

42) При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо:

1. Определить уровень глюкозы в крови натощак
2. Провести глюкозотолерантный тест
3. Назначить препараты сульфонилмочевины
4. Ограничить употребление углеводов
5. Определить уровень базального инсулина

43) Для гипергликемической комы характерны:

1. сухость кожи, снижение тургора кожи
2. потливость, дрожь
3. влажная кожа
4. сердцебиение
5. рвота

44). Основная лечения гипергликемической комы:

1. постельный режим
2. инсулинотерапия
3. 20-100 мл 40% глюкозы в/в кап струйно до полного восстановления сознания
4. диетотерапия
5. регидратация

45) Симптом гипогликемического состояния :

1. рвота
2. раздражительность
3. боли в ногах
4. чувства голода
5. кровохарканье

- 46) Лечение тяжелой гипогликемии :
- 1.инсулинотерапия
  2. постельный режим
- 3.дексаметазон 4-8мг в/в кап струйно
- 4.20-100 мл 40% глюкозы в/в кап струйно до полного восстановления сознания
  - 5.прием простых углеводов в рационе питания
- 47)Основным патогенетическим звеном гипогликемической комы является:
1. углеводное и энергетическое голодание нейронов головного мозга
  2. гиперосмолярность крови
  3. повышение переходов углеводов в гликоген
  - 4.активация липолиза
  5. все ответы верны
- 48) Суточная потребность в йоде здорового человека составляет:
1. 20 мг
  2. 50 мг
  3. 80 мг
  4. 300 мг
  5. 200 мг
- 49) У здорового взрослого щитовидная железа:
1. не пальпируется
  2. пальпируется
  3. видна на глаз
  4. видна на глаз и пальпируется
  5. не видна на глаз и не пальпируется
- 50) Назовите основное клиническое проявление недостаточного поступления йода в организм человека:
1. эндемический зоб
  2. аутоиммунный тиреоидит
  3. подострый тиреоидит
  4. диффузный токсический зоб
  5. рак щитовидной железы
- 51) Оценка эндемичности региона проводится по определению:
1. основного обмена
  2. суточной экскреции йода с мочой
  3. выраженности тиреотоксикоза
  4. уровню гормонов щитовидной железы (Т3 и Т4)
  5. сцинтиграфии щитовидной железы
- 52) Эндемический зоб протекает с явлениями:
1. гипокортицизма
  2. гиперкортицизма
  3. эутиреоза или гипотиреоза
  4. гипогонадизма
  5. гипопитуитаризма
- 53) Классификация размеров зоба по ВОЗ:
1. 0, 1, 2, 3, 4, 5 степень
  2. 0, 1, 2, 3, 4 степень
  3. 0, 1, 2, 3 степень
  4. 0, 1, 2 степень

5. 1, 2, 3 степень

54) Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием показана при:

1. диффузном эутиреоидном зобе
2. эндемическом зобе с гипотиреозом
3. узловым эутиреоидном зобе > 1 см в диаметре
4. узловым эутиреоидном зобе < 1 см в диаметре
5. функциональной автономии ЩЖ

55). Для профилактики ЙДЗ применяют:

1. иодированную соль
2. левотироксин
3. тиамазол
4. препараты калия
5. эргокальциферол

56) Минимальный уровень потребления йода во время беременности:

1. 50 мкг в день
2. 100 мкг в день
3. 150 мкг в день
4. 200 мкг в день
5. 250 мкг в день

57) Показания к применению тиамазола:

1. гипотиреоз
2. микседема
3. диффузно-токсический зоб
4. эндемический зоб
5. все перечисленное

58) Предрасполагающие пусковые факторы токсического зоба:

1. инфекция
2. стресс
3. прерывание беременности
4. аутоиммунные заболевания
5. все перечисленное

59) Объём щитовидной железы для мужчин в норме:

1. до 18 мл
2. до 20 мл
3. до 25 мл
4. до 30 мл
5. до 35 мл

60) Объём щитовидной железы для женщин в норме:

1. до 18 мл
2. до 20 мл
3. до 25 мл
4. до 30 мл
5. до 35 мл

61) Препаратом выбора для лечения ДТЗ является:

1. тиамазол
2. левотироксин
3. антиструмин

4. гидрокортизон
5. преднизолон

62) Синдром тиреотоксикоза встречается при:

1. аутоиммунном тиреоидите
2. гипотиреозе
3. остром гнойном тиреоидите
4. эндемическом зобе
5. тиреоидите Риделя

63) При легкой степени тяжести тиреотоксикоза частота сердечных сокращений:

1. 100-120 в мин
2. 80-100 в мин
3. 70-90 в мин
4. 120 и более
5. 60-90 в мин

64) Эффективность лечения тиреотоксикоза беременных осуществляется посредством контроля высоконормального уровня:

1. Т4 свободный
2. ТТГ
3. Т3 общий
4. Т4 общий
5. Т3 свободный

65) Какова тактика ведения беременных пациенток при высоконормальном уровне св Т4?

1. обязательный прием тиреостатика в необходимой дозе на протяжении всей беременности
2. после 20 недель беременности необходимо увеличить дозу тиреостатика
3. в связи со снижением потребности в тиреостатиках после 28-30 недель беременности, возможна полная отмена тиреостатика
4. после 20 недель беременности необходимо уменьшить поддерживающую дозу тиреостатика
5. продолжение лечения по схеме «блокируй и замещай»

66) Для синдрома гипотиреозе не характерен :

1. вялость
2. сонливость
3. запоры
4. медлительность
5. тахикардия

67) Изменения сердечно-сосудистой системы при гипотиреозе:

1. брадикардия, расширение границ сердца
2. усиление верхушечного толчка и тахикардия
3. тахикардия
4. уменьшение минутного объема
5. повышение систолического и диастолического АД

68) Причины развития вторичного гипотиреоза:

1. дефект биосинтеза тиреоидных гормонов
2. струмэктомия
3. послеродовой гипопитуитаризм
4. гипоплазия щитовидной железы
5. недостаточное поступление йода в организм

69) Гипотиреоидная кома может развиваться:

1. при любой форме гипотиреоза у нелеченных больных
2. чрезмерная инсоляция
3. при передозировке тиреоидных гормонов
4. при резком снижении сахара крови
5. при резком повышении сахара крови

70). Причины первичного гипотиреоза:

1. аденома гипофиза
2. аплазия гипофиза
3. аутоиммунный тиреоидит
4. черепно-мозговые травмы
5. нейроинфекции

71) При тяжелом гипотиреозе у больных с сопутствующей стенокардией напряжения необходимо:

1. назначить препараты йода в комбинации с тиреоидными гормонами
2. начать лечение малыми дозами тиреоидных гормонов
3. воздержаться от лечения гипотиреоза
4. назначить большие дозы тиреоидных гормонов в комбинации с кардиальной терапией
5. назначить глюкокортикоиды

72) При гипотиреоидной коме рекомендуется:

1. левотироксин 250-400 мкг внутривенно, гидрокортизон гемисукцинат до 200 мг/с
2. регидратация с введением жидкости до 5-10 л/с
3. левотироксин 200 мкг в комбинации с препаратами калия йодида 100 мкг
4. внутривенно 10% - 10мл раствора иодида калия
5. введение тиамазола в дозе до 80 мг

73) Для заместительной терапии гипотиреоза применяют следующие препараты:

1. калия йодид
2. тиамазол
3. антиструмин
4. левотироксин
5. перхлорат калия

74) При первичном гипотиреозе повышается в крови:

1. СТГ
2. пролактин
3. ТТГ

4. АКТГ
5. Кортизол

75). Какова тактика врача при наступлении беременности на фоне компенсированного гипотиреоза:

1. необходимо уменьшить дозу левотироксина от исходной на 50 мкг
2. необходимо увеличить дозу левотироксина примерно на 50 мкг сразу после наступления беременности
3. лечение не меняется
4. необходимо добавить 100 мкг йодида калия
5. необходимо увеличить дозу левотироксина от исходной на 100 мкг сразу после наступления беременности

76). Тактика врача при гипотиреозе, впервые выявленном при беременности:

1. сразу назначается полная заместительная доза левотироксина без её постепенного повышения.
2. назначается половинная доза левотироксина с постепенным её повышением
3. назначается полная заместительная доза левотироксина без её постепенным повышением
4. назначается тиамазол
5. назначается йодид калия

77) При каком уровне ТТГ показана заместительная терапия у беременных носительниц антител к ТПО:

1.  $\geq 5,0$  мЕд/л
2.  $\geq 3,5$  мЕд/л
3.  $\geq 2,5$  мЕд/л
4.  $\geq 1,5$  мЕд/л
5.  $\geq 0,5$  мЕд/л

78) Основная цель лечения тиамазолом при беременности:

1. св Т<sub>4</sub> на нижней границе нормы
2. ТТГ на верхней границе нормы
3. св Т<sub>4</sub> на верхней границе нормы
4. ТТГ в середине диапазона нормы
5. св Т<sub>4</sub> в середине диапазона нормы

79) Для аутоиммунного тиреоидита характерны:

1. матронизм, синдром гипергликемии
2. синдром гипогликемии, гипокортицизма
3. синдром гипотиреоза или тиреотоксикоза или эутиреоза
4. тетанический синдром, гипопаратиреоза
5. диспептический синдром

80) При каком УЗИ признаке пальпируемого узла нет необходимости в проведении ТАПБ?

1. экстракапсулярная инвазия узла

2. интракапсулярная инвазия узла
3. солидное гипоехогенное образование
4. кистозное образование
5. смешанное кистозно-солидное образование

81) Какой из рутинных методов обследования позволяет определить злокачественность узла?

1. МРТ
2. КТ
3. Ультразвуковая эластография
4. Сцинтиграфия
5. Рентгенологическое исследование области шеи

82) Показания к проведению ультразвуковой эластографии:

1. кистозные узлы
2. четко ограниченные плотные узлы
3. узлы с кальфицированной капсулой
4. многоузловой зоб
5. загрудинный многоузловой зоб

83) ТАПБ рекомендуется при:

1. диаметре узла менее 10 мм при наличии УЗИ –признаков злокачественности
2. сцинтиграфически «горячем» узле
3. при любом размере узла
4. только при узлах диаметром более 3 см
5. диффузной неоднородности щитовидной железы

84) Для оценки гипотиреоза у пациентов с высокими показателями сывороточного ТТГ должно проводиться исследование:

1. сывороточного тиреоглобулина
2. ТРОАб
3. базального сывороточного кальцитонина
4. тиреолиберина
5. стимулированного сывороточного кальцитонина

85) При неинформативности первичной пункционной биопсии необходимо:

1. провести сцинтиграфию щитовидной железы
2. МРТ щитовидной железы
3. КТ щитовидной железы
4. повторно провести ТАПБ под контролем УЗИ
5. исследование уровня сывороточного ТТГ

86) При доброкачественных результатах цитологического исследования ТАПБ, клинические и ультразвуковые исследования необходимо проводить с периодичностью:

1. каждые 3 мес.
2. каждые 6 мес.
3. каждые 12 мес.
4. каждые 18 мес.

5. каждые 6-18 мес.

87) У пациентов с узловым зобом при показателях ТТГ ниже референсных значений, необходимо провести исследование:

1. уровня нестимулированного сывороточного кальцитонина
2. уровня стимулированного сывороточного кальцитонина
3. уровня антител к рецепторам ТТГ (TRAb)
4. уровня сывороточного тиреоглобулина
5. уровня антител к тиреоглобулину

88) При пожилом возрасте концентрация ТТГ в сыворотке крови:

1. не меняется
2. значительно снижается
3. незначительно повышается
4. значительно повышается
5. незначительно снижается

89) В каких случаях у пожилых необходимо исключать гипотиреоз:

1. сердечно-сосудистая недостаточность
2. лечение амиодароном
3. неясная гипонатремия
4. анемия
5. все перечисленных ситуациях

90) При сочетании гипотиреоза с кардиальной патологией у пожилых заместительную дозу левотироксина назначают из расчета:

1. 0,5 мкг на кг массы тела
2. 0,9 мкг на кг массы тела
3. 1,6 мкг на кг массы тела
4. 2,3 мкг на кг массы тела
5. 1,2 мкг на кг массы тела

91) Тактика врача при ухудшении кровообращения у пожилых людей с гипотиреозом:

1. проводится полная заместительная терапия левотироксина
2. показана полная заместительная терапия левотироксина наряду с нитратами, БАБ
3. отказ от полной заместительной терапии левотироксина, ТТГ может быть несколько повышен (не более 10 мМЕ/л)
4. отменяется полностью заместительная терапия левотироксина
5. лечение не меняется

92) Укажите основной критерий диагностики функциональной диспепсии:

1. наличие характерных жалоб
2. отсутствие клинических признаков органического заболевания
3. отсутствие биохимических отклонений
4. отсутствие морфологических изменений СОЖ
5. наличие жалоб и отсутствие клинических, биохимических, эндоскопических, ультразвуковых и морфологических признаков органических заболеваний

93) Мужчина 34 лет жалуется на боли в животе, возникающие натощак, сопровождающиеся отрыжкой воздухом или съеденной пищей, уменьшающиеся после приема пищи. Данные жалобы беспокоят больного около года. Эмоционально лабилен. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам. При проведении фиброгастроскопии никаких изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки не выявлено. В пользу какой патологии свидетельствуют данные признаки:

1. Хронический гастрит
2. Функциональная диспепсия
3. Язвенная болезнь желудка
4. Хронический дуоденит
5. Хронический эзофагит

94) Больная 33 лет на протяжении 1,5 лет жалуется на боли в животе ноющего характера, усиливающиеся после приема пищи, ощущение тяжести и дискомфорта в животе, головные боли, повышенную утомляемость. Какое исследование является наиболее информативным для постановки диагноза функциональной диспепсии:

1. ЭФГДС
2. Гистологическое
3. рентгенологическое
4. рН-метрия
5. Дуоденальное зондирование

95) Мужчина 24 лет поступил в стационар с жалобами на ощущение тяжести и дискомфорта в животе после приема пищи, головные боли, повышенную утомляемость. В результате обследования был выставлен диагноз: функциональная диспепсия. Какую группу препаратов следует назначить в первую очередь?

1. Желчегонные
2. Прокинетики
3. Антибиотики
4. Спазмолитики
5. Седативные

96) Девушка 28 лет жалуется на боли в животе, без видимой связи с приемом пищи, дефекацией или другими физиологическими отправлениями организма. Данное состояние беспокоит больного около 8 месяцев. При обследовании никакой органической патологии со стороны пищеварительных органов не выявлено. О каком диагнозе можно думать?

1. Язвенная болезнь
2. Хронический гастродуоденит
3. Функциональная абдоминальная боль
4. Хронический энтерит
5. Хронический эзофагит

97) У мужчины 25 лет с диагнозом функциональной диспепсии, при обследовании выявлен *H.pilory*. Какие схемы препаратов для эрадикации необходимо назначить больному?

1. Де-нол + омепразол
2. Омепразол+ фамотидин
3. Омепразол + амоксициллин + кларитромицин
4. Омепразол + амоксициллин
5. Де-нол + фамотидин

98) В поликлинику обратился больной 33 лет с жалобами на отрыжку, которая усиливается при переедании и изменении положения тела, изжогу, изредка рвоту после еды. Из анамнеза известно, что данные жалобы беспокоят больного около полугода. При проведении ФГС выявлена недостаточность розетки кардии и ее влияние. Ваш диагноз?

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки
2. Хронический панкреатит
3. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь
4. Хронический холецистит
5. ДЖВП

99) При обследовании в стационаре больному 41 лет был выставлен диагноз гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Какой из нижеперечисленных препаратов необходимо назначить данному больному?

1. Одестон
2. Мотилиум
3. Гепабене
4. Пенициллин
5. Метранодизол

100) Мужчина 29 лет жалуется на ноющие боли в верхней половине живота, возникающие сразу после приема пищи, отрыжку воздухом, которые беспокоят его около года. Объективно: живот при пальпации мягкий, болезненность в эпигастральной области. При проведении ФГДС: слизистая оболочка желудка резко отечна, гиперемирована, в антральном отделе, *H.pilory* (+). рН-метрия – умеренная гиперацидность. Ваш диагноз?

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки
2. Хронический гастродуоденит
3. Язвенная болезнь желудка
4. Хронический антральный гастрит ассоциированный *H.pilory*.
5. Хронический атрофический гастрит

101) В стационар поступил больной 36 лет с жалобами на отрыжку, изжогу, боли и жжение за грудиной, ощущение кома в горле при глотании. Из анамнеза известно, что данные жалобы беспокоят ребенка около полугода. При проведении ФГС выявлена умеренная очаговая гиперемия и воспалительный отек слизистой оболочки кардиального отдела пищевода. Ваш диагноз?

1. Хронический гастродуоденит
2. Язвенная болезнь желудка
3. Неэрозивный эзофагит
4. Эрозивный эзофагит

## 5 Функциональная диспепсия

102). При проведении клинического и параклинического обследования больному 45 лет в стационаре был выставлен диагноз дуодено-гастральный рефлюкс. Какое патогенетическое лечение показано данному больному?

1. Антибиотики
2. Ферментные препараты
3. Блокаторы протонной помпы
4. Нитрофураны
5. Стероидные препараты

103) В случае обнаружения НР-инфекции в слизистой оболочке желудка у больного функциональной диспепсией какому из перечисленных ниже лечебных мер Вы отдадите предпочтение?

1. ИПП + антацидные средства
2. терапия прокинетическими препаратами
3. лечение прокинетиками + эрадикационная терапия
4. ИПП + прокинетики + эрадикационная терапия
5. ни одному из них

104) Предрасполагающим к развитию ГЭРБ фактором является:

1. молодой возраст
2. избыточный вес
3. нерегулярное питание
4. инфекция *H. Pylori*
5. дефицит массы тела

105) Основной симптом ГЭРБ:

1. рвота
2. икота
3. изжога
4. диарея
5. запоры

106) На протяжении какого минимального срока должны беспокоить пациента симптомы для установления диагноза «функциональная диспепсия»?

1. 2 месяца
2. 1 месяц
3. 12 недель
4. 16 недель
5. 2 недели

107) Критерии функциональной диспепсии за исключением:

1. чувство быстрого насыщения
2. вздутие в эпигастральной области
3. боль и жжение в эпигастральной области
4. чувство переполнения после еды
5. рвота и тошнота

108) Для язвенной болезни 12-перстной кишки характерны, за исключением:

1. сочетание с неатрофическим гастритом
2. пернициозной анемии
3. гиперсекреция желудка
4. сезонность обострения заболевания
5. наиболее частым осложнением является кровотечение

109) Основным признаком желудочного кровотечения при язвенной болезни является:

1. слабость и головокружение
2. бледность кожных покровов и слизистых
3. снижение АД
4. ахоличный кал
5. рвота кровью и/или кофейной гущей

110) Клинический симптом язвенной болезни 12-перстной кишки:

1. боль, характеризующаяся сезонностью
2. рвота на высоте болей
3. изжога
4. положительный симптом Ортнера
5. положительный симптом Менделя

111) Голодные, ночные боли возникают при:

1. остром гастрите
2. хроническом атрофическом гастрите
3. язве кардиального отдела желудка
4. стенозе привратника
5. язве 12 п.к.

112) Какие препараты включаются в эрадикационную схему квадротерапии:

1. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, кларитромицин и метронидазол
2. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, амоксициллин и метронидазол
3. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и метронидазол
4. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и кларитромицин
5. блокаторы протонного насоса, препараты висмута, тетрациклин и амоксициллин

113) Выбрать наиболее информативный метод диагностики ГЭРБ:

1. эндоскопия пищевода
2. рентгеноскопия пищевода

3. морфологическое исследование слизистой пищевода
4. использование видеокапсулы
5. 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия.

114) Инфекция *H.pylori* способствует развитию язвы с локализацией :

1. язвы пилоро-антрального отдела желудка и луковицы 12- перст. кишки
2. язвы кардиального отдела желудка
3. пептической язвы пищевода
4. язвы подвздошной кишки
5. язвы тощей кишки.

115) Основным методом диагностики хронического гастрита является:

1. рентгеноскопия желудка.
2. морфологическое исследование слизистой желудка.
3. фиброгастродуоденоскопия.
4. исследование базальной и стимулированной секреций.
5. рН метрия тела и антрального отделов желудка.

116) Препаратами выбора в лечении ГЭРБ является:

1. H<sub>1</sub>-блокаторы гистамина
2. миотропные спазмолитики
3. M -холиномиметики
4. ингибиторы протонной помпы
5. антибиотики

117) Показанием к эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции является:

1. антральный гастрит
2. аутоиммунный гастрит
3. гастрит тела желудка с метаплазией
4. рефлюкс-гастрит
5. НПВС-ассоциированный гастрит.

118) Какие из перечисленных методов Маастрихтское соглашение-5 (2016) рекомендует использовать для неинвазивной диагностики *H.p*-инфекции при *H.p*-ассоциированном гастрите?

1. Гистологический метод

2. Бактериологический метод
3. Быстрый уреазный тест с биоптатом из желудка
4. Уреазный дыхательный тест с меченым углеродом C14 или C13
5. Все перечисленные методы

119) Наиболее правильная комбинация при эрадикационной терапии хронического неатрофического гастрита, ассоциированного с Нр:

1. Ингибитор протонной помпы + трихопол
2. Ингибитор протонной помпы + прокинетики
3. H<sub>2</sub>-блокаторы + антациды
4. Ингибитор протонной помпы + прокинетики
5. Ингибитор протонной помпы + 2 антибактериальных препарата + препараты висмута трикалия дицитрат

120) Мужчина, 32 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на голодные и ночные боли в подложечной области, утихающие после приема пищи. Для поражения какого отдела желудка характерны данные жалобы?

1. Верхнего отдела желудка
2. Антродуоденальной зоны
3. Верхнего отдела пищевода
4. Кардиального отдела желудка
5. Области нижнего пищеводного сфинктера

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

1. Схема квадротерапии с препаратом Висмута;
2. ИПП 2 р в день + амоксициллин 1,0 г. 2 р. в день + метронидазол 0,5 г. 2р. в день - 7 дней;
3. ИПП + амоксициллин 1,0 г. 2 р. в день + левофлоксацин 0,25 г. 2 р. в день. – 10 дней
4. ИПП 2р в день + амоксициллин 1,0 г. 2 р. в день + кларитромицин 0,5г. 2 р. в день – 10 дней

5. ИПП 2 р в день + кларитромицин 0,5 г. 2р. в день + метронидазол 0,5г. 2 р. в. день  
- 10 дней

122) Признаки Нр-ассоциированного атрофического пангастрита, за исключением:

1. Сопровождается гиперсекрецией соляной кислоты
2. Часто сочетается с В12-дефицитной анемией
3. Является предраковым состоянием
4. Сопровождается отрыжкой, чувством тяжести в эпигастрии после еды
5. Поражается тело желудка

123) Какой из перечисленных методов является основным в диагностике хронических гастритов?

1. Рентгенологическое исследование желудка
2. Эндоскопия с прицельной биопсией
3. Исследование секреторной функции желудка
4. Кал на скрытую кровь
5. Все перечисленные методы

124) Какой препарат относится к блокаторам «протонного насоса»?

1. Ранитидин;
2. Пантопрозол;
3. Де – нол;
4. Платифиллин;
5. Мотилиум

125) Диффузный антральный гастрит характеризуется всем, за исключением:

1. Нехарактерна потеря пилорических желез и желез тела желудка
2. Данное состояние сопровождается чаще гиперсекрецией соляной кислоты
3. Не предрасполагает к развитию кишечной метаплазии, дисплазии и рака желудка
4. Характерно низкое содержание пепсиногена I в сыворотке крови
5. На его фоне в ряде случаев развивается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

126) Основная причина развития хронического Нр-ассоциированного гастрита?

1. прием НПВП

2. инфекция Нр
3. нарушение режима питания
4. курение,
5. алкоголь

127) Эрадикационная схема лечения впервые обратившегося больного по поводу хронического Нр-ассоциированного гастрита?

1. тройная терапия
2. квадротерапия
3. альтернативных тройных схем
4. ИПП
5. препараты висмута

128) Какой препарат из ниже перечисленного может вызвать НАЖБП ?

1. цефтриаксон
2. флюконазол
3. каптоприл
4. омепразол
5. амоксициллин

129) Печень при стеатогепатозе пальпаторно:

1. Увеличена, безболезненный
2. Уменьшена, болезненный
3. Уменьшена, безболезненный
4. Увеличена, болезненный
5. Не изменена

130) Классификация хронических гепатитов (ХГ) (Лос-Анджелес, 1994) включает:

1. течение
2. степени активности воспалительного процесса
3. размер печени
4. уровень холестерина
5. стадии фиброза

131) Для лечения стеатоза печени необходимо снижение массы тела на :

1. 3 - 5 %

2. 7-10%
3. 10-15%
4. 18-20%
5. 20-25%

132) Какой препарат можно использовать для лечения стеатогепатита у пациентов с НАСГ :

1. гликлазид
2. метформин
3. инсулин
4. пиоглитазон
5. глимеперид

133) Для лечения стеатоза печени необходимо добиться значения ОХС (ммоль/л) у пациентов с высоким риском (ESC, 2011, 2016 и EAS,2012,2016) :

1. 6-5,5 ммоль/л
2. 4,5-5,0 ммоль/л
3. Менее 4,5 ммоль/л
4. Менее 4,0 ммоль/л
5. 3,5-4 ммоль/л

134) В качестве терапии первой линии для лечения пациентов с НАЖБП и гипертриглицеридемией :

1. омега 3-жирные кислоты
2. метформин
3. урсодезоксихолевую кислоту
4. статины
5. фосфолипиды

135) При НАЖБП пациентам без НАСГ или фиброза рекомендован:

1. статины
2. пиоглитазон
3. омега 3-жирные кислоты
4. здоровое питание и физическая активность без фармакотерапии
5. урсодезоксихолевую кислоту

136) Печень при стеатозе печени:

1. Поверхность гладкая, безболезненная
2. Поверхность неровная, чувствительная
3. Края гладкие, безболезненные, средней плотности
4. Края заостренные, болезненные, повышенной плотности.
5. Уменьшена в размерах, плотная

137) Для уменьшения некроза и воспалительных изменений при стеатогепатите снижение массы тела на:

1. 3-5%
2. 2-3%
3. 6-7%
4. 7-8%
5. 10 и более%

138) Главным критерием диагноза хронического гепатита С является наличие в крови HCV РНК свыше:

1. 6месяцев
2. 5месяцев
3. 4месяцев
4. 3месяцев
5. 2месяцев

139) Признак портальной гипертензии на ЭГДСкопии:

1. наличие тромбов воротной и селезеночной вен,
2. асцит
3. спленомегалия
4. варикозное расширение вен (пищевода и желудка)
5. гепатомегалия

140) При хронической печеночной недостаточности наблюдается следующие изменение белкового состава крови?

1. Увеличение содержания мочевины
2. Увеличение содержание протромбина
3. Увеличение содержания мочевой кислоты
4. Гипопротеинемия
5. Гиперфибриногенемия

141) Умеренная желтушность склер и кожи, гепатоспленомегалия, ретикулопитоз наблюдается при:

1. раке печени
2. билиарном циррозе
3. гемолитической желтухе
4. остром вирусном гепатите
5. синдроме Жильбера

142). Причина, вызывающий развитие гемолитической желтухи:?

1. обтурация камнями желчного протока

2. отравление хлороформом
3. нарушение иннервации желчевыводящих путей
4. переливание не совместимой крови
5. изменение нейрогуморальной регуляция печени.

143). Причина, вызывающий развития механической желтухе?

1. переливание несовместимой по группе крови
2. отравление фенилгидразином
3. отравление хлороформ
4. отравление фосфором
5. обтурация желчевыводящих путей

144). При печеночной коме в крови накапливается?

1. церебротоксические вещества
2. глюкоза
3. аммиак
4. аминокислота
5. непрямо́й билирубин

145). Кровоточивость при печеночной недостаточности развивается за счет:?

1. недостаточности витамина А
2. недостаточности витамина Е
3. недостаточности витамина К
4. недостаточности витамина Д
5. недостаточности витамина В

146) Асцит это увеличение размера живота за счет:?

1. метеоризма
2. увеличение печени
3. увеличение селезенки
4. скопление свободной жидкости в брюшной полости
5. избыточного развития подкожно – жирового слоя

147) Пальмарная эритема представляют собой:?

1. внутрикожные отложения холестерина в виде бляшек
2. кровоизлияния в кожу
3. петехиальную сыпь
4. симметричное покраснение тенара и гипотенара
5. накопление желчных кислот в коже

148) При нарушении обезвреживающей функции печени в крови повышается содержание:?

1. общего белка
2. альбумина
3. глобулинов
4. аммиака
5. фибриногена

149) Отражением пигментной функции печени является содержание в сыворотке крови:

1. холестерина
2. общего белка и белковых фракций
3. фибриногена
4. билирубина и его фракций
5. гепарина

150) Для исследования белковой функции печени применяют, за исключением:

1. определение содержания общего белка сыворотке крови
2. белково – осадочные пробы
3. определение протромбинового индекса
4. определение белковых фракций
5. холестерина

151) В норме содержание билирубина в сыворотке крови составляет:

1. 1 – 3,02 мкмоль/л
2. 8,55 – 20,52 мкмоль/л
3. 30,7 – 40,7 мкмоль/л
4. 40,8 – 50,8 мкмоль/л
5. 60,8 - 80,0 мкмоль/л

152) Индикатором холестаза при патологии печени является:

1. альбумина
2. тимоловая проба
3. лактатдегидрогеназа
4.  $\gamma$ -глобулин сыворотки крови
5. щелочная фосфатаза

153) Наиболее информативным тестом, позволяющим провести дифференциальный диагноз между хроническим гепатитом и доброкачественной гипербилирубинемией является:

1. тест Кумбса
2. биопсия печени
3. проба с ограничением энергетической ценности пищи
4. лечение *ex juvantibus* фенобарбиталом
5. определение билирубина

154) Для цирроза печени не характерно наличие:

1. асцита
2. спленомегалии
3. варикозного расширения вен желудка

- 4.расширения поверхностных вен живота типа «голова медузы»
- 5.гиперальбуминемии

155) Индикаторы цитолитического синдрома при патологии печени:

- 1.АсАТ, АлАТ
2. ЩФ (щелочная фосфатаза)
3. холестерин
- 4.тимоловая проба
5.  $\gamma$ -глобулинсыворотки крови

157) Индикаторы мезенхимально-воспалительного синдрома при патологии печени, за исключением:

- 1.тимоловая проба
- 2.сулемовая проба
- 3.бромсульфалеиновая проба
4. $\gamma$ -глобулинсыворотки крови
5. иммуноглобулины сыворотки крови

158) Признаки холестатического синдрома, за исключением:

- 1 .гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина
2. увеличение щелочной фосфатазы
3. увеличение холестерина и  $\beta$ -липопротеидов
4. ксантелазмы
5. кожный зуд

159) Основной признак механической(обтурационный) желтухи :

- 1.гипоальбуминемии
- 2.увеличение тимоловая проба
- 3.билирубинемия (прямой билирубин)
- 4.увеличение уровня аминотрансфераз
5. снижение протромбина

160) Признак гемолитической желтухи:

1. гипоальбуминемии
- 2.увеличение тимоловая проба
- 3.билирубинемия (непрямой билирубин)
- 4.увеличение уровня щелочной фосфатозы
5. снижение протромбина

161) Укажите основной диагностический метод исследования, необходимый для подтверждения диагноза ХВГ:

1. исследование крови на общий билирубин и его фракции
2. изменение цвета мочи и испражнений

3. исследование маркеров ВГ
4. определение активности АЛАТ
5. увеличение размеров печени, возможно и селезенки.

162) Серологический маркер, подтверждающие диагноз ХВГ «В»:

1. выявление HBsAg, HBeAg, анти-HBcor;
2. выявление анти-HBs;
3. выявление анти-HCV;
4. выявление анти-HAV класса IgM;
5. выявление анти-HDV;

163) Назовите патогенетический механизм, для которого характерны кожный зуд, увеличение уровня конъюгированного билирубина, холестерина, активности щелочной фосфатазы:

1. печеночно-клеточная желтуха;
2. внутрипеченочный холестаз;
3. синдром Жильбера;
4. гемолитическая желтуха.
5. печеночная недостаточность

164) Симптомы цирроза печени, за исключением:

1. асцит
2. сосудистые звездочки
3. расширение вен пищевода
4. гиперфибринемия
5. гипоальбуминемия

165) Характерные осложнения цирроза печени являются, за исключением:

1. печеночная недостаточность
2. кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
3. нарушения атриовентрикулярной проводимости
4. энцефалопатия
5. резистентный асцит

166) Для первичного билиарного цирроза печени характерны, за исключением:

1. упорный кожный зуд
2. желтуха
3. ксантелазмы
4. повышение щелочной фосфатазы
5. снижение холестерина

167) При отечно-асцитическом синдроме, связанном с циррозом печени, рациональная терапия диуретиками контролируется:

1. взвешиванием больного
2. измерением суточного диуреза
3. измерением объема талии
4. ограничением приема жидкости
5. ограничением приема соли

168) Для снижения синтеза аммиака в кишечнике необходим прием:

1. лактулозы
2. УДХК
3. 5% раствора глюкозы
4. диеты с низким содержанием белка
5. алгинатов

169) Для вирусного гепатита D не относят:

1. вирион с обнаженным («голым») РНК, его внешней оболочкой является HBsAg
2. HDV подавляет репликацию вируса гепатита В с возможным исчезновением HBsAg из крови
3. малый «дефектный вирус», способный к репликации только в присутствии HBsAg; высоко заразный
4. групп риска инфицирования нет
5. путь передачи: парентеральный как при HBV-инфекции.

170) Специфическая лабораторная диагностика HCV-инфекции:

1. положительная реакция ИФА на антиHCV;
2. обнаружение РНК HCV по ПЦР;
3. положительная ИФА на анти-HBcor;
4. наличие анти – HCV абсолютное подтверждение диагноза.
5. верны ответы 1 и 2

171) Серологический маркер активной репликации вируса гепатита В:

1. HBs-Ag
2. HBc-Ag
3. анти-HBe
4. HBe-Ag
5. анти-HBs

172) Для гепатита С характерно:

1. многолетнее латентное течение
2. особо тяжелое течение у беременных
3. моноинфекция невозможна
4. стойкий постинфекционный иммунитет

5. в основном, фульминантная форма инфекции

173) Для скринингового определения серологических маркеров вируса гепатита С используют:

1. РСК
2. ИФА
3. РТГА
4. ПЦР
5. иммуноглобин

174) Артралгии – это:

1. Припухание сустава
2. Боль в суставе
3. Изменение конфигурации сустава
4. Покраснение кожи над суставом
5. Ограничение объема движений в суставе

175) Понятие «Артрит» не включает в себя симптом:

1. Припухания сустава
2. Болей в суставе постоянного характера, особенно в ночной период
3. Покраснения кожи над суставом
4. Крепитации
5. Ограничения объема движений в суставе

176) Острая ревматическая лихорадка связана с инфицированием:

1.  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы В
2. золотистым стафилококком
3.  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А
4. вирусом Эпштейна-Барра
5. вирусом Коксаки

177) Какой симптом отличает ревмокардит от неспецифического аортоартериита:

1. систолический шум на верхушке
2. лихорадка
3. асимметрия АД
4. повышение острофазовых показателей
5. кардиомегалия

178) К диагностическим критериям ревматоидного артрита относится один из признаков:

1. Утренняя скованность до 30 минут
2. Артриты 3-х и более суставов в течение не менее 6 недель
3. Асимметричность поражения
4. Быстрое обратное развитие синовита под влиянием НПВП
5. Механический ритм боли в суставах

179) Лабораторный маркер, имеющий наибольшее значение для диагностики раннего ревматоидного артрита:

- 1 Лейкоцитоз
- 2 Повышение уровня С-реактивного протеина
- 3 Антитела к циклическому цитруллированному пептиду
- 4 Высокая СОЭ
- 5 Анемия

180) У 58-летней пациентки артрит лучезапястных, проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставов кистей, длящийся около 8 месяцев. Отмечается утренняя скованность около 2-3 часов. Какое обследование позволит поставить диагноз?

- 1 Общий анализ крови
- 2 Рентгенография суставов кистей
- 3 Ревматоидный фактор, АЦЦП
- 4 СРБ
- 5 Мочевая кислота в крови

181) Пациентка с прогрессирующим ревматоидным артритом в поздней стадии направлена на рентгеновское обследование суставов кистей. Какой из признаков укажет на IV стадию РА?

1. Околосуставной остеопороз
2. Кистовидные просветления
3. Анкилоз
4. Остеолиз дистальных фаланг
5. Единичные эрозии

182) На приеме пациент 17-ти лет, предъявляет жалобы на боли во всех отделах позвоночника, припухлость в левом коленном суставе и болезненности в ягодичных областях, усиливающиеся в утренние часы. Наиболее вероятно состояние пациента связано с:

- 1 Юношеской остеохондропатией
- 2 Дискогенной люмбо-ишиалгией
- 3 Спондилоартритом
- 4 Ювенильным ревматоидным артритом
- 5 Остеоартритом

183) Мужчина 37 лет предъявляет жалобы на резкие боли в левом коленном суставе с покраснением кожи, припухлостью, ограничением подвижности. При расспросе выясняется, что около месяца назад он лечился у знакомого уролога по поводу «уретрита». Вы назначаете:

- 1 рентгенограмму коленного сустава и общий анализ крови

- 2 Мазок на наличие гонококков и реакцию Борде-Жангу
- 3 Консультацию ортопеда
- 4 УЗИ сустава
- 5 РФ

184) У пациентки 72-х лет Вы обнаружили незначительно болезненные плотные костные разрастания в области проксимальных межфаланговых суставов кистей. Как они называются?

- 1 Тофусы
- 2 Ревматоидные узелки
- 3 Узелки Бушара
- 4 Узелки Гебердена
- 5 Подвывихи

185) Какой из перечисленных признаков является классификационным критерием остеоартрита коленного сустава:

- 1 Деформация коленного сустава
- 2 Анкилоз
- 3 Крепитация
- 4 Синовит коленного сустава
- 5 .Припухание коленного сустава

186) К модифицированным Нью-Йоркским критериям анкилозирующего спондилоартрита относится:

- 1 Односторонний сакроилеит 1-2 стадии
- 2 Боли в нижней части спины, уменьшающиеся в покое
- 3 Ощущение скованности в пояснице к вечеру
- 4 Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной оси
- 5 Боли в периферических суставах

187) Пациент 42-х лет в течение 7 лет отмечает боли в поясничном, грудном и шейном отделах позвоночника с ограничением подвижности. Болевой синдром и скованность преобладают в утренние часы, стихают после разминки. На рентгенограмме – признаки двустороннего сакроилеита и оссификация продольных связок позвоночного столба. Вы предполагаете у больного:

- 1 Остеохондроз
- 2 Болезнь Форестье
- 3 Анкилозирующий спондилит
- 4 Спондилоартроз
- 5 Ревматоидный артрит

188) Какие антибиотики не следует назначать при болезни Рейтера?

- 1 Цефалоспорины
- 2 Рокситромицин
- 3 Тетрациклин

- 4 фторхинолоновые производные
- 5 Кларитромицин

189) Мужчина 44-х лет вызвал врача на дом по поводу сильной боли в левой стопе. Выясняется, что накануне он был в гостях, где были шашлыки и красное вино в большом количестве. Много танцевал в новой узкой обуви. Боль началась внезапно около 5 ч утра и локализовалась преимущественно в области I—II плюснефаланговых суставов правой стопы. Кожа над суставом большого пальца резко гиперемирована, горячая на ощупь, отек распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Беспокоит слабость, температура тела 37,6 0С, головная боль. Такое состояние возникло впервые в жизни. Вы подозреваете?

- 1 Реактивный артрит
- 2 Подагрическую атаку
- 3 Инфекционный артрит
- 4 Начало ревматоидного артрита
- 5 ОРЛ

190) Женщина 26 лет, обратилась по поводу полиартрита мелких суставов кистей рук, запястья в течение 6-х месяцев. 2 месяца назад стала терять волосы, недавно после поездки на море появилась эритематозная сыпь на лице. Температура 38°С. АД-160/100 мм.рт.ст. В моче –протеинурия 2,5 г\л, эритроциты - 5 -6 в п\зр.. Ваш диагноз?

- 1 СКВ
- 2 Острый нефрит
- 3 Системная склеродермия
- 4 Ревматоидный артрит
- 5 Аллергический дерматит

191) Гематологические нарушения при СКВ, входящие в диагностические критерии, не включает :

- 1 гемолитической анемии
- 2 лейкопении менее  $4 \times 10^9/\text{л}$  (зарегистрированной 2 раза и более)
- 3 нейтрофиллеза  $>72\%$  (зарегистрированного 2 раза и более)
- 4 тромбоцитопении менее  $100 \times 10^9/\text{л}$  (в отсутствие приёма ЛС)
- 5 Ускорения СОЭ

192) Фактором риска неблагоприятного прогноза при болезни Бехтерева является:

1. женский пол
2. возраст после 60 лет
3. позитивность по HLA-B27
4. вариант начала болезни с периферических суставов
5. сочетание с остеохондрозом позвоночника

193) Артралгии невоспалительного генеза не относится, симптом:

1. Механических болей
2. Нагрузочных болей
3. Синдрома блокады сустава
4. длительного анамнеза
5. Ночных болей во второй половине ночи

194) При остром приступе подагры не характерно:

1. Припухания в 1-вом плюснефаланговом суставе
2. Механических болей
3. Покраснения 1-вого плюснефалангового сустава
4. Острого начала боли в суставе после употребления пищи, богатой пуринами
5. Ограничения движений в суставе

195) При динамическом наблюдении за пациентом с ревматоидным артритом, который получает в качестве базисной терапии Метотрексат, необходимо проводить мониторинг переносимости препарата, определяя:

1. белок и белковые фракции крови
2. сахар крови
3. холестерин крови
4. показатели свертываемости крови
5. печеночные ферменты

196) В профилактику прогрессирования остеоартрита не включает:

1. Ограничения в диете продуктов, богатых пуриновыми основаниями
2. Исключения курения
3. Обеспечения адекватной нагрузки на пораженные суставы
4. Исключения профессионального фактора нагрузки на суставы
5. Снижения веса

197) Важным методом профилактики повторных приступов подагры в пищевом поведении больного является:

1. Ограничение пищевой соли
2. Ограничение жидкости
3. Снижение веса
4. Соблюдение диеты с ограничением продуктов, богатых пуринами
5. Соблюдение диеты с ограничением легкоусвояемых углеводов

198) Методом вторичной профилактики ревматической лихорадки является:

1. назначение низких доз аспирина
2. долгосрочное внутримышечное введение Бензатина бензилпенициллина 1 раз в 3 недели
3. удаление миндалин
4. санаторно-курортное лечение
5. применение иммуностимуляторов

199) Длительность вторичной профилактики для лиц, перенесших острую ревматическую лихорадку без формирования кардита составляет:

1. 1 год с последующим продлением при высоких титрах АСЛ-О
2. в течение 3-х лет с перерывом на летние месяцы
3. не менее 5 лет после последней атаки или до 21-летнего возраста по принципу «что дольше»

4. пожизненно
5. в течение 5 лет

200) В профилактике реактивных артритов имеет значение:

1. общие гигиенические мероприятия по предупреждению кишечных и урогенитальных инфекций
2. употребление в пищу мяса и молока, прошедших тщательную термическую обработку
3. регулярные курсы антибиотикотерапии
4. закаливание
5. предупреждение переохлаждения суставов

201) Амбулаторно-поликлиническая форма оказания медицинской помощи больным системной красной волчанкой применяется у пациентов:

1. находящихся в ремиссии с низкой степенью активности
2. с высокой степенью активности
3. с угрозой полиорганной недостаточности
4. с поражением ЦНС
5. с гематологическими нарушениями (тромбоцитопения  $< 100000 \times 10^9/\text{л}$ ; анемия  $\text{Hb} < 90 \text{ г/л}$ )

202) Одним из факторов риска неблагоприятного прогноза при системной красной волчанке является:

1. развитие заболевания в пожилом возрасте
2. хроническое течение
3. развитие нефрита в первые 3-6 месяцев от начала болезни
4. кожный синдром по типу дискоидной волчанки
5. женский пол

203) Прием каких препаратов ассоциируется с повышенным риском развития фолиево-дефицитной анемии:

1. бисопролола
2. каптоприла
3. гидрохлортиазида
4. противосудорожных препаратов
5. преднизолон

204). Основные принципы лечения железодефицитной анемии у женщин сводятся:

1. к своевременному переливанию цельной крови
2. к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно
3. к назначению препаратов железа перорально на длительный срок и, по возможности, ликвидации причины железодефицита
4. к строгому запрещению повторных беременностей
5. к употреблению большого количества яблок

205). Причиной В<sub>12</sub>-дефицитной анемии может явиться:

1. инвазия широким лентецом
2. инвазия острицами

3. язвенная болезнь желудка
4. длительный прием метотрексата
5. беременность

206). Гепатит Д развивается в результате:

1. моноинфекции HDV
2. одновременного заражения с HGV (коинфекция)
3. одновременного заражения с HCV (коинфекция)
4. заражения HDV больного с острым гепатитом В (суперинфекция)
5. заражения HDV больного с хроническим гепатитом В (суперинфекция)

207) Какой из перечисленных ниже уровней ретикулоцитов свидетельствует в пользу гиперрегенераторного характера анемии

1. 0,8%
2. 4%
3. 0,1%
4. 10‰
5. правильного ответа нет

208.. Наличие телец жолли, колец Кебота характерно для

1. железодефицитной анемии
2. серповидноклеточной анемии
3. В12-дефицитной анемии
4. хронического лимфолейкоза
5. апластической анемии

209. При гемофилии А наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови

1. X
2. IX
3. VIII
4. VII
5. V

210. Что из нижеперечисленного характерно для гемолитической анемии минковского–шоффара (наследственного сфероцитоза)

1. нормальный уровень ретикулоцитов
2. сниженный уровень сывороточного железа
3. гипохромия эритроцитов
4. гипербилирубинемия за счет непрямой фракции
- 5).повышенная осмотическая резистентность эритроцитов

211. Для усвоения пищевого витамина в12 требуется

1. нормальная кишечная флора
2. внутренний фактор фундального отдела желудка
3. здоровая селезенка
4. повышенная секреция желудочного сока
5. нормальное содержание сахара в крови

212. Проявлением каких из перечисленных заболеваний может быть аутоиммунная гемолитическая анемия

1. СКВ
2. гипертоническая болезнь
3. гемохроматоз
4. подагра
5. остеопороз

213. Гиперпигментация кожных покровов с сероватым оттенком характерна для:

1. эритремии
2. множественной миеломы
3. гемохроматоза и гемосидероза
- 4.геморрагического васкулита
5. железодефицитной анемии

214.Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно:

1. для гемолитических анемий
2. для железодефицитных анемий
3. для множественной миеломы
4. для болезни тяжелых цепей
5. правильного ответа нет

215. Ярко-красный язык с атрофичными сосочками нередко наблюдается:

1. при амилоидозе
2. при тромбоцитопении
3. при мегалобластной анемии
4. при болезни Гоше
5. правильного ответа нет

216. Что из нижеперечисленного входит в понятие сидеропенического синдрома:

1. отрыжка кислым
2. койлонихия
3. гипертрихоз
4. макроглоссия
5. фебрильная лихорадка

217. Какой из клинических признаков характерен для в12- дефицитной анемии:

1. грязно-серый цвет кожных покровов
2. выраженная спленомегалия
3. макроглоссия
4. фуникулярный миелоз
5. повышенный аппетит

218. Какой из симптомов выявляется при железодефицитной анемии:

1. повышенный показатель МСН (среднего содержания гемоглобина в эритроците)
2. повышенный уровень ферритина сыворотки

3. сниженный показатель MCV (средний объем эритроцитов)

4. сниженный уровень ОЖСС

5. правильного ответа нет

219. Что из нижеперечисленного подтверждает диагноз аутоиммунной гемолитической анемии:

1. повышение уровня прямого билирубина сыворотки

2. содержание ретикулоцитов 0,6%

3. сниженный уровень сывороточного железа

4. цветной показатель 0,8

5. положительная прямая проба Кумбса

220. При каком из перечисленных ниже цветном показателе анемию следует назвать гиперхромной:

1. ЦП=1,2

2. ЦП=0,8

3. ЦП=1,0

4. ЦП=0,6

5. правильного ответа нет

221. Замедление СОЭ (менее 3 мм/ч) характерно для:

1. криоглобулинемии

2. эритремии

3. талассемии

4. болезни Вальденстрема

5. множественной миеломы

222. Реакция Кумбса - это агглютинация эритроцитов

1. покрытых неполными антителами, в среде с желатином

2. кроличьей сывороткой против эритроцитов человека

3. лектинами

4. покрытых неполными антителами, с помощью кроличьей сыворотки против иммуноглобулинов человека

5. правильного ответа нет

223. Характерным признаком в 12-дефицитной анемии является:

1. гипертромбоцитоз

2. лейкоцитоз

3. увеличение СОЭ

4. анемия с высоким цветным показателем

5. микроцитоз

224. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют:

1. ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке

2. С-реактивный белок

3. аутоиммунные неполные антиэритроцитарные антитела

4. наличие парапротеинов в сыворотке

5. правильного ответа нет

225. Железо всасывается лучше всего:

1. в виде ферритина

2. в виде гемосидерина

3. в виде гема

4. в составе фруктов

5. разницы нет

226. Самой частой причиной железодефицитной анемии у мужчин является:

1. кровопотеря из желудочно-кишечного тракта

2. гломусные опухоли

3. алкогольный гепатит

4. гематурическая форма гломерулонефрита

5. рецидивирующие носовые кровотечения

227. При обследовании у нелеченного пациента вы обнаружили уровень ретикулоцитов 4%. Это дает вам основание смело исключить

1. серповидно-клеточную анемию
2. болезнь Минковского-Шоффара
3. мегалобластную анемию
4. наследственный овалоцитоз
5. правильного ответа нет

228. На основании обнаружения гипохромии эритроцитов можно исключить диагноз

1. железодефицитной анемии
2. талассемии
3. анемии вследствие свинцовой интоксикации
4. фолиево-дефицитной анемии
5. правильного ответа нет

229. Характерным признаком анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служит

1. гиперхромия эритроцитов
2. низкий уровень сывороточного железа
3. базофильная пунктация эритроцитов
4. появление телец Жолли
5. гиперсегментация нейтрофилов

230. Наиболее надежным дифференциально-диагностическим критерием между железодефицитной анемией и анемией, обусловленной инфекцией, является

1. цветной показатель
2. ферритин сыворотки
3. сывороточное железо
4. размер эритроцитов
5. количество тромбоцитов

231. Анемия при хпн относится к

1. анемиям хронических заболеваний
2. железодефицитной анемии
3. В12-дефицитной анемии
4. гипопластической анемии
5. правильного ответа нет

232. Требуемая суточная доза элементарного железа при лечении железодефицитной анемии пероральными препаратами составляет

1. 25-50 мг
2. 50-75 мг
3. 75-100 мг
4. 100-150 мг
5. 200-300 мг

233. Что из нижеперечисленного свидетельствует в пользу гемолитической анемии

1. высокий уровень ретикулоцитов
2. низкий уровень ретикулоцитов
3. повышение прямой фракции билирубина
4. гипохромный характер анемии
5. правильного ответа нет

234. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно

1. для внутриклеточного гемолиза
2. для внутрисосудистого гемолиза
3. для терминальной стадии почечной недостаточности
4. для миеломы Бенс-Джонса
5. правильного ответа нет

235. Мочевой синдром-это появление патологических изменений в моче в виде:

1. Протеинурии, цилиндрурии, эритроцитурии, лейкоциурии
2. Бактериурии

3. Кристаллурии
4. Гипостенурии
5. Глюкозурии

236) Признаком какого заболевания являются измененные (гломерулярные) эритроциты в сочетании с высокой протеинурией в общем анализе мочи?

1. Пиелонефрита
2. Гломерулонефрита
3. Хронического цистита
4. Рака почки
5. Мочекаменной болезни

237. Факт гематурии устанавливают при наличии эритроцитов в 1 мл мочи в пробе Нечипоренко:

1. Свыше 2 в 1 мл мочи
2. Свыше 1000 в 1 мл мочи
3. Свыше 5 в 1 мл мочи
4. Свыше 100 в 1 мл мочи
5. Свыше 10 в 1 мл мочи

238. Факт лейкоцитурии устанавливают при наличии лейкоцитов в 1 мл мочи в пробе Нечипоренко:

1. Свыше 1 в 1 мл мочи
2. Свыше 100 в 1 мл мочи
3. Свыше 2000 в 1 мл мочи
4. Свыше 2000 в 1 мл мочи
5. Свыше 6 в 1 мл мочи

239. Факт протеинурии устанавливают при наличии белка в суточной моче:

1. следов белка
2. 10 мг\сут.
3. 30 мг\сут.
4. 150 мг\сут.
5. 3500 мг\сут.

240. К критериям хронического пиелонефрита не относят:

1. Боли в пояснице в сочетании с лихорадкой, дизурией

2. Асимметричное уменьшение размеров почек, деформация чашечно-лоханочной системы на урограмме
3. Лейкоцитурия в сочетании со скудной или умеренной протеинурией
4. Нефротический синдром с массивной протеинурией, цилиндрурией, отеками типа анасарки, гипоальбуминемией
5. отеки типа анасарки

241. Для гломерулонефрита характерен мочево́й синдром:

1. С отсутствием протеинурии, лейкоцитурией
2. С умеренной или выраженной протеинурией, гломерулярной эритроциурией, цилиндрурией
3. С выраженной лейкоцитурией в сочетании с негломерулярной эритроцитурией,
4. С высокоселективной протеинурией и незначительной лейкоцитурией
5. С высокоселективной протеинурией

242. Для мочекаменной болезни характерен мочево́й синдром с:

1. Высокой протеинурией в сочетании с выраженной гломерулярной эритроциурией
2. Со скудной протеинурией в сочетании с неизменными эритроцитами, лейкоцитами
3. Высокоселективной протеинурией
4. Высокой протеинурией, с цилиндрурией
5. Выраженной протеинурией более 3,5 г\сут

243. Для какого заболевания не характерна выраженная лейкоцитурия в сочетании со скудной протеинурией?

1. Цистита
2. Простатита
3. Гломерулонефрита
4. Пиелонефрита
5. Уретрита

244. Для какого синдрома характерны высокая протеинурия (свыше 3,5 г/сут), гипопротинемия, гиперхолестеринемия, отеки типа анасарки?

1. Мочевого
2. Дизурического
3. Остронефритического

4. Нефротического
5. Гипертонического

245. Оцените общий анализ мочи больного К., 18 лет. АД – 160\100 мм рт.ст. Удельный вес - 1027, цвет- мясных помоев, белок- 2500 мг/л, плоский эпителий -3-4- в поле зрения лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты измененные - 40-50 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры - 3-4 в поле зрения. На УЗИ почки нормальных размеров, чашечно-лоханочная система не деформирована, эхоположительных признаков не выявлено. О каком заболевании можно подумать?

1. Гломерулонефрите
2. Раке почки
3. Пиелонефрите
4. Мочекаменной болезни
5. Цистите

246. Оцените общий анализ мочи больной Д., 32 лет. Удельный вес - 1015, цвет- желтый, белок- 30 мг/л, плоский эпителий -3-4- в поле зрения, лейкоциты - 40-50 в поле зрения, эритроцит свежий, неизмененный - 1 в поле зрения, цилиндры - 0, слизь, кристаллы - отсутствуют. На УЗИ выявлено уплотнение чашечек в правой почке, . О каком заболевании можно подумать?

1. Гломерулонефрите
2. Мочекаменной болезни
3. Пиелонефрите
4. Цистите
5. Уретрите

247. Для острого гломерулонефрита характерны все симптомы, кроме:

1. Сочетания мочевого синдрома с артериальной гипертензией, отеками
2. Острого развития спустя 2 недели после стрептококковой инфекции
3. Высокой или нормальной удельной плотности мочи
4. Наличия выраженной лейкоцитурии при отсутствии протеинурии
5. Учащенного, болезненного мочеиспускания

248. Для топической диагностики гематурии необходимы все методы, кроме:

1. Микроскопии осадка мочи
2. Пробы Зимницкого
3. 3-х стаканной пробы
4. Цистоскопии

## 5. Пробы Нечипоренко

249. Инфекция мочевыводящих путей (необструктивная форма) не проявляется:

1. Лихорадкой, ознобом
2. Высокой протеинурией более 5000 мг/сут.
3. Болью в пояснице
4. Дизурией
5. Полиурии

250. Причиной и механизмом мочевого синдрома пиелонефрита не является:

1. Обструкция мочевыводящих путей (МВП) в сочетании с инфекцией
2. Инфекционное воспаление межпочечной ткани почек
3. Образование аутоантител к базальной мембране клубочка (БК)
4. Аномалии развития МВП в сочетании с инфекцией
5. Воспаление и повышение проницаемости к БК

251. К рентгенологическим признакам хронического пиелонефрита относят все, кроме:

1. Асимметричного уменьшения размеров почки
2. Замедления выделения рентгенконтрастного вещества
3. Расширения чашечек и лоханок, сглаженность сводов
4. Увеличения размеров почек
5. Положительного симптома Ходсона

252. Селективная протеинурия не характерна для:

1. Амилоидоза
2. Диабетической нефропатии
3. Гломерулонефрита
4. Болезни подоцитов (минимального гломерулонефрита)
5. Миеломной нефропатии

253. Препарат выбора для лечения хронического пиелонефрита?

1. Преднизолон
2. Циклофосфамид
3. Гепарин
4. Цефиксим

## 5. Азатиоприн

256. Гериатрия изучает:

1. Выяснение первичных механизмов старения
2. Выяснение приспособительных механизмов организма в процессе старения;
3. Геронтопсихологию;
4. Биологические аспекты старения;
5. Особенности развития, клинического течения, лечения и профилактики различных заболеваний у людей пожилого и старческого возраста.

257. Биологический возраст-это:

1. Количество прожитого времени;
2. Мера старения организма;
3. Острота зрения;
4. Мышечная сила;
5. Скорость распространения пульсовой волны.

258. К категории лиц пожилого возраста можно отнести людей:

1. 76-90 лет;
2. 60-74 лет;
3. 50-60 лет;
4. 40-49 лет;
5. 30-39 лет.

259. Категории долгожителей соответствует возраст:

1. Моложе 100 лет;
2. Старше 80 лет;
3. Старше 75 лет;
4. Старше 90 лет;
5. Старше 95 лет.

260) Естественное старение характеризуется:

1. Ранним развитием возрастных изменений;
2. Последовательностью развития возрастных изменений;
3. Большой выраженностью возрастных изменений;
4. Развитием острых заболеваний;

5. Развитием хронических заболеваний.

261) Отрасль медицины, занимающаяся изучением, профилактикой и лечением болезней пожилого и старческого возраста:

1. Гериатрия;
2. Геронтология;
3. Педиатрия;
4. Геронтофобия;
5. Терапия.

262). Биологический возраст зависит от:

1. Наследственности;
2. Условий среды;
3. Образа жизни;
4. Верно а,б,в;
5. Зависимость отсутствует.

263. К категории лиц старческого возраста можно отнести людей:

1. 90 и больше лет;
2. 75-89 лет;
3. 60-74 лет;
4. 50-59 лет;
5. 45-55.

264. Геронтология – это:

1. Раздел социологии и психологии, изучающий изменение психики при старении человека;
2. Раздел биологии и медицины, изучающий процессы старения человека;
3. область клинической медицины, изучающая болезни людей старших возрастных групп;
4. Раздел психологии;
5. Раздел патофизиологии.

265. Для лиц пожилого и старческого возраста характерно сочетание двух и более заболеваний - это:

1. Атипичность;
2. Полиморбидность;

3. Полипрагмазия;
4. Полиэтиологичность;
5. Полидиспепсия.

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

1. Атеросклероз
2. Острый гломерулонефрит
3. Хронический гломерулонефрит
4. Острый бронхит
5. Острая пневмония

267. Особенности клиники инфаркта миокарда у старых людей:

1. Не имеет яркой клинической картины;
2. Боль неинтенсивная;
3. Боль типичная;
4. Обычной локализации;
5. Обычной иррадиации.

268. У лиц пожилого и старческого возраста увеличивается частота:

1. Ревматоидного артрита
2. Ревматического полиартрита
3. Инфекционного артрита
4. Остеохондроз
5. Острый бронхит.

269. При гипертонической болезни у пожилых пациентов гипотензивные препараты:

1. Быстро снижают артериальное давление;
2. Медленно снижают артериальное давление;
3. Назначаются только парентерально;
4. Рекомендуются обычные дозы;
5. Назначают максимальные дозы.

270. Особенности клиники гипертонической болезни у пожилых людей:

1. Одышка;
2. Невроз;

3. С частыми кризами;
4. Скудность клинической симптоматики;
5. Боли в животе.

271. У больного 70 лет утренняя скованность коленных суставов: и кистей менее 30 минут, болезненность и крепитация при физической нагрузке, СОЭ менее 20 мм/ч., ревматоидный фактор отрицательный, умеренное сужение суставной щели и множественные остеофиты при рентгенологическом исследовании. Ваш диагноз:

1. Реактивный артрит;
2. Подагра;
3. Системная красная волчанка;
4. Остеоартроз;
5. Ревматоидный артрит

272. У пожилого больного утренняя скованность суставов более

1 часа, припухлость, боли в покое в симметричных мелких суставах обеих кистей и стоп, увеличение СОЭ до 45 мм/ч, ревматоидный фактор: 100, С-реактивный белок 30 мг/л., рентгенологически эрозии в

суставах кистей и стоп. Ваш диагноз:

2. Ревматоидный артрит;
2. Реактивный артрит;
3. Подагра;
4. Остеоартроз;
5. Системная красная волчанка.

273. Люди пожилого и старческого возраста чаще всего болеют:

1. Хронической постгеморрагической железодефицитной анемией;
2. В12-дефицитной анемией;
3. Аутоиммунной гемолитической анемией;
4. Фолиеводефицитной анемией;
5. Апластической анемией.

274. Ведущая роль в формировании атеросклероза принадлежит:

1. ЛПВП;

2. ЛПНП;

3. ЛПОНП;

4. Хиломикронам;

5. Триглицеридам

275. Старение дыхательной системы проявляется в:

1. Снижении жизненной ёмкости легких;

2. Увеличении жизненной ёмкости легких;

3. Увеличение количества альвеол;

4. Уменьшение частоты дыханий;

5. Появлении частого кашля.

276.Нарушению уродинамики у пожилых и старых людей способствует:

1. Атония мочевых путей;

2. Появление отеков;

3. Редкие рефлюксы;

4. Нарушение иммунитета;

5. Гипердинамия.

277. Старение костно-мышечной системы проявляется в:

1. Увеличении роста;

2. Миозитах;

3. Острых артритов;

4. Подагре;

5. Склонности к переломам.

278. Запоры у старых людей часто обусловлены:

1. Большим количеством употребляемой жидкости;

2. Гипердинамией;

3. Усилением перистальтики кишечника;

4. Ослаблением перистальтики кишечника;

5. Спазмом сфинктеров.

279.Мигрень относится к:

1. первичной головной боли

2. Вторичной головной боли
3. Комплексному региональному болевому синдрому
4. Невралгической боли
5. Нейропатической боли

280. Боль половины головы характерна для:

1. Головной боли напряжения
2. Мигрени
3. Абузусной головной боли
4. Гипертензионной головной боли
5. Гипотензивной головной боли

281. Для головной боли напряжения характерно:

1. Давящая по типу “каска”
2. Пульсирующая с выпадением поля зрения
3. Односторонняя “гемикрания”
4. Стреляющая с иррадиацией по ветвям тройничного нерва
5. Сжимающая головная боль

282. Приступы мигрени:

1. Появляются в старческом возрасте
2. Сопровождаются тошнотой и/или рвотой
3. Длятся не более 5 минут
4. Чаще встречаются у мужчин
5. Длиться более 1 часа

283. Факторы, способствующие возникновению головной боли напряжения:

1. Тревожно-депрессивное расстройство
2. Тяжелая физическая работа
3. Простудные заболевания
4. Употребление алкоголя
5. Булемия

284. Купирование приступа мигрени эффективно достигается:

1. Антикоагулянтами
2. Антиоксидантами
3. НПВС
4. Транквилизаторами
5. Вазоактивными

285. Профилактическое лечение мигрени не включает в себя:

1. Антиконвульсанты

2. Антидепрессанты
3. Бета-блокаторы
4. Антихолинэстеразные препараты
5. Антиагреганты

286. Какова продолжительность атак кластерной головной боли:

1. 5-25 минут
2. 2-30 минут
3. 15-180 минут
4. 1-600 секунд
5. 1-2 минуты

287. Какие методы исследования наиболее информативны в диагностике первичных ГБ:

1. Нейровизуализация
2. Лабораторные
3. Исследования сосудов головного мозга
4. Клинические (жалобы, анамнез, осмотр)
5. Провокационные пробы

288. В каких случаях следует направить пациента с первичной ГБ на дополнительные обследования

1. Нетипичная клиническая картина
2. Локальные неврологические нарушения в статусе
3. Наличие “сигналов опасности”
4. Все верно
5. Верно А и Б

289. Приступы пароксизмальной гемикрании полностью предотвращаются приемом:

1. Индометацином
2. Суматриптана
3. Ацетилсалициловой кислотой
4. Габапентином
5. Прозерин

290. Препаратом выбора для профилактического лечения головной боли напряжения является:

1. Амитриптилин
2. Золмитриптан
3. Индометацин
4. Парацетамол
5. Ибупрофен

291. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы:

1. Пролапс митрального клапана
2. Повышение фибринолитической активности крови
3. Снижение активности свертывающей системы крови
4. Стеноз магистральных сосудов шеи
5. Все перечисленные

292. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются:

1. В утренние часы
2. В вечерние часы
3. После физической нагрузки
4. После эмоционального стресса
5. При условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга

293. Больным с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга проводится терапия:

1. Дегидратирующими средствами
2. Фибринолитическими средствами
3. Антифибринолитическими средствами
4. Вазоактивными средствами
5. Антикоагулянтными средствами

294. Для тревожно-фобических расстройств характерно одно из следующих эмоциональных состояний:

1. Агрессия
2. Дисфория
3. Мания
4. Страх
5. Апатия

295. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение:

1. 1 сут
2. 1 нед
3. 2 нед
4. 3 нед
5. 1 мес

296. Для неврологических проявлений вертебробазилярной недостаточности характерно наличие:

1. Апатико-абулического синдрома
2. Синдрома аутоагнозии
3. Синдрома сенсомоторной афазии
4. Вестибуломозжечкового синдрома
5. Верно все перечисленное

297. При формулировании диагноза острого сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НЦ неврологии РАМН на первое место выносятся:

1. Этиология сосудистого процесса
2. Тип нарушения мозгового кровообращения
3. Пораженный сосудистый бассейн
4. Клинический синдром
5. состояние трудоспособности

298. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда (кардиocereбральный синдром) является:

1. Повышение вязкости крови
2. Повышение активности свертывающей системы крови
3. Ухудшение реологических свойств крови
4. Снижение системного префузионного давления
5. Повышение агрегации форменных элементов крови

299. Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает:

1. Адекватный уровень артериального давления
2. Состояние вязкости и текучести крови
3. Состояние свертывающей системы крови
4. Сохранная проходимость приводящих артерий
5. Продолжительность эпизодов преходящей ишемии

300. С помощью магнитно-резонансной томографии очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется в следующие сроки после начала заболевания:

1. Через 1 ч
2. Через 3 ч
3. Через 6 ч
4. К концу первых суток
5. К концу третьих суток

301. Внутримозговое «обкрадывание» очага ишемического инсульта после введения вазодилататоров наступает в результате:

1. Нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге
2. Спазма сосудов пораженного участка мозга
3. Спазма сосудов неповрежденных отделов мозга
4. Расширения «здоровых» сосудов неповрежденного отдела мозга

5. Раскрытия артериовенозных анастомозов

302. При острой реакции на стресс отмечается:

1. Наличие видимых признаков психопатологических нарушений до развития данного расстройства
2. Отсутствие признаков дезориентировки
3. Длительность от нескольких часов до 3-х суток
4. Обязательное наличие галлюцинаторно-бредовой симптоматики
5. Воздействие любого по силе психологического стрессового фактора

303. Показанием для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются:

1. Выраженность общемозговой симптоматики
2. Гиповолемия
3. Гиперкоагулопатия
4. Все перечисленное
5. Менингеальный синдром

304. Показанием к гиперволемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие:

1. Анурии
2. Сердечной недостаточности
3. Артериального давления ниже 120/60 мм рт.ст.
4. Артериального давления выше 200/100 мм рт.ст
5. Гематокрита 45%

305. Фибринолитическая терапия в виде внутривенной инфузии при закупорке сосудов мозга целесообразна не позднее следующего срока после начала инсульта:

1. 1-2 ч
2. 3-4 ч
3. 5-6 ч
4. 7-8 ч
5. 10-12 ч

306. Критерием эффективной гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают уровень гематокрита:

1. 45-49 %
2. 36-44%
3. 31-35 %
4. 25-30 %
5. 50-55%

307. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через:

1. 1 ч от начала заболевания
2. 2 ч от начала заболевания
3. 4 ч от начала заболевания
4. 6 ч и более от начала заболевания
5. 8 ч и более от начала заболевания

308. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является:

1. Утрата сознания
2. Зрачковые расстройства
3. Нистагм
4. Менингеальный синдром
5. Двусторонние пирамидные патологические знаки

309. При субарахноидальном кровоизлиянии у больного с выраженным атеросклерозом не следует применять:

1. Анальгетики
2. Антифибринолитики
3. Дегидратационные препараты
4. Спазмолитики
5. Антигипертензивные средства

310. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

1. Утрата сознания
2. Рвота
3. Психомоторное возбуждение
4. Отек легкого
5. Отек мозга

311. Тромбоз глубоких мозговых вен отличается от тромбоза поверхностных мозговых вен наличием:

1. Общемозговых симптомов
2. Признаков застоя на глазном дне
3. Признаков поражения ствола головного мозга
4. Менингеального синдрома
5. Бульбарный синдром

312. Для лечения отека мозга при инсульте эффективной дозой маннитола считается:

1. 0,5 г/кг массы тела
2. 1,0 г/кг массы тела

3. 1,5 г/кг массы тела
4. 2,0 г/кг массы тела
5. 3,0 г/кг массы тела

313. Депрессия в общеврачебной практике характеризуется:

1. Выраженным суицидальным риском
2. Отчетливым снижением настроения
3. Атипичностью клинической картины
4. Тяжелым течением
5. Классическими “витальными” проявлениями

314. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденсивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии и кровоизлиянии в мозг спустя:

1. 1 ч от начала кровоизлияния
2. 3ч от начала кровоизлияния
3. 6ч от начала кровоизлияния
4. 12 ч от начала кровоизлияния
5. 24 ч от начала кровоизлияния

315. Для клинических проявлений кровоизлияния при разрыве аневризм конвексимальных артерий мозга, в отличие от проявлений разрыва аневризм артерий на основании мозга, характерны:

1. Утрата сознания
2. Головная боль
3. Появление очаговых неврологических симптомов
4. Менингеальный синдром
5. Псевдобульбарный синдром

316. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты:

1. Противосудорожные и противорвотные
2. Дегидратирующие и глюкокортикоиды
3. Антихолинергические и антихолинэстеразные
4. Транквилизаторы и антидепрессанты
5. Антигистаминные и анальгетики

317. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты:

1. Эрготамина
2. Анальгетики
3. Антигистаминные
4. Антисеротониновые
5. Противосудорожные

318. Для мигренозного статуса не характерны:

1. Серия тяжелых, следующих друг за другом приступов

2. Повторная многократная рвота
3. Тонико-клонические приступы
4. Признаки раздражения оболочек мозга
5. Повышение внутричерепного давления

319. При классической невралгии тройничного нерва наблюдается:

1. Перманентная болевой синдром
2. Гипалгезия на лице в области иннервации Пи III ветви V нерва
3. Курковые зоны на лице
4. Психомоторное возбуждение во время приступа
5. Верно Б и В

320. Больные с деменцией в пожилом и старческом возрасте нуждаются, как правило, в :

1. Обязательном приёме ноотропов
2. Правильно и хорошо организованном уходе и надзоре
3. Обязательной госпитализации в психиатрический стационар
4. Постоянном приеме антипсихотиков (нейролептиков)
5. Изоляции от общества

321. Наиболее частой причиной деменции у пациентов пожилого возраста является:

1. Болезнь Паркинсона
2. Эпилепсия
3. Болезнь Альцгеймера
4. Сахарный диабет
5. Депрессия

322. Пучковая (кластерная) головная боль:

1. Чаще бывает у мужчин
2. Чаще бывает у женщин
3. Приступ обычно бывает ночью
4. Приступ обычно бывает днем
5. Верно А и В

323. Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно:

1. Расходящееся косоглазие
2. Сходящееся косоглазие
3. Птоз
4. “Мерцающая” скатомы
5. Нистагм

324. При невропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны:

1. Антидепрессанты
2. Антиконвульсанты
3. НПВС
4. Симпатолитики
5. Верно А и Б

325. При невропатических болях жгучего характера наиболее эффективны:

1. Антидепрессанты
2. Антikonвульсанты
3. НПВС
4. Симпатолитики
5. Верно А и Б

327. У 10 – 30% соматических пациентов, особенно в ожоговых отделениях и палатах интенсивной терапии, отмечается расстройство в форме:

1. Деменции
2. Панического расстройства
3. Соматоформного расстройства
4. Шизофрении
5. Делирия

328. Выберите наиболее оптимальный препарат для неотложной помощи при эпилептическом статусе:

1. Амитриптилин
2. Диазепам
3. Галоперидол
4. Карбамазепин
5. Пароксетин

329. При каком характере стула врач общей практики должен заподозрить сальмонеллез:

1. стул типа «рисового отвара»
2. стул типа «малинового желе»
3. жидкий стул с примесью крови
4. стул по типу «горохового супа»
5. зловонный обильный стул

330. Укажите утверждение, в котором содержится полное и верное описание депрессивной триады:

1. Снижение настроения – гипербулия – идеи самоуничтожения
2. Ангедония – бессонница – суицидальные мысли
3. Снижение настроения – анергия – расторможенность влечений
4. Снижение настроения – ангедония – анергия
5. Апатия – амнезия – снижение аппетита

331). В ЦСМ к врачу общей практики обратился больной К. 78 лет. Заболел остро, через 3 часа после употребления яйца всмятку. Появился озноб, температура - 39,3<sup>0</sup>С, рвота 2 раза, частый обильный, зловонный стул, типа болотной тины. О каком диагнозе должен подумать ВОП?

1. сепсис
2. дизентерия

3. сальмонеллез
4. ботулизм
5. холера

332. В ЦСМ обратилась пациентка 23 лет с жалобами на схваткообразные боли в нижней части живота, больше в левой подвздошной области, частый скудный стул с примесью слизи и крови, ложные позывы на низ, тенезмы, повышение температуры до 39°. О каком заболевании можно думать:

1. Брюшной тиф
2. Дизентерия
3. Сальмонеллез
4. Амебиаз
5. Холера

333. На какой синдром должен обратить внимание ВОП в начальном периоде ботулизма:

1. Гастроинтестинальный
2. Гриппоподобный
3. Судорожный
4. Легочный
5. Астеновегетативный

334) На основании какого симптома врач общей практики должен заподозрить тяжелую форму ботулизма?

1. саливация
2. высокая температура
3. затрудненное дыхание
4. ослабление зрения
5. поперхивание

335) При жалобе пациента на схваткообразные боли в левой подвздошной области ВОП должен подумать о:

1. Сальмонеллеза
2. Холеры
3. Дизентерии
4. Аппендицита
5. Брюшном тифе

336. Какой характер стула будет у больного при подозрении врачом общей практики на дизентерию:

1. Жидкий с примесью слизи равномерно перемешанный с кровью
2. Жидкий, обильный, водянистый
3. Жидкий, скудный в виде комочка слизи с прожилками крови
4. Жидкий, обильный, с примесью гноя, крови, резким гнилостным запахом
5. Жидкий стул цвета болотной тины

337. Какая картина крови характерна при дизентерии:

1. Лейкоцитоз, ускоренное СОЭ
2. Пойкилоцитоз, тромбоцитопения

3. Лейкопения, лимфоцитоз
4. Эозинофилия, нормальное СОЭ
5. Анемия, ускоренное СОЭ

338. Какая из клинических форм при дизентерии является типичной:

1. Гастроэнтеритическая
2. Колитическая
3. Энтероколитическая
4. Бактерионосительство
5. Гипертоксическая

339. Дифференциальную диагностику сальмонеллеза проводят с:

1. пищевые токсикоинфекции
2. бруцеллез
3. ОРВИ
4. менингит
5. гепатит

340. Больной Е 30 лет, поступает в стационар на 2 день болезни. Началось остро, через 6 часов после обеда в столовой (котлеты из утиного мяса).  $t$  тела 38,2, боль в эпигастрии, тошнота рвота 4 раза, стул 5 раз водянистый темно зеленый. Укажите диагноз

1. дизентерия
2. ботулизм
3. сальмонеллез
4. холера
5. амебиаз кишечная форма

341. Характерный синдром при ботулизме:

1. паралитический
2. катаральный
3. менингеальный
4. лихорадочный
5. респираторный

342. Симптом типичный для ботулизма в разгаре заболевания:

1. нарушение глотания твердой и жидкой пищи
2. высокая лихорадка
3. нарушение слуха
4. нарушение двигательной функции
5. нарушение сознания

343. Что из перечисленного характерно для ботулизма:

1. частый жидкий стул
2. боли в правой подвздошной области
3. птоз, мидриаз, нарушение конвергенции, отсутствие реакции зрачков на свет
4. психомоторное возбуждение, гиперемия кожи лица, галлюцинации
5. «симптом очков»

344. С каким заболеванием нужно дифференцировать ботулизм:

1. брюшной тиф
2. менингит
3. сальмонеллез
4. острое нарушение мозгового кровообращения
5. дизентерия

345. Рвота без предварительной тошноты характерна для:

1. А. Сальмонеллеза
2. В. Холеры
3. С. ПТИ
4. Дизентерии
5. Брюшного тифа

346. Понос без боли в животе характерен для:

1. Сальмонеллеза
2. Холеры
3. Кишечного иерсиниоза
4. Дизентерии
5. Ботулизма

347. Основным симптомом при холере является:

1. А. Гипертермия
2. В. Боли в животе
3. С. Диарея
4. Д. Рвота
5. Е. Тошнота

348. Больной 30 лет вернулся из экспедиции по Закавказью. Жалобы на частый стул до 10 раз в сутки, испражнения калового характера с небольшой примесью крови и слизи. Слизь стекловидная, жидкая, гомогенно окрашена кровью. Пальпаторно восходящая часть толстой кишки уплотнена, слегка болезненна. Поставьте предварительный диагноз.

1. Дизентерия
2. Амебиаз
3. Балантидиаз
4. Сальмонеллез
5. Брюшной тиф

349. При поражении какого отдела респираторного тракта ВОП должен заподозрить грипп:

1. трахеит
2. фарингит
3. ларингит
4. бронхит
5. ринит

350. В участковую поликлинику обратился больной В. 18 лет, студент, заболел остро, температура поднялась до 39,5°C, головная боль, боли в мышцах, чувство саднения за грудиной, сухой болезненный кашель, затрудненное носовое дыхание. При осмотре: инъекция сосудов склер, слизистая оболочка мягкого и твердого неба

гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. О каком диагнозе должен думать ВОП?

1. Ку-лихорадка
2. парагрипп
3. РС-инфекция
4. грипп
5. назофарингит

351. При какой форме бруцеллеза у врача общей практики есть показания к госпитализации:

1. Острой форме
2. Подострой форме
3. Хронической форме ст. компенсации
4. Латентной форме
5. Резидуальной форме

352. На какой основной симптом должен обратить внимание ВОП при постановке септической формы острого бруцеллеза

1. Лихорадка
2. Боли в суставах
3. Тошнота, рвота
4. Нарушение сознания
5. Сыпь на теле

353. К врачу поликлиники обратился больной М. 40 лет, с жалобами на температуру до 39-40<sup>0</sup>, бессонницу, сильную головную боль, вздутие живота, боли в правой подвздошной области. При осмотре больной бледный, язык утолщен, живот вздут, розеолезная сыпь на животе, печень и селезенка увеличены. О каком заболевании можно думать:

1. Сыпной тиф
2. Кишечный иерсиниоз
3. Аппендицит
4. Дизентерия
5. Брюшной тиф

354. Интервал между лихорадочными приступами при 3-х дневной малярии повторяются от начала предыдущего через:

1. 24 часа
2. 36 часов
3. 48 часов
4. 72 часа
5. 96 часов

355. Какое осложнение не характерно для тропической малярии?

1. Малярийный алгид
2. Гемоглобинурийная лихорадка
3. Церебральный паралич
4. Септический шок
5. Острое поражение почек

356. Для трехдневной малярии характерно:

1. Частое развитие осложнений

2. Четкие периоды параксизмов и апиреksии
  3. Выраженная анемия
  4. Выраженная желтушность кожных покровов с первых дней болезни
  5. Петехиальная сыпь
357. Малярию следует дифференцировать с:
1. Чумой
  2. Бруцеллезом
  3. Сальмонеллезом
  4. Клещевым энцефалитом
  5. Ботулизмом
358. Меры специфической профилактики гриппа
1. изоляция больных
  2. введение противогриппозной вакцины
  3. ношение четырехслойной маски
  4. кварцевание помещений
  5. антибиотики
359. Симптомы трахеита при гриппе:
1. саднящие боли за грудиной
  2. лающий кашель
  3. одышка
  4. насморк
  5. конъюнктивит
360. Суперинфекция бруцеллеза- это:
1. заражение после выздоровления
  2. заражения на фоне хронического бруцеллеза
  3. заражение несколькими видами бруцелл
  4. заражение на фоне инкубационного периода
  5. заражение на фоне латентного бруцеллеза
361. Больная Т., 38 лет, ветврач, поступила в клинику на 8 день болезни с жалобами на головную боль, слабость, лихорадку, ознобы, потливость. Заболевание началось ознобом и высокой температурой. В последующем ежедневно повторялись ознобы, по вечерам температура повышалась до 39-39,5о, ночью обильно потела. Лечилась аспирином, однако состояние не улучшилось. Печень увеличена на 2 см, пальпируется край селезенки. В крови: эр-4,6., Нв-90 г\л, Л-3,4.109\л, СОЭ-21 мм\час. Ваш диагноз?
1. малярия
  2. острый бруцеллез
  3. грипп
  4. ОРВИ
  5. лептоспироз
362. Специфическая профилактика бруцеллеза проводится:
1. живой ослабленной вакциной изштамма Br.melitensis
  2. убитой вакциной из штамма Br. melitensis
  3. живой ослабленной вакциной изштамма Br.abortusbovis
  4. убитой вакциной из штамма Br.abortusbovis
  5. убитой вакциной из штамма Br.suis;
363. Госпитализация больных бруцеллезом осуществляется при:

1. острой форме
  2. подострой форме
  3. хронической форме ст. компенсации
  4. латентной форме
  5. резидуальной форме
364. Клиника септико-метастатической формы острого бруцеллеза
1. боли в крупных суставах, лихорадка
  2. нарушение сознания
  3. кашель, одышка
  4. диспептические нарушения
  5. дизурические явления
365. Продолжительность острого бруцеллеза:
1. 10-14 дней
  2. 15-30 дней
  3. до 3 месяцев
  4. от 3 до 6 месяцев
  5. от 6 до 12 месяцев
- 366.Симптомокомплекс для острого бруцеллеза:
1. нормальная температура, анкилоз, спондилез
  2. высокая лихорадка, головные боли, рвота
  3. гепатолиенальный синдром, полиартронеуромиалгии
  4. субфебрильная лихорадка, артриты, бурситы
  5. высокая лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия
367. Препараты для лечения острого бруцеллеза:
1. пенициллин
  2. доксициклин+гентамицин
  3. ампициллин
  4. ципрофлоксацин
  5. цефтриаксон
368. Реинфекция бруцеллеза-это:
1. заражение после выздоровления
  2. заражения на фоне хронического бруцеллеза
  3. заражение несколькими видами бруцелл
  4. заражение на фоне инкубационного периода
  5. заражение на фоне латентного бруцеллеза
369. В хирургическое отделение доставлен пациент с симптомами раздражения брюшины на 12-й день высокой лихорадки. Диагностирована перфорация язвы тонкого кишечника, перитонит. При каком заболевании возникло данное осложнение:
1. аппендицит
  2. брюшной тиф
  3. дизентерия
  4. неспецифический язвенный колит
  5. псевдотуберкулез
370. Для ранней диагностики тифопаратифозных заболеваний применяют:

1. Посев крови
2. Посев желчи
3. Посев мокроты
4. Реакцию Видаля
5. ИФА

371. Продолжительность этиотропного лечения брюшного тифа составляет:

1. 5 дней
2. до нормализации температуры
3. до получения отрицательного результата бактериологического анализа кала
4. 20 дней
5. до 10-го дня нормальной температуры

372. При поражении легких при Ку-лихорадке характерны клинико-рентгенологические признаки:

1. Очаговой пневмонии
2. Сегментарной пневмонии
3. Лобулярной пневмонии
4. Плевропневмонии
5. Интерстициальной пневмонии

373. У больной 50 лет жалобы на повышение температуры в утреннее время, потрясающий озноб, упорную головную боль в лобной области, потливость. При осмотре выявлено: на коже пятнисто-папулезная сыпь, брадикардия, гипотония, метеоризм, язык увеличен и покрыт грязно-серым налетом, гепатоспленомегалия. Эпиданамнез: 10 дней назад разделывала сырое мясо и готовила домашнюю колбасу. Какая форма Ку – лихорадки у данной больной:

1. Пневмоническая
2. Лихорадочная
3. Тифоподобная
4. Бруцеллезоподобная
5. Нервная

374. Пневмония - это:

1. неспецифическое заболевание легочной ткани, с формированием ограниченной одной или нескольких гнойно-некротических полостей.
2. острый инфекционный воспалительный процесс нижних отделов дыхательных путей, проявляющийся инфильтрацией клетками воспаления и экссудацией паренхимы легкого.
3. хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, вызывающее повышение их гиперреактивности, с бронхиальной обструкцией обратимого характера.
4. распространенное интерстициальное воспаление, сопровождающееся лимфоцитарной, плазмоцитарной и гистиоцитарной инфильтрацией.
5. инфекционное заболевание дыхательных путей

375. Основным возбудителем типичной внебольничной пневмонии является:

1. пневмококк
2. микопlasма
3. энтерококк
4. хламидии

5.амеба

376.Эффективность антибактериальной терапии при пневмонии оценивается через:

1. 1 день
2. 2-3 дня
3. 7-8 дней
4. 10-12 дней
- 5.5-6 дней

377) Особенность боли при плеврите:

- 1.длительная
- 2.связана с кашлем и дыханием
- 3.усиливается в вертикальном положении
- 4.не купируется нитроглицерином
- 5.давящие

378.Рентгенологическим критерием экссудативного плеврита является:

- 1.наличие гомогенной интенсивной тени с отчетливыми границами
2. наличие округлой тени с уровнем жидкости
- 3.наличие негомогенной неинтенсивной тени в пределах доли без отчетливых границ
- 4.деформация легочного рисунка по типу «сотового легкого»
- 5.наличие негомогенной интенсивной тени

379.При крупозной пневмонии может развиваться такое осложнение как:

- 1.бронхиальная астма
- 2.бронхит
- 3.плеврит
- 4.хроническое легочное сердце
- 5.ИБС

380. К ранним осложнениям острого инфаркта миокарда относится:

- 1.острая сердечная недостаточность
- 2.хроническая аневризма сердца
- 3.синдром Дресслера
- 4.хроническая сердечная недостаточность
- 5.митральные пороки

381.Для купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда используют:

- 1.орфин
- 2.анальгин
- 3.гепарин
- 4.ибупрофен
- 5.варфарин

382.Что необходимо рекомендовать больному с ГЭРБ из немедикаментозных способов лечения:

- 1.спать с приподнятой головой, не есть на ночь
2. спать с опущенным головным концом кровати
3. носить тесную одежду
4. обильный прием пищи

## 5. физическая нагрузка

383. Для дифференциальной диагностики между нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без подъема сегмента ST используется:

1. ЭХОКГ
2. определение уровня биомаркеров повреждения миокарда
3. Определение уровня липидов в сыворотки крови
4. определение уровня высокочувствительного СРБ
5. ОАК

384. Гипоксемическая (паренхиматозная) дыхательная недостаточность может развиться у пациента с:

1. ХОБЛ
2. пневмонией
3. ожирением
4. бронхитом
5. дисфункцией дыхательной мускулатуры

384. Признаком дисфункции синусового узла является:

1. Выраженная синусовая брадикардия.
2. Мерцательная аритмия.
3. Предсердная экстрасистолия
4. Пароксизмальная желудочковая тахикардия.
5. Синусовая аритмия

385. Для атриовентрикулярной блокады 2 степени типа 2 («Мобитц-2») характерно:

1. Прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов.
2. Постоянство интервала PR
3. Укорочение интервала PR
4. Выпадение желудочкового комплекса без удлинения интервала PR.
5. Расстояние R-R между различными комплексами QRS неодинаковое

386. Какие ЭКГ критерии характерны для желудочковой экстрасистолии?

1. Преждевременный комплекс QRS
2. Экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован.
3. Наличие полной компенсаторной паузы
4. Т-зубец направлен в противоположную по отношению к главному зубцу комплекса QRS экстрасистолии
5. Все ответы верны.

387. Какие ЭКГ критерии характерны для наджелудочковой экстрасистолии?

1. Преждевременный комплекс QRS
2. Наличие неполной компенсаторной паузы.
3. Наличие деформированного зубца P, перед экстрасистолическим комплексом.
4. Нет изменений желудочкового комплекса.

5. Все ответы верны.

388 . При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия.

1. Гипертрофическая кардиомиопатия.
2. Эндокардит
3. Тиреотоксикоз.
4. Миокардит
5. Ревматизм

389. При каких заболеваниях встречаются приступы Морганьи-Эдамса- Стокса?

1. Желудочковая экстрасистолия.
2. Фибрилляция желудочков.
3. Мерцательная аритмия.
4. Атриовентрикулярная блокада.
5. нарушения внутрижелудочковой проводимости

390 . Какое осложнение наблюдается при мерцательной аритмии?

1. Тромбоэмболический синдром
2. Инфаркт миокарда.
3. Гипертонический криз.
4. Отслойка сетчатки.
5. Сердечная астма

391 . Для лечения пароксизмальных наджелудочковой тахикардии при синдроме Вольф- Паркинсона-Вайта наилучшим средством считается:

1. Дигоксин
2. Анаприлин
3. Новокаинамид
4. Кордарон
5. Нитроглицерин

392. Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии, является:

1. Стенокардия напряжения.
2. Развитие сердечной недостаточности.
3. Полная блокада левой ножки пучка Гиса.
4. Желудочковая аритмия.
5. синдром слабости синусового узла.

393 . Типичными ЭКГ признаками предсердной экстрасистолии являются:

1. Изменение формы или полярности зубца Р, наличие неполной компенсаторной паузы
2. Расширение желудочкового комплекса
3. Изменение формы желудочкового комплекса
4. Наличие патологического зубца Q.
5. Зазубренность комплекса QRS

394 . При антидромной суправентрикулярной тахикардии (с широким комплексом QRS) на фоне синдрома WPW противопоказаны:

1. Электрокардиоверсия
2. Мембранстабилизирующие препараты
3. и АПФ
4. Сердечные гликозиды
5. Антибиотики

395.Для лечения синусовой тахикардии применяется:

1. Эналаприл
2. Верапамил
3. Дизопирамид
4. Лидокаин
5. Дигоксин

396.Все перечисленное относительно трепетания предсердий является справедливым, за исключением:

1. Частота сокращений предсердий составляет 160-200 в мин
2. Частота сокращений предсердий составляет 240-350 в мин.
3. Вагусные приемы могут уменьшить число сокращений желудочков
4. Эффективным методом лечения является ЭИТ.
5. Относится к наджелудочковым тахикардиям

397 .К группе мембранстабилизирующих антиаритмических средств относятся:

1. Пропренолол
2. Хинидин
3. Верапамил
4. Орнид (тозилатбретилия)
5. Эналаприл

398 .При мерцательной аритмии частота сокращений желудочков зависит:

1. От скорости проведения импульса по предсердиям
2. От скорости проведения импульса от эндокарда к эпикарду левого желудочка.
3. От скорости проведения импульса по волокнам Пуркинье
4. От состояния синоатриальной проводимости
5. От рефрактерного периода атриовентрикулярного соединения

399 . Синусовая тахикардия может быть обусловлена:

1. Повышением давления в аорте
2. Повышением давления в полых венах
3. Введением ацетилхолина
4. Инфарктом миокарда
5. Повышением АД

400 .У больного внезапно возник приступ сердцебиения (160 в минуту), который врач купировал массажем каротидного синуса. Приступ сердцебиения, скорее всего, был обусловлен:

1. Синусовой тахикардией
2. Пароксизмальной мерцательной аритмией

3. Пароксизмальным трепетанием предсердий
4. Пароксизмальной желудочковой тахикардией
5. Пароксизмальной наджелудочковой тахикардией

401. К желудочковой экстрасистолии V ст. по Лауну относятся:

1. Вставочные (интерполированные) желудочковые экстрасистолы
2. Политопные желудочковые экстрасистолы
3. Ранние экстрасистолы («R на T»)
4. Монотонные частые экстрасистолы
5. Парные желудочковые экстрасистолы

402. На ЭКГ при асистолии регистрируется:

1. Мелковолновая недифференцируемая линия
2. Крупноволновая недифференцируемая линия
3. Прямая линия
4. Отсутствие з.Р и изменение формы QRS
5. Наличие пауз на ЭКГ, длительностью в 3 секунды

403. На ЭКГ синусовая тахикардия характеризуется:

1. Укорочением интервала R-R (чсс 90 - 160), сохранением чередования з.Р и комплекса QRS
2. Укорочением интервала R-R (чсс. 90 - 160) с отсутствием правильного чередования з.Р и комплекса QRS
3. Нерегулярными сокращениями неизмененных желудочковых комплексов QRS
4. Регулярными сокращениями с сохранением чередования з.Р и желудочковых комплексов QRS
5. Регулярными сокращениями с отсутствием з.Р и уширенным деформированным комплексом QRS

404. Для нарушения функции проводимости миокарда не характерно:

1. Периодика Самойлова-Венкебаха
2. Миграция водителя ритма
3. Ритм A-V соединения
4. Деформированный желудочковый комплекс больше 0,14"
5. Синдром тахикардияритмии

405. По Лауну к желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) III ст. относятся:

1. Единичные интерполированные ЖЭ
2. Частые монотопные по типу бигеминии
3. Групповые парные ЖЭ
4. Политопные ЖЭ
5. Ранние ЖЭ.

406. Что не характерно для левожелудочковой недостаточности:

1. Одышка
2. Ритм «галопа»
3. Набухание шейных вен

4. Влажные хрипы в легких
5. Жидкая пеннистая мокрота.

407. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме:

1. 1,5-2 кв.см
2. 4-6 кв.см
3. 2,5-3 кв.см
4. 1-2 кв.см
5. 0-1 кв.см

408. Определите изменения ЭХОКГ при хроническом легочном сердце:

1. Дилатация полостей сердца
2. ЛАД ср. (35 мм.рт.ст.)
3. Резкое сужение устья легочной артерии
4. Диффузный гипокинез стенок левого желудочка
5. Снижение фракции выброса < 55%

409. Выберите одно неверное утверждение относительно миокардита:

1. миокардит - очаговое или диффузное воспаление миокарда;
2. миокардит может возникнуть при любом инфекционном заболевании;
3. миокардит не имеет специфических клинических проявлений;
4. Лечение миокардита всегда следует начинать с глюкокортикоидов
5. Лечение начать с аспирина.

410. Основная этиологическая причина неревматических миокардитов:

1. вирусы;
2. бактерии;
3. токсические вещества.
4. пневмакокки
5. стафилакокки.

411. Наиболее тяжелая форма неревматических миокардитов:

1. хроническая;
2. диффузная;
3. рецидивирующая;
4. очаговая
5. острая

412. Клинический симптом очагового миокардита:

1. обмороки;
2. сердечная недостаточность;
3. кардиалгии;
4. кардиогенный шок.
5. коллапс.

413. Вариант начала неревматического миокардита:

1. нарушение сердечного ритма;
2. тошнота;
3. кашель
4. нарушение автоматизма

5. боли в эпигастральной области.

414. Большой диагностический критерий неревматического миокардита:

1. наследственность; частые ангины;
2. повышение активности печеночных ферментов, увеличение печени;
3. застойная сердечная недостаточность, кардиогенный шок, синдром Адамса-Стокса-Морганьи.
4. Частые простудные заболевания.
5. Увеличение левой границы сердца.

415. Клинический вариант неревматического миокардита:

1. атеросклеротический;
2. клапанный;
3. декомпенсационный;
4. артралгический
5. компенсированный.

416. Какое из нижеперечисленных изменений, выявленных при биохимическом исследовании крови, не характерно для миокардита?

1. перфибриногенемия;
2. обнаружение С-реактивного протеина;
3. гиперхолестеринемия;
4. повышение концентрации КФК и ее изофермента - КФК-МВ. Д. Диспротеинемия
5. гипопропротеинемия.

417. Что является наиболее частой причиной миокардита?

1. инфекционные заболевания
2. диффузные заболевания соединительной ткани
3. лекарственная аллергия
4. радиационное воздействие
5. кишечная палочка.

418. Наиболее частыми возбудителями инфекционного эндокардита являются:

1. лактобактерии;
2. синегнойная палочка;
3. кишечная палочка;
4. золотистые стафилококки
5. стрептококк.

419. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с:

1. дефектом межпредсердной перегородки;
2. дефектом межжелудочковой перегородки;
3. митральным стенозом;
4. гипертрофической кардиомиопатией
5. аортальным пороком сердца.

420. При эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:

1. ампициллина;
2. тетрациклина;
3. канамицина;
4. амфотерицина В
5. пеницилина

421. К малым диагностическим критериям инфекционного эндокардита относится:

1. лейкоцитоз;
2. лихорадка выше 38 °С;
3. анемия
4. тромбоцитопения
5. эценофелией.

422. Вторичный инфекционный эндокардит развивается у пациентов с:

1. иммунодефицитными состояниями;
2. врожденными или приобретенными пороками сердца;
3. ранее перенесенным ИЭ
4. язвенной болезнью желудка
5. гастритом.

423. При инфекционном эндокардите чаще поражается:

1. митральный клапан;
2. аортальный клапан;
3. трикуспидальный клапан
4. атрио-вентрикулярное отверстие
5. верхняя полая вена.

424. Лихорадка при инфекционном эндокардите обычно носит характер:

1. гектической;
2. субфебрильной;
3. интермиттирующей
4. температура тела в норме
5. температура повышается до 37 градусов.

425. При предполагаемой стрептококковой природе инфекционного эндокардита показано назначение:

1. аминогликозидов;
2. пенициллинов или цефалоспоринов;
3. макролидов;
4. фторхинолонов
5. нестероидных противовоспалительных препаратов.

426. Что не может привести к формированию врожденного порока сердца?

1. генетические дефекты;
2. внутриутробная вирусная инфекция;
3. алкоголизм матери;
4. асфиксия во время родов.

5. курение матери.

427. В какой возрастной период формируется врожденный порок сердца – открытый артериальный проток?

- 1.внутриутробно.
- 2.после рождения.
- 3.в период полового созревания.
- 4.в зрелом возрасте.
5. в старческом.

428.Какие признаки не типичны для врожденного порока – открытого артериального протока?

1. быстрая утомляемость при физической нагрузке;
2. эпизоды диффузного цианоза при натуживании, крике;
3. постоянный цианоз;
4. приступы удушья
5. боли в эпигастральной области.

429. Какие патологические процессы не характерны для декомпенсированного периода врожденного порока – дефекта межпредсердной перегородки?

1. Склероз легочных артериол
- 2.Систолическая перегрузка правого желудочка.
3. Объемная перегрузка левого предсердия
4. Систолическая перегрузка правого желудочка
5. Склероз нижней полой вены.

430. Мезодиастолический или пресистолический шум у верхушки сердца связан:

1. с митральным стенозом
2. с митральной недостаточностью
3. с аортальной недостаточностью
4. с аортальным стенозом
5. с недостаточностью 3- створчатого клапана.

431.У больных с митральным стенозом наиболее часто встречается:

1. пароксизмальная предсердная тахикардия
2. трепетание предсердий
- 3.фибрилляция предсердий
4. атриовентрикулярная диссоциация
5. блокада левой ножки пучка Гиса.

432. Для аортальной недостаточности не характерно:

1. периферический пульс Квика
2. пульсация сонных артерий («пляска каротид»)
3. симптом «кошачьего мурлыканья» во второммежреберье справа от грудины
4. высокое пульсовое давление.
5. митральный румянец щек.

433. «Ритм перепела» - характерный признак:

1. митрального стеноза
2. аортального стеноза
3. митральной недостаточности
4. аортальной недостаточности.
5. трикуспидальной недостаточности.

437 . Какой препарат, снижающий пред- и после нагрузку сердца, обязателен при сердечной астме и отеке легких?

1. эуфиллин
2. нитроглицерин
3. строфантин
4. фентанил
5. метопролол

438. Из перечисленных осложнений при ТЭЛА встречаются:

1. инфаркт легкого
2. плеврит
3. отек легких
4. все перечисленное
5. правильные ответы 1 и 3

439. Укажите симптом не характерный для тромбоэмболии легочной артерии:

1. одышка
2. повышение артериального давления в большом круге кровообращения
3. кровохарканье
4. гипертензия малого круга кровообращения
5. перегрузка правых отделов сердца

440. Укажите нормальное систолическое давление в легочной артерии:

1. 100 мм рт. ст.
2. 60 мм рт. ст.
3. 40 мм рт. ст.
4. 20 мм рт. ст.
5. 15 мм.р.ст.

441. У больных с факторами риска тромбоэмболии легочной артерии врач должен в первую очередь

1. путем опроса исключить тромбоз в системе поверхностных и глубоких вен голени
2. снять на месте ЭКГ
3. сделать на месте обзорный снимок легких
4. провести спирометрическое исследование
5. провести ЭХОКГ-исследование

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

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

443. У больного Н., 29 лет, на 8 день лечения по поводу пневмонии появились потрясающие ознобы, проливные поты, лихорадка до 40 градусов, неопределенные боли в правой половине грудной клетки. Справа - укорочение перкуторного звука, значительно ослаблено дыхание и бронхофония. Ваш предположительный диагноз?

1. поддиафрагмальный абсцесс
2. легочный абсцесс
3. пневмоторакс
4. ТЭЛА
5. экссудативный плеврит

444. Что не показано при астматическом статусе (1 стадии):

1. инфузия кортикостероидами до 1000 мг/сут
2. оксигенотерапия
3. увеличение дозы ингаляционных В<sub>2</sub>-агонистов
4. регидратационная терапия - до 3 литров жидкости в сутки
5. все ответы правильные.

445. Длительность периода формирования абсцесса легкого:

1. 1-2 дня
2. 1-2 недели
3. 5-8 часов
4. более 2-х недель
5. 10-12 дней.

446. Болезненность при пальпации по межреберьям при абсцессе легкого связана с:

1. вовлечением в процесс реберной плевры
2. вовлечением в процесс межреберного нервно-сосудистого пучка
3. вовлечением в процесс реберно-грудинных сочленений
4. правильные ответы 1 и 2
5. правильные ответы 1 и 3

447). Определите изменения ЭХОКГ при хроническом легочном сердце:

1. дилатация всех полостей сердца
2. ЛАД ср. >25 мм.рт.ст.
3. толщина стенки правого желудочка > 5 мм
4. правильные ответы 2 и 3
5. правильные ответы 1 и 3

448). В лечении астматического статуса применяют следующее, за исключением:

1. инфузия эуфиллина из расчета 0,6мг/кг веса больного
2. оксигенотерапия
4. инфузии кортикостероидов до 1000мг/сутки
4. седуксен по 2мл в/м через каждые 6ч для снятия психомоторного возбуждения
5. правильные ответы 1 и 2

449).. Синдром ночного апноэ — состояние, для которого характерно:

1. прекращение лёгочной вентиляции во время сна более чем на 20 секунд
2. прекращение лёгочной вентиляции во время сна более чем на 30 секунд
3. прекращение лёгочной вентиляции во время сна более чем на 10 секунд
4. прекращение лёгочной вентиляции во время сна более чем на 40 секунд
5. прекращение лёгочной вентиляции во время сна более чем на 60 секунд

450). Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при:

1. воспалительных процессах в органах грудной полости;
2. беременности (вторая половина);
3. асците;
4. эмфиземе легких
5. все ответы верны

451). При рецидиве пневмонии через несколько недель или месяцев требуется в первую очередь исключить:

1. легочную тромбоэмболию;
2. рак легких;
3. туберкулез легких;
4. гипостатическую пневмонию
5. эхинококкоз легких

452). Всё перечисленное является рентгенологическим признаком ателектаза доли легкого, кроме:

1. гомогенного затемнения без лентовидных полосок просветления по ходу бронхов;
2. сужения межреберных промежутков;
3. смещения средостения в сторону поражения;
4. плеврита на стороне поражения;
5. правильные ответы 2 и 3

453). Какой признак не характерен для острого абсцесса легких?

1. гектическая лихорадка
2. наличие крепитации
3. эластические волокна в мокроте
4. нейтрофильный лейкоцитоз
5. правильные ответы 1 и 3

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

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

455). Наличие кровохарканья при сухом кашле заставляет прежде всего подозревать:

1. рак бронха
2. кавернозную форму туберкулеза легких
3. бронхоэктатическую болезнь
4. пневмонию
5. экссудативный плеврит

456). У мужчины 23 лет среди полного здоровья после сильного кашля возник приступ резких болей в грудной клетке справа. При обследовании: справа тимпанит, ослабление дыхания и бронхофонии. Вероятным диагнозом является:

1. крупозная пневмония

2. плеврит
3. тромбоэмболия легочной артерии
4. спонтанный пневмоторакс
5. торакалгия

457). Характеристика абсцесса легкого, соединенного с бронхом:

1. Притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону
2. То же, но смещение в сторону притупления
3. Притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы
4. Притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония
5. Все ответы неверные

458). Характеристика массивного обтурационного ателектаза:

1. Притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону
2. То же, но смещение в сторону притупления
3. Притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы
4. Притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония
5. Все ответы неверные

459). У служащей крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40С, появился озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии: выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Какова наиболее вероятная причина пневмонии?

1. клебсиелла
2. легионелла
3. микоплазма пневмонии
4. палочка Пфейффера
5. пневмококк

460). Под дыхательной недостаточностью понимают:

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

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

1. Пневмосклероз
2. Эмфизема легких
3. Ателектаз

4. Альвеолярная гиповентиляция
5. Правильные ответы 1 и 3

462). Девушка 20 лет жалуется на боли в суставах, головные боли, головокружения, обмороки. На лучевых артериях пульс не определяется. АД повышено, отмечается асимметрия, выслушивается систолический шум у пупка. Ваш диагноз?

1. гломерулонефрит
2. узелковый периартериит
3. болезнь Такаясу
4. болезнь Кона
5. пиелонефрит

463). При осмотре – пульсация артерий верхней половины тела, руки на ощупь теплые, склеры гиперемированы. Ноги на ощупь холодные. Выслушивается систолический шум во II межреберье слева, проводится в межлопаточное пространство. АД на руках 170/105 мм рт.ст., на ногах 90/50. Какой порок у больного?

1. открытый аортальный проток
2. ДМЖП
3. ДМПП
4. тетрада Фалло
5. коарктация аорты

464). Для болезни Такаясу наиболее характерно:

1. асимметрия артериального давления на правой и левой руке
2. асимметрия артериального давления на правой ноге и левой руке
3. асимметрия артериального давления на левой ноге и левой руке
4. хорошо пульсирующие коллатерали в межреберных промежутках
5. отсутствие пульса на бедренных и подколенных артериях

465). АГ на фоне массивной протеинурии со снижением клубочковой фильтрации почек характерна для:

1. вазоренальной гипертензии
2. мочекаменной болезни
3. гломерулонефрита
4. феохромоцитомы
5. тиреотоксикоза

466). Пациенту со злокачественной артериальной гипертензией в амбулаторных условиях необходимо провести следующие обследования:

1. компьютерную томографию органов брюшной полости
2. ректороманоскопию
3. фиброгастродуоденоскопию
4. УЗИ почек с доплерографией почечных сосудов
5. спирометрию

467). Поступил больной с артериальной гипертензией, причем на руках давление гораздо выше, чем на ногах. О каком заболевании нужно думать?

1. Болезнь Иценко-Кушинга
2. Синдром Иценко-Кушинга
3. Первичный гиперальдостеронизм

4. Коарктация аорты
5. Эссенциальная артериальная гипертония

468). Для симптоматической артериальной гипертонии на почве синдрома Конна будет наиболее характерно:

1. Высокое содержание в крови альдостерона
2. Гиперкалиемия
3. LE клетки
4. Повышенное содержание щелочной фосфатазы
5. Бластные клетки

469). У женщины 35 лет, лунообразное лицо, тонкие ноги, стрии на животе, бедрах. Артериальное давление повышается до 200/100 мм рт.ст. В крови: лейкоцитоз, повышенное содержание сахара, 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов. На УЗИ – гиперплазия обоих надпочечников. Что из предложенного выберите для дальнейшего обследования?

1. магнитно-резонансная томография головного мозга
2. рентгенография головного мозга
3. рентгенография органов грудной клетки
4. консультация окулиста
5. консультация невропатолога

470). Чем объяснить артериальную гипертензию при системной красной волчанке, системной склеродермии, узелковом периартериите?

1. Поражением сосудов сердца
2. Поражением сосудов мозга
3. Поражением сосудов почек
4. Поражением сосудов легких
5. Поражением сосудов печени

471). При ангиографии сосудов почек у больного с артериальной гипертонией обнаружено сужение устья почечной артерии. НАИБОЛЕЕ вероятно что это:

1. Феохромоцитома
2. Синдром Иценко-Кушинга
3. Болезнь Иценко-Кушинга
4. Вазоренальная гипертония
5. Первичный гиперальдостеронизм

472). Если при артериальной гипертонии обнаружено повышенное количество адреналина и норадреналина в крови, то это может быть связано с:

1. Феохромоцитомой
2. Синдромом Иценко-Кушинга
3. Болезнью Иценко-Кушинга
4. Первичным гиперальдостеронизмом
5. Вазоренальной гипертонией

473). Симптоматическую артериальную гипертонию при болезни Иценко-Кушинга подтвердит

- 1.Рентгенография органов грудной клетки
- 2.Компьютерная томография головного мозга
- 3.УЗИ надпочечников
4. УЗИ почек
- 5.Ангиография сосудов почек

474). Артериальную гипертонию при феохромоцитоме подтвердит:

1. Рентгенография органов грудной клетки
- 2.Компьютерная томография головного мозга
- 3.УЗИ надпочечников
- 4.УЗИ почек
- 5.Ангиография сосудов почек

475). Повышенное выделение 17-кетостероидов и 17-оксикетостероидов в сочетании с симптоматической гипертонией наблюдается при:

- 1.Феохромоцитомы
- 2.Опухоль мозга
- 3.Болезнь Иценко-Кушинга
- 4.Нефроангиосклероз
- 5.Эссенциальной гипертонии

476). Систолическую гипертензию с большим пульсовым давлением вызывает:

- 1.Хронический пиелонефрит
- 2.Феохромоцитомы
3. Хронический гломерулонефрит
- 4.Недостаточность аортального клапана
- 5.Вазоренальная гипертония

477). Мужчина С. 40 лет поступил с жалобами: головные боли, головокружение, жажду, полиурию, мышечную слабость, боли и судороги в мышцах. В анамнезе в течение 5 лет повышается артериальное давление. При обследовании выявлены артериальная гипертония – 200/120 мм.рт.ст., снижение уровня калия в сыворотке крови до 2,0 ммоль/л. Общий анализ крови в пределах нормы. О каком заболевании нужно думать?

- 1.Диабетический гломерулосклероз
2. Феохромоцитомы
3. Хронический гломерулонефрит
- 4.Синдром Конна
- 5.Вазоренальная гипертония

478). Для какого заболевания с симптоматической артериальной гипертонией наиболее характерно повышение в суточной моче 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов:

- 1.Синдром Конна
- 2.диффузный токсический зоб

- 3.Феохромоцитома
- 4.Синдром Иценко-Кушинга
- 5.Альдостерома

479). Какое из ниже перечисленных заболеваний НЕ приводит к развитию артериальной гипертонии:

1. Хронический гломерулонефрит
- 2.Хронический пиелонефрит
3. Болезнь Иценко-Кушинга
- 4.Недостаточность аортального клапан
- 5.Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

480). У мужчины 45 лет отмечается артериальная гипертония с частыми гипертоническими кризами. Жалуется на резкую мышечную слабость, вплоть до развития мышечных параличей в период гипертонического криза, полиурию, жажду, усиленное выделение мочи в ночное время.

С каким заболеванием связана артериальная гипертония?

- 1.Синдром Иценко-Кушинга
- 2.Болезнь Иценко-Кушинга
- 3.Феохромоцитома
- 4.Первичный гиперальдостеронизм
- 5.Акромегалия

481). Женщина 49 лет обратилась на обследование по поводу артериальной гипертонии. АД повышается до 200/140 мм рт ст . Повышенного питания, лицо «лунообразное», избыточный рост волос на лице, красно-фиолетовые стрии в области грудных желез, бедер. УЗИ надпочечников: двусторонняя гиперплазия. С каким заболеванием связана артериальная гипертония?

- 1.Синдром Иценко-Кушинга
- 2.Болезнь Иценко-Кушинга
3. Феохромоцитома
4. Первичный гиперальдостеронизм
5. Акромегалия

482). У юноши 16 лет с хорошо развитой верхней половиной туловища при прохождении призывной комиссии в военкомате выявлена высокая артериальная гипертония. При осмотре обнаружено непропорциональное развитие верхних и нижних конечностей, усиленная пульсация сосудов шеи, ослабление пульсации на нижних конечностях, систолический шум в межлопаточной области. На нижних конечностях давление низкое. Выберите наиболее вероятный диагноз?

- 1.Болезнь Такаясу
- 2.Болезнь Иценко-Кушинга
- 3.Коарктация аорты
- 4.Первичный гиперальдостеронизм
- 5.Атеросклероз почечных артерий

483). Женщина 36 лет поступила в клинику для уточнения причины артериальной гипертензии. При осмотре выявлено следующее: избыточная масса тела с неравномерным распределением жировых отложений, преимущественно в верхней половине туловища, в области шеи - «буйволоный тип», лунообразное, багровое лицо, гирсутизм, багровые стрии на внутренней поверхности плеч, бедер. Данная картина наиболее характерна для:

1. Первичного альдостеронизма
2. Гипотиреоза
3. Феохромоцитомы
4. Болезни Иценко-Кушинга
5. Тиреотоксикоза

484) Наиболее информативным методом диагностики вазоренальной гипертензии является:

1. Внутривенная пиелография
2. Компьютерная томография головного мозга
3. Радионуклидная ренография
4. Ангиография сосудов почек
5. УЗИ почек.

485). Какой признак, наиболее характерный для реноваскулярной гипертензии:

1. Кризовое течение артериальной гипертонии
2. Выраженные изменения в анализах мочи
3. Хороший эффект медикаментозной терапии
4. Доброкачественное течение
5. Сосудистый шум над местом отхождения почечных артерий

486). Увеличение преимущественно систолического артериального давления является наиболее характерным:

1. При аортальной недостаточности
2. Аортальном стенозе
3. Почечной гипертензии
4. Митральной недостаточности
5. Митральном стенозе

487). Диагностический критерий длительности кашля при ХОБЛ:

1. 3 месяца в течение 2 лет подряд
2. 2 месяца в течение 2 лет подряд
3. 3 месяца в течение 1 года
4. 1 месяц в течение 1 года
5. 2 месяца в течение 3 лет подряд

488). Мокрота при хроническом катаральном бронхите бывает:

1. слизистой

2. «ржавой»
3. розовой пенистой
4. стекловидной
5. кровянистой

489). Ржавая мокрота характерна для:

1. гриппа
2. пневмонии
3. ХОБЛ
4. коклюша
5. бронхит

490). Пробу Манту считают положительной при минимальном размере папулы (мм) :

1. 5
2. 4
3. 6
4. 7
5. 3

491). Клинически малосимптомно, без изменений, выявляемых с помощью инструментальных методов обследования, протекает туберкулёз лёгких:

1. очаговый
2. инфильтративный
3. фиброзно-кавернозный
4. цирротический
5. милиарный

492). Сухие свистящие хрипы над всей поверхностью лёгких являются аускультативным феноменом :

1. наличия жидкости в плевральной полости
2. повышения воздушности лёгочной ткани
3. уплотнения лёгочной ткани
4. нарушения бронхиальной проходимости
5. наличия воздуха в плевральной полости

493). Персистирующая бронхиальная астма среднетяжёлого течения характеризуется :

1. ночными приступами удушья реже 1 раза в неделю
2. вариабельностью ПСВ < 20%
3. ОФВ1 от 60% до 80% от должных величин
4. ежедневными ночными приступами удушья
5. кашель в утренние часы

494). К основным аускультативным симптомам при ХОБЛ относят :

1. сухие свистящие хрипы
2. крепитацию

3. влажные мелкопузырчатые хрипы
4. влажные крупнопузырчатые хрипы
5. незвучные влажные хрипы

495). Показателем функции внешнего дыхания, определяющим степень нарушения бронхиальной проходимости при ХОБЛ, выступает:

1. ФЖЕЛ
- 2.ОФВ1
3. ЖЕЛ
4. ОФВ1/ФЖЕЛ
5. МОС

496). Основным патогенетическим механизмом развития пневмонии является:

1. бронхогенный
2. гематогенный
3. лимфогенный
4. травматический
5. тканевой

497). При крупозной пневмонии крепитация выслушивается :

- 1.хорошо во всех стадиях
- 2 .лучше в стадии прилива
3. лучше в стадии красного опеченения
4. лучше в стадии серого опеченения
5. лучше в стадиях прилива и разрешения

498) .К основному рентгенологическому признаку крупозной пневмонии относят:

1. гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
2. картину ателектаза
3. тяжистый лёгочный рисунок
4. очаговые тени
5. расширение корней легких

499). Кашлевой синдром, вызванный ЛС возникает вследствие приема:

1. пропранолола
2. лозартана
3. амлодипина
4. лизиноприла
5. блоктран

500). У женщины 50 лет, страдающей артериальной гипертензией, в течение 3 месяцев появились першение в горле и сухой кашель, не поддающиеся терапии отхаркивающими препаратами и антибиотиками, (не курит, аллергологический анамнез не отягощен, на рентгенограмме органов грудной клетки изменений не выявлено). наиболее вероятной причиной кашля является прием :

1. ингибиторов АПФ
2. блокаторов ангиотензиновых рецепторов
- 3 диуретиков
4. блокаторов кальциевых каналов
5. мочегонные средства