



# GEE!TEST

тест по  
Терапии  
(для  
интернов)

by oldkyx



# Тест по Терапии (для интернов) ТУВ-1

система подготовки к тестам Gee Test

[oldkyx.com](http://oldkyx.com)

# Список вопросов по Терапии (для интернов) ТУВ-1

---

**1. Подострый тиреоидит /тиреоидит де Кервена/ является следствием:**

- 1) [-]Генетически детерминированного дефекта иммунного ответа
  - 2) [-]Бактериальной инфекции
  - 3) [+]**Вирусной инфекции**
  - 4) [-]Травматического повреждения
  - 5) [-]Лучевого поражения
- 

**2. Для клинической картины при подостром тиреоидите /тиреоидит де Кервена/ характерно:**

- 1) [+]**Резкая болезненность при пальпации щитовидной железы**
  - 2) [-]Отсутствие болезненности при пальпации щитовидной железы
  - 3) [-]Наличие участка флюктуации в щитовидной железе, определяемое при пальпаторном исследовании
  - 4) [-]Симптомы офтальмопатии
  - 5) [-]Симптомы гипотиреоза
- 

**3. Для подострого тиреоидита /тиреоидита де Кервена/ характерно:**

- 1) [-]Наличие антител к тиреоглобулину
- 2) [-]Наличие антител к тиропероксидазе
- 3) [-]Нормальное СОЭ
- 4) [+]**Ускоренное СОЭ при умеренном лейкоцитозе**

5) [-]Высокий лейкоцитоз

---

**4. Для лечения подострого тиреоидита / тиреоидита де Кервена/ используют:**

- 1) [-]Хирургическое лечение
  - 2) [-]Лучевую терапию
  - 3) [-]Антибиотикотерапию
  - 4) [-]Цитостатики
  - 5) [+]**Глюкокортикоиды**
- 

**5. В исходе подострого тиреоидита /тиреоидита де Кервена/:**

- 1) [-]Развивается гипотиреоз
  - 2) [+]**Функция щитовидной железы восстанавливается**
  - 3) [-]Функция надпочечников снижается
  - 4) [-]Ткань щитовидной железы подвергается атрофии
  - 5) [-]Формируется зоб
- 

**6. В исходе аутоиммунного тиреоидита развивается:**

- 1) [-]Тиреотоксикоз
  - 2) [+]**Стойкий гипотиреоз**
  - 3) [-]Функция щитовидной железы восстанавливается
  - 4) [-]Лимфаденопатия
  - 5) [-]Спленомегалия
- 

**7. Для диагностики аутоиммунного тиреоидита необходимо:**

- 1) [-]Определить титр антител к компонентам ткани щитовидной железы

- 2) [-]Выполнить УЗИ щитовидной железы
  - 3) [-]Выявить клинические проявления гипотиреоза
  - 4) [-]Подтвердить гипотиреоз данными лабораторного определения плазменных уровней гормонов щитовидной железы и ТТГ
  - 5) [+]**Выполнить все вышеперечисленное**
- 

**8. Наиболее оптимальной лечебной тактикой при подостром тиреоидите является:**

- 1) [-]Субтотальная резекция щитовидной железы
  - 2) [-]Антибиотикотерапия
  - 3) [-]Тиреостатическая терапия
  - 4) [+]**Лечение глюкокортикоидами**
  - 5) [-]Плазмаферез
- 

**9. Для субклинического гипотиреоза характерно:**

- 1) [-]Т3 – повышен; Т4 – в норме; ТТГ – в норме
  - 2) [+]**Т3 – в норме; Т4 – в норме; ТТГ – повышен**
  - 3) [-]Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – повышен
  - 4) [-]Т3 – подавлен /снижен/; Т4 – подавлен /снижен/; ТТГ – существенно повышен
  - 5) [-]Т3 – в норме; Т4 – повышен; ТТГ – в норме
- 

**10. Для диффузного токсического зоба характерно:**

- 1) [-]Повышение титра антител к тиреоглобулину
- 2) [-]Повышение титра антител к тиропероксидазе
- 3) [+]**Повышение титра антител к рецепторам ТТГ**

4) [-]Повышением титра антител к глутаматдекарбоксилазе

5) [-]Нормальные титры антител к компонентам ткани щитовидной железы

---

## **11. Симптом Мебиуса проявляется**

1) [-]Отставанием верхнего века от радужки при взгляде вверх

2) [-]Отставанием верхнего века от радужки при взгляде вниз

3) [-]Отсутствием наморщивания лба при взгляде вверх

4) [+]**Потерей способности фиксировать взгляд на близком расстоянии**

5) [-]Гиперпигментацией вокруг глаз

---

## **12. Эндокринная офтальмопатия является:**

1) [+]**Самостоятельным аутоиммунным заболеванием**

2) [-]Осложнением аутоиммунного тиреоидита

3) [-]Осложнением тиреоидита Риделя

4) [-]Осложнением тиреоидита де Кервена

5) [-]Осложнением диффузного токсического зоба

---

**13. Для претибиальной микседемы характерно то, что она:**

1) [-]Является проявлением гипотиреоза

2) [-]Является проявлением тиреотоксикоза

3) [+]**Является аутоиммунным заболеванием**

4) [-]Является следствием травматических повреждений

5) [-]Развивается после 45 лет

---

## **14. Первичный гипотиреоз обусловлен:**

1) [+]Патологией щитовидной железой со снижением синтеза тиреоидных гормонов

2) [-]Снижением секреции ТТГ

3) [-]Снижением секреции тиролиберина

4) [-]Секрецией биологически неактивного Т3

5) [-]Секрецией биологически неактивного Т4

---

### **15. Вторичный гипотиреоз обусловлен:**

1) [-]Торможением синтеза тиреоидных гормонов из-за недостатка йода в организме

2) [+]Снижением секреции ТТГ

3) [-]Снижением секреции тиролиберина

---

### **16. Для лечения гипотиреоза наиболее целесообразно использовать:**

1) [-]Тиреоидин

2) [-]Тиреотом

3) [-]Тирекомб

4) [-]Трийодтиронин

5) [+]Эутирокс

---

### **17. В лечении эндемического зоба предпочтительнее использовать:**

1) [-]Препараты йода

2) [-]Тиреоидные гормоны

3) [-]Глюкокортикоиды

4) [+]Комбинацию препаратов йода и тиреоидных гормонов

5) [-]Радиоактивный йод

---

### **18. Особенностью функциональной автономии**

## **щитовидной железы, является:**

- 1) [-]Сохранение зависимости секреции тиреоидных гормонов от секреции ТТГ
- 2) [+]Автономная секреция тиреоидных гормонов, не зависящая от секреции ТТГ
- 3) [-]Отсутствие подавления секреции ТТГ
- 4) [-]Подавление секреции не только ТТГ, но и АКТГ
- 5) [-]Повышенная чувствительность тироцитов к действию ТТГ

---

## **19. Унифокальная функциональная автономия щитовидной железы представляет собой:**

- 1) [+]Тиреотоксическую аденому
- 2) [-]Узловую форму диффузного токсического зоба
- 3) [-]Узловую форму аутоиммунного тиреоидита
- 4) [-]Узловую форму тиреоидита де Кервена
- 5) [-]Узловую форму тиреоидита Риделя

---

## **20. Норма ежедневного потребления йода для взрослых составляет:**

- 1) [-]50 мкг
- 2) [-]75 мкг
- 3) [-]100 мкг
- 4) [-]125 мкг
- 5) [+]150 мкг

---

## **21. Тяжелой степени зобной эндемии соответствуют следующие значения медианы йодурии:**



- 1) [-]100-80 мкг/л
  - 2) [-]80-60 мкг/л
  - 3) [-]60-40 мкг/л
  - 4) [-]40-20 мкг/л
  - 5) [+]Менее 20 мкг/л
- 

**22. Для клинической картины эндемического зоба характерно:**

- 1) [-]Нарушение памяти
  - 2) [-]Сухость кожных покровов, выпадение волос
  - 3) [-]Прибавка веса, запоры
  - 4) [+]Все перечисленное
  - 5) [-]Ничего из перечисленного
- 

**23. Для клинической картины аутоиммунного тиреоидита характерно:**

- 1) [-]Острое развитие заболевания
  - 2) [+]Медленное развитие в течение нескольких лет
  - 3) [-]Увеличение регионарных лимфатических узлов
  - 4) [-]Длительный субфебрилитет
  - 5) [-]Болезненность щитовидной железы при пальпации
- 

**24. Для сканограммы при аутоиммунном тиреоидите характерно:**

- 1) [-]Наличие "горячего" узла
- 2) [-]Наличие "холодного" узла
- 3) [+]Неравномерное поглощение радиофармпрепарата / РФП
- 4) [-]Отсутствие поглощения РФП

5) [-]Ничего из перечисленного

---

**25. Показанием к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита является:**

- 1) [-]Наличие узлов
  - 2) [+]Большие размеры зоба со сдавлением органов шеи
  - 3) [-]Тиреотоксикоз
  - 4) [-]Все перечисленное
  - 5) [-]Ничего из перечисленного
- 

**26. Синонимом фиброзного тиреоидита является:**

- 1) [+]Зоб Риделя
  - 2) [-]Болезнь Грейвса-Базедова
  - 3) [-]Зоб Хашимото
  - 4) [-]Зоб де Кервена
  - 5) [-]Ничего из перечисленного
- 

**27. По данным пальпации щитовидная железа при фиброзном тиреоидите:**

- 1) [-]Мягкая
  - 2) [-]Плотная, неоднородная
  - 3) [+]Гладкая, деревянисто-плотная
  - 4) [-]Эластическая
  - 5) [-]Узлоподобно изменена
- 

**28. Лечение фиброзного тиреоидита:**

- 1) [-]Медикаментозное
- 2) [-]Физиотерапевтическое

3) [-]Рентгенотерапевтическое

4) [+]Хирургическое

5) [-]Лазеротерапия

---

**29. Для диагностики аутоиммунного тиреоидита функциональные пробы:**

1) [-]Необходимы

2) [+]Не имеют существенного значения

---

**30. Продолжительность лечения диффузного токсического зоба тиреостатиками составляет не менее:**

1) [-]2-3 месяцев

2) [-]4-6 месяцев

3) [-]7-11 месяцев

4) [+]12-18 месяцев

5) [-]19-24 месяцев

---

**31. К показаниям для проведения радиоiodтерапии при диффузном токсическом зобе не относится:**

1) [-]Отсутствие эффекта от длительной консервативной терапии

2) [-]Небольшие размеры зоба у лиц старше 40 лет

3) [+]Рецидив тиреотоксикоза у лиц молодого возраста

4) [-]Наличие сердечно-сосудистой недостаточности, как осложнения тиреотоксикоза, и являющейся противопоказанием к хирургическому лечению

5) [-]Рецидив тиреотоксикоза после хирургического вмешательства

## **32. При диффузном токсическом зобе механизм действия радиоактивного йода обусловлен:**

- 1) [-]Снижением конверсии тироксина в трийодтиронин
  - 2) [+]Воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью
  - 3) [-]Блокированием поступления йода в щитовидную железу
  - 4) [-]Воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе)
  - 5) [-]Всем перечисленным
- 

## **33. Гипергонадотропный гипогонадизм выявляется при:**

- 1) [-]Синдроме Каллманна
  - 2) [-]Синдроме Тернера
  - 3) [-]Синдроме Штейн-Левенталя
  - 4) [-]Синдроме Клайнфельтера
  - 5) [+]При всем перечисленном
- 

## **34. Для гипогонадотропного гипогонадизма характерно все перечисленное, кроме:**

- 1) [+]Высокого уровня гонадотропных гормонов в плазме крови
  - 2) [-]Снижения секреции гонадотропинов
  - 3) [-]Уменьшения размеров гонад
  - 4) [-]Снижения секреции половых гормонов
  - 5) [-]Слабого развития вторичных половых признаков
- 

## **35. Причиной развития сахарного диабета 1 типа является:**

- 1) [-]Гиалиноз бета-клеток
  - 2) [-]Амилоидоз бета-клеток
  - 3) [-]Апоптоз бета-клеток
  - 4) [-]Инсулинорезистентность
  - 5) [+]Аутоиммунная деструкция бета-клеток
- 

**36. В патогенезе сахарного диабета 1 типа играет роль:**

- 1) [-]Снижение количества рецепторов к инсулину
  - 2) [-]Избыточное образование гормональных антагонистов инсулина
  - 3) [-]Избыточное образование негормональных антагонистов инсулина
  - 4) [+]Ничего из перечисленного
  - 5) [-]Все перечисленное
- 

**37. Взаимосвязь сахарного диабета 1 типа с гаплотипами системы HLA:**

- 1) [-]Отсутствует
  - 2) [+]Имеется
- 

**38. Взаимосвязь сахарного диабета 2 типа с гаплотипами системы HLA:**

- 1) [+]Не доказана
  - 2) [-]Доказана
- 

**39. Диагностическим лабораторным критерием сахарного диабета является уровень глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы:**

- 1) [-]>7,8 ммоль/л
  - 2) [-]>9,1 ммоль/л
  - 3) [-]>10 ммоль/л
  - 4) [+]>11,1 ммоль/л
  - 5) [-]>14 ммоль/л
- 

**40. Диагностическим лабораторным критерием нарушенной гликемии натощак является уровень глюкозы в капиллярной крови натощак:**

- 1) [-]>5, 5 ммоль/л
  - 2) [-]>6, 0 ммоль/л
  - 3) [+]>5, 5 ммоль/л, но
  - 4) [-]>5, 5 ммоль/л, но
  - 5) [-]>5, 5 ммоль/л, но
- 

**41. Диагностическим лабораторным критерием нарушенной толерантности к глюкозе является:**

- 1) [-]Уровень глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после нагрузки глюкозой > 7, 8 ммоль/л
  - 2) [+]Уровень глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после нагрузки глюкозой >7, 8 ммоль/л, но
  - 3) [-]Уровень глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после нагрузки глюкозой >11,1 ммоль/л, но
  - 4) [-]Уровень глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после нагрузки глюкозой > 14 ммоль/л
  - 5) [-]Уровень глюкозы в капиллярной крови натощак > 7, 8 ммоль/л
- 

**42. В подавляющем большинстве случаев инсулинорезистентность обусловлена:**

- 1) [+]Ожирением
  - 2) [-]Длительным приемом глюкокортикоидов
  - 3) [-]Хроническими стрессами
  - 4) [-]Генетическими причинами
  - 5) [-]Длительным приемом тиазидовых диуретиков
- 

**43. В каком случае следует ожидать гиперинсулинемию ?**

- 1) [-]Хронический панкреатит
  - 2) [+]Синдром Иценко-Кушинга
  - 3) [-]Гиперальдостеронизм
  - 4) [-]Гемохроматоз
  - 5) [-]Ни в каком из перечисленных случаев
- 

**44. Гипергликемия лежит в основе:**

- 1) [-]Осмотического диуреза
  - 2) [-]Глюкозурии
  - 3) [-]Дегидратации
  - 4) [-]Потери электролитов
  - 5) [+]Всего перечисленного
- 

**45. При абсолютной инсулиновой недостаточности плазменный уровень С-пептида:**

- 1) [+]Резко понижен или не определяется
  - 2) [-]Повышен
  - 3) [-]Нормальный
  - 4) [-]Возможен любой вариант из перечисленных выше в зависимости от клинической ситуации
- 

**46. При сахарном диабете 2 типа склонность к**

## **развитию кетоацидоза:**

- 1) [-]Имеется
  - 2) [+]Отсутствует
- 

## **47. Легкой степени тяжести сахарного диабета соответствует ситуация:**

1) [-]Адекватная компенсация углеводного обмена достигается инсулинотерапией, отсутствуют любые осложнения сахарного диабета

2) [-]Адекватная компенсация углеводного обмена достигается сочетанием диеты с таблетированным сахаропонижающим препаратом, отсутствуют любые осложнения сахарного диабета

3) [+]Адекватная компенсация углеводного обмена достигается одной диетой, отсутствуют любые осложнения сахарного диабета

4) [-]Адекватная компенсация углеводного обмена достигается одной диетой, имеется диабетическая макроангиопатия

5) [-]Адекватная компенсация углеводного обмена достигается сочетанием диеты с таблетированным сахаропонижающим препаратом, имеется автономная форма диабетической нейропатии

---

## **48. Критериям компенсации углеводного обмена при сахарном диабете соответствует уровень глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после еды:**

- 1) [-]Менее 7,5 ммоль/л
- 2) [+]7,5-8 ммоль/л



3) [-]8,1-8,5 ммоль/л

4) [-]8,6-9 ммоль/л

5) [-]Менее 9 ммоль/л

---

**49. Риск развития и прогрессирования диабетической микроангиопатии повышен, если:**

1) [-]HbA1c >5,5%

2) [-]HbA1c >6%

3) [-]HbA1c >6,5%

4) [-]HbA1c >7%

5) [+]HbA1c >7,5%

---

**50. Риск развития и прогрессирования макроангиопатии у больных сахарным диабетом повышен, если:**

1) [-]HbA1c >5%

2) [-]HbA1c >5,5%

3) [-]HbA1c >6%

4) [+]HbA1c >6,5%

5) [-]При всех перечисленных значениях

---

**51. При диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии суточная потеря белка с мочой составляет:**

1) [-]Менее 20 мг

2) [-]Менее 30 мг

3) [-]20-200 мг

4) [+]30-300 мг

5) [-]Более 300 мг

**52. При выявлении диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии к проводимой терапии необходимо добавить:**

- 1) [-]Глюкокортикоиды
- 2) [-]Аспирин
- 3) [-]Бета-блокаторы
- 4) [-]Антагонисты кальция
- 5) [+]**Ингибиторы АПФ**

**53. На стадии хронической почечной недостаточности при диабетической нефропатии для коррекции уровня гликемии необходимо назначить:**

- 1) [+]**Инсулинотерапию**
- 2) [-]Глюренорм
- 3) [-]Диабетон
- 4) [-]Метформин
- 5) [-]Манинил

**54. Определение содержания гликированного гемоглобина позволяет оценить качество компенсации углеводного обмена на протяжении предшествующих:**

- 1) [-]2-3 дней
- 2) [+]**3 месяцев**
- 3) [-]6 месяцев
- 4) [-]9 месяцев
- 5) [-]12 месяцев

**55. При развитии диабетической нейропатии раньше всего происходит нарушение чувствительности:**

- 1) [-]Болевой
  - 2) [-]Температурной
  - 3) [-]Тактильной
  - 4) [+]**Вибрационной**
  - 5) [-]Проприоцептивной
- 

**56. Для диагностики автономной формы диабетической полинейропатии существенного значения не имеет:**

- 1) [-]Определение ЧСС на вдохе и выдохе
  - 2) [-]Ортостатическая проба
  - 3) [-]Проба Вальсальвы
  - 4) [-]Холтеровское мониторирование ЭКГ
  - 5) [+]**Определение вибрационной чувствительности с использованием биотензиометра**
- 

**57. Для лечения диабетической полинейропатии используют:**

- 1) [+]**Тиоктовую кислоту**
  - 2) [-]Никотиновую кислоту
  - 3) [-]Липоевую кислоту
  - 4) [-]Липамид
  - 5) [-]Линетол
- 

**58. На чувствительность тканей к инсулину не оказывает влияние:**

- 1) [+] Назначение ингибиторов альфа-глюкозидазы
  - 2) [-] Назначение бигуанидов
  - 3) [-] Назначение тиазолидиндионов
  - 4) [-] Назначение глюкокортикоидов
  - 5) [-] Физическая нагрузка
- 

**59. Основным механизмом действия препаратов сульфонилмочевины является:**

- 1) [-] Уменьшение продукции глюкозы печенью
  - 2) [-] Снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой тканей
  - 3) [+] Стимуляция секреции инсулина
  - 4) [-] Снижение всасывания глюкозы в кишечнике
  - 5) [-] Все перечисленное
- 

**60. К препаратам сульфонилмочевины 3 поколения относится:**

- 1) [-] Натеглинид
  - 2) [-] Гликвидон
  - 3) [-] Глибенкламид
  - 4) [+] Глимепирид
  - 5) [-] Глибомет
- 

**61. К бигуанидам относится:**

- 1) [-] Актос
- 2) [-] Амарил
- 3) [+] Сиофор
- 4) [-] Старликс
- 5) [-] Все перечисленное

**62. К ингибиторам альфа-глюкозидазы относится:**

- 1) [-]Глюкованс
  - 2) [+]Глюкобай
  - 3) [-]Глюкофаж
  - 4) [-]Глибenez-ретард
  - 5) [-]Глюренорм
- 

**63. К инкретиномиметикам относится:**

- 1) [-]Розиглитазон
  - 2) [+]Эксенатид
  - 3) [-]Глулизин
  - 4) [-]Гларгин
  - 5) [-]Ничего из перечисленного
- 

**64. Является недопустимой комбинация препаратов:**

- 1) [-]Сульфонилмочевина + бигуаниды
  - 2) [-]Сульфонилмочевина + тиазолидиндионы
  - 3) [+]Сульфонилмочевина + меглитиниды
  - 4) [-]Сульфонилмочевина + эксенатид
  - 5) [-]Сульфонилмочевина + инсулин
- 

**65. В случае неэффективности диеты и физических нагрузок у больного с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа при гликемии натощак 6,0-8,0 ммоль/л и значениях ИМТ >25 кг/м<sup>2</sup> следует назначить:**

- 1) [+]Метформин

- 2) [-]Препараты сульфонилмочевины 2 поколения
  - 3) [-]Препараты сульфонилмочевины 3 поколения
  - 4) [-]Акарбозу
  - 5) [-]Меглитиниды
- 

**66. Адренергические проявления**

**гипогликемии:**

- 1) [-]Гипотермия
  - 2) [+]Тошнота
  - 3) [-]Амнезия
  - 4) [-]Нарушения зрения
  - 5) [-]Головная боль
- 

**67. Нейрогликопенические проявления:**

- 1) [+]Оглушенность
  - 2) [-]Потливость
  - 3) [-]Тремор
  - 4) [-]Тошнота
  - 5) [-]Чувство голода
- 

**68. Для патологического гиперкортицизма не является характерным:**

- 1) [-]Появление стрий на коже
  - 2) [-]Артериальная гипертензия
  - 3) [+]Гипогликемический состояния
  - 4) [-]Гипокалиемия
  - 5) [-]Развитие остеопороза
- 

**69. Для подтверждения гиперкортицизма необходимо:**

- 1) [-]Определить суточную экскрецию 17-КС с мочой
  - 2) [-]Определить суточную экскрецию 17-ОКС с мочой
  - 3) [+]**Определить суточную экскрецию кортизола с мочой**
  - 4) [-]Определить суточную экскрецию ванилилминдальной кислоты с мочой
  - 5) [-]Провести большую пробу с дексаметазоном
- 

**70. Большая проба с дексаметазоном проводится с целью:**

- 1) [-]Диагностики патологического гиперкортицизма
  - 2) [-]Диагностики гиперплазии коры надпочечников
  - 3) [-]Диагностики гипоталамического синдрома
  - 4) [+]**С целью дифференциальной диагностики болезни Иценко-Кушинга и синдрома Иценко-Кушинга**
  - 5) [-]Всего перечисленного
- 

**71. Наиболее доступным эффективным методом лучевой терапии при болезни Иценко-Кушинга является:**

- 1) [-]Рентгенотерапия на гипоталамо-гипофизарную область
  - 2) [-]Телегамматерапия
  - 3) [+]**Протонотерапия**
  - 4) [-]Введение радиоизотопов в гипофиз /иттрий-90/
  - 5) [-]Введение в гипофиз радиоактивного золота
- 

**72. Целесообразно назначить протонотерапию в случае:**

- 1) [-]При гипоталамическом синдроме
- 2) [-]Нодулярной гиперплазии коры надпочечников

3) [-]АКТГ-эктопированной опухоли

4) [-]Доказанной болезни Иценко-Кушинга при визуализации аденомы гипофиза

5) [+]Доказанной болезни Иценко-Кушинга при отсутствии аденомы гипофиза

---

**73. Для активной стадии акромегалии не является характерным:**

1) [-]Укрупнение черт лица, кистей и стоп

2) [-]Отеки

3) [+]Снижение АД

4) [-]Боли в суставах

5) [-]Потливость

---

**74. При проведении пробы с тиролиберином в активной стадии акромегалии уровень гормона роста по сравнению с базальным уровнем:**

1) [-]Незначительно повышается

2) [+]Значительно повышается

3) [-]Не изменяется

4) [-]Значительно понижается

5) [-]Незначительно понижается

---

**75. К причинам симптоматической гиперпролактинемии не относится:**

1) [+]Пролактинома

2) [-]Первичный гипотиреоз

3) [-]Поликистоз яичников

4) [-]Почечная недостаточность



5) [-]Длительный прием препаратов с антидофаминомиметической активностью

---

**76. Основным методом лечения гиперпролактинемического гипогонадизма неопухолевого генеза является:**

- 1) [-]Терапия гонадотропинами
  - 2) [+]Терапия агонистами дофаминовых рецепторов
  - 3) [-]Протонотерапия на область гипофиза
  - 4) [-]Телегамматерапия
  - 5) [-]Хирургическое лечение
- 

**77. Для оценки эффективности лечения гиперпролактинемии дофаминомиметиками:**

- 1) [+]Необходим контроль плазменного уровня пролактина
  - 2) [-]Контроль плазменного уровня пролактина не является необходимым
- 

**78. Для пролактиномы характерно:**

- 1) [-]Понижение уровня ТТГ
  - 2) [+]Понижение уровня ЛГ
  - 3) [-]Повышение уровня тестостерона
  - 4) [-]Понижение уровня ИРФ-1
  - 5) [-]Понижение уровня калия в крови
- 

**79. При несахарном диабете осмолярность плазмы крови соответствует значениям:**

- 1) [-]200-220 мосм/л
- 2) [-]221-240 мосм/л
- 3) [-]241-260 мосм/л

4) [-]261-290 мосм/л

5) [+]Превышает 290 мосм/л

---

**80. При несахарном диабете осмолярность мочи соответствует значениям:**

1) [+]Менее 300 мосм/л

2) [-]300-330 мосм/л

3) [-]331-360 мосм/л

4) [-]361-390 мосм/л

5) [-]Более 390 мосм/л

---

**81. К современным препаратам для лечения центральной формы несахарного диабета относится:**

1) [-]Хлорпропамид

2) [-]Препараты лития

3) [-]Диметилхлортетрациклин

4) [+]Минирин

5) [-]Адиурекрин

---

**82. Механизм длительного действия паратгормона обусловлен:**

1) [-]Увеличением активности остеокластов

2) [-]Понижением реабсорбции фосфатов в почечных канальцах

3) [-]Повышением синтеза активной формы витамина D

4) [+]Всем перечисленным

5) [-]Ничем из перечисленного

---

**83. На наличие первичного гиперпаратиреоза**

**могут указывать следующие состояния, кроме:**

- 1) [-]Рецидивирующей язвы желудка
- 2) [+]Хронического пиелонефрита
- 3) [-]Двухстороннего нефролитиаза
- 4) [-]Стойкой депрессии
- 5) [-]Панкреокальциноза

---

**84. Характерным рентгенологическим признаком первичного гиперпаратиреоза на рентгенограммах кистей является:**

- 1) [-]Укорочение фаланг
- 2) [-]Признаки уплотнения костной ткани
- 3) [+]Субпериостальная резорбция
- 4) [-]Кальцификаты в мягких тканях
- 5) [-]Пролиферативные изменения на краевых поверхностях суставов

---

**85. При первичном гиперпаратиреозе наиболее характерны ранние изменения костей:**

- 1) [+]Кистей
- 2) [-]Таза
- 3) [-]Череп
- 4) [-]Позвоночника
- 5) [-]Грудины

---

**86. Наиболее частой причиной хронической недостаточности коры надпочечников:**

- 1) [-]Кровоизлияние в гипофиз
- 2) [-]Кровоизлияние в надпочечники

- 3) [-]Адренолейкодистрофия
  - 4) [-]Инфекционное поражение надпочечников
  - 5) [+]Аутоиммунная деструкция коры надпочечников
- 

**87. Для диагностики хронической надпочечниковой недостаточности при стертой клинической картине первоначально проводят:**

- 1) [+]Короткий тест с синактеном
  - 2) [-]Тест с метирапоном
  - 3) [-]Тест с инсулиновой гипогликемией
  - 4) [-]Все перечисленное
  - 5) [-]Ничего из перечисленного
- 

**88. К критериям адекватности глюкокортикоидного компонента заместительной гормональной терапии при хронической надпочечниковой недостаточности относится:**

- 1) [-]Нормализация уровней калия и натрия в плазме крови
  - 2) [-]Нормализация уровня активности ренина плазмы
  - 3) [+]Отсутствие или регресс гиперпигментации
  - 4) [-]Ничего из перечисленного
  - 5) [-]Все перечисленное
- 

**89. Для глюкостеромы характерно все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Гипокалиемии
- 2) [-]Диспластического ожирения
- 3) [-]Язвенных поражений ЖКТ
- 4) [-]Артериальной гипертензии

5) [+]Гиперпигментации кожных покровов и слизистых

---

### **90. Для глюкостеромы характерно:**

- 1) [-]Положительная малая проба с дексаметазоном
  - 2) [+]Отрицательная большая проба с дексаметазоном
  - 3) [-]Гиперкалиемиа
  - 4) [-]Гипогликемические состояния
  - 5) [-]Все перечисленное
- 

### **91. Для диагностики феохромоцитомы определяют:**

- 1) [-]Уровень катехоламинов в крови
  - 2) [+]Суточную экскрецию с мочой ванилилминдальной кислоты
  - 3) [-]Суточную экскрецию с мочой метанефрина
  - 4) [-]Все вышеперечисленное
  - 5) [-]Ничего из перечисленного
- 

### **92. В предоперационный период больным с феохромоцитомой назначают:**

- 1) [-]Диуретики
  - 2) [-]Клонидин
  - 3) [+]Альфа-адреноблокаторы
  - 4) [-]Бета-адреноблокаторы
  - 5) [-]Все перечисленное
- 

### **93. Для первичного гиперальдостеронизма характерно все, кроме:**

- 1) [-]Стойкой артериальной гипертензии
- 2) [-]Мышечной слабости

- 3) [-]Гипокалиемии
  - 4) [-]Нарушения функции почек
  - 5) [+]Выраженных отеков
- 

**94. К основным клиническим вариантам кетоацидотической комы не относится:**

- 1) [-]Абдоминальная форма
  - 2) [+]Миопатическая форма
  - 3) [-]Почечная форма
  - 4) [-]Энцефалопатическая форма
  - 5) [-]Кардиоваскулярная форма
- 

**95. При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию начинают с внутривенного введения:**

- 1) [+]Изотонического раствора хлорида натрия
  - 2) [-]5% раствора глюкозы
  - 3) [-]Гипотонического 0,45% раствора хлорида натрия
  - 4) [-]Бикарбоната натрия
  - 5) [-]Растворов калия
- 

**96. Быстрое введение инсулина при диабетической коме может явиться причиной:**

- 1) [-]Гипогликемии
- 2) [-]Отека мозга
- 3) [-]Гипокалиемии
- 4) [+]Всего перечисленного
- 5) [-]Ничего из перечисленного

**97. Для гиперосмолярной комы характерно:**

- 1) [-]Дыхание Куссмауля
  - 2) [+]Неврологическая симптоматика
  - 3) [-]Запах ацетона изо рта
  - 4) [-]Кетонурия
  - 5) [-]Нормальный уровень гликемии
- 

**98. Для купирования криза при феохромоцитоме используют:**

- 1) [-]Феноксифензамин
  - 2) [-]Пропранолол
  - 3) [+]Реджитин
  - 4) [-]Клдонидин
  - 5) [-]Каптоприл
- 

**99. Возможен ли переход острого гломерулонефрита в хронический гломерулонефрит:**

- 1) [-]Да
  - 2) [+]Нет
- 

**100. Частота острого гломерулонефрита составляет:**

- 1) [+]Менее 1%
- 2) [-]Менее 10%
- 3) [-]Менее 20%
- 4) [-]Менее 30%
- 5) [-]Менее 40%

## **101. Морфологические изменения, характеризующие острый гломерулонефрит:**

- 1) [+]Проплиферация мезангиальных и эндотелиальных клеток
  - 2) [-]Кортикальный некроз
  - 3) [+]Экссудация полиморфноядерными лейкоцитами и моноцитами клубочков
  - 4) [-]Отложения амилоида в клубочках, около базальных мембран канальцев и в кровеносных сосудах
- 

## **102. Препараты, используемые для лечения острого гломерулонефрита:**

- 1) [-]Антибиотики
  - 2) [-]Цитостатики
  - 3) [+]Глюкокортикоиды
  - 4) [-]НПВП
  - 5) [-]Гиполипидемические средства
- 

## **103. Ранняя смертность при остром гломерулонефрите составляет:**

- 1) [+]Менее 1%
  - 2) [-]Менее 5%
  - 3) [-]Менее 10%
  - 4) [-]Менее 15%
- 

## **104. Что не характерно для IgA-нефропатии:**

- 1) [+]Анемия
- 2) [-]Макрогематурия
- 3) [-]Прогноз благоприятный



4) [+]Нефротический синдром

5) [-]Артериальная гипертензия

---

**105. Какой из иммунологических показателей периферической крови имеет наибольшее значение в диагностике хронического гломерулонефрита:**

1) [-]Антитела к антигенам базальной мембраны клубочка

2) [-]Комплемент сыворотки

3) [-]Циркулирующие иммунные комплексы

4) [-]Зрелые Т-лимфоциты

5) [+]Ранние лимфоидные предшественники – TdT+клетки

---

**106. При хроническом гломерулонефрите показанием для назначения глюкокортикоидов является:**

1) [-]Артериальная гипертензия

2) [-]Мочевой синдром

3) [+]Нефротический синдром

4) [-]Почечная недостаточность

---

**107. Ингибиторы АПФ:**

1) [-]Снижают тонус афферентной артериолы

2) [-]Повышают тонус афферентной артериолы

3) [+]Снижают тонус эфферентной артериолы

4) [-]Повышают тонус эфферентной артериолы

---

**108. Пиелонефрит чаще встречается у:**

1) [-]Мужчин

2) [+]Женщин

---

**109. Диагностически значимой бактериурией является:**

- 1) [-]Более 10<sup>3</sup> микробных тел в 1 мл мочи
- 2) [-]Более 10<sup>4</sup> микробных тел в 1 мл мочи
- 3) [+]Более 10<sup>5</sup> микробных тел в 1 мл мочи
- 4) [-]Более 10<sup>6</sup> микробных тел в 1 мл мочи

---

**110. Факторами риска пиелонефрита не являются:**

- 1) [-]Нарушение местного иммунитета
- 2) [-]Нарушение уродинамики
- 3) [+]Анемия
- 4) [-]Гормональные нарушения
- 5) [+]Гиподинамия

---

**111. Почки больных хроническим пиелонефритом на стадии ХПН:**

- 1) [+]Уменьшены в размерах
- 2) [-]Нормальных размеров
- 3) [-]Увеличены в размерах

---

**112. Для лечения хронического пиелонефрита не используются:**

- 1) [+]Глюкокортикоиды
- 2) [-]Ингибиторы АПФ
- 3) [-]Антибиотики
- 4) [+]Цитостатики

**113. Массивная протеинурия - это потеря белка с мочой:**

- 1) [-]До 1 г/сут
  - 2) [-]1-2 г/сут
  - 3) [-]2-3 г/сут
  - 4) [+]Более 3 г/сут
- 

**114. В основе нефротического синдрома лежат следующие морфологические изменения:**

- 1) [+]Деструкция подоцитов
  - 2) [+]Дефекты базальных мембран капилляров
  - 3) [-]Кортикальный некроз
- 

**115. Осложнением нефротического синдрома не является:**

- 1) [-]Тромбоэмболия
  - 2) [-]Пневмония
  - 3) [-]Отек головного мозга
  - 4) [+]Дисэлектролитемия
  - 5) [-]ДВС синдром
- 

**116. Для лечения нефротического синдрома не используются:**

- 1) [-]Антикоагулянты
- 2) [-]Глюкокортикоиды
- 3) [+]Нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) [-]Мочегонные средства

5) [-]Ингибиторы АПФ

---

**117. Основная причина закрепления АГ при заболеваниях почек:**

- 1) [-]Активация прессорной системы почек
  - 2) [+]Истощение депрессорной системы почек
- 

**118. Морфологическим эквивалентом закрепления АГ является:**

- 1) [+]Склероз интерстиция мозгового слоя почек
  - 2) [-]Кортикальный некроз
  - 3) [-]Мезангиальная пролиферация
  - 4) [-]"Облысение" ножек подоцитов
- 

**119. Группы препаратов, используемые для лечения артериальной гипертензии при заболеваниях почек:**

- 1) [-]Ингибиторы АПФ
  - 2) [-]Мочегонные средства
  - 3) [-]Антагонисты рецепторов к ангиотензину II
  - 4) [-]Антагонисты кальция
  - 5) [+]Все перечисленные
- 

**120. В понятие «диабетическая нефропатия» не входит:**

- 1) [-]Гломерулосклероз
- 2) [-]Артерионефросклероз
- 3) [+]Пиелонефрит
- 4) [-]Хронический интерстициальный нефрит

5) [-]Различные повреждения канальцев почки

---

**121. В основе современной классификации диабетической нефропатии лежит:**

- 1) [-]Нефротический синдром
  - 2) [-]Протеинурия
  - 3) [+]**Микроальбуминурия**
- 

**122. Микроальбуминурия – экскреция белка с мочой в количестве:**

- 1) [-]Менее 20 мг/л
  - 2) [+]**От 20 до 200 мг/л**
  - 3) [-]Более 200 мг/л
- 

**123. Основной причиной, приводящей к смерти больных СД 1 типа, является:**

- 1) [-]Инфаркт миокарда
  - 2) [-]Инсульт
  - 3) [-]Онкологические болезни
  - 4) [+]**Хроническая почечная недостаточность**
  - 5) [-]Комы
- 

**124. Почки больных СД на стадии ХПН:**

- 1) [-]Уменьшены в размерах
  - 2) [+]**Нормальных размеров**
  - 3) [-]Увеличены в размерах
- 

**125. Причинами вторичного амилоидоза могут быть:**

- 1) [+]**Туберкулез**

- 2) [-]Хронический тонзиллит
  - 3) [-]Язвенная болезнь
  - 4) [+]Ревматоидный артрит
  - 5) [-]Гепатит
- 

**126. Морфологические изменения при амилоидозе почек включают:**

- 1) [-]Мезангиальную пролиферацию
  - 2) [-]Кортикальный некроз
  - 3) [-]Тубуло-интерстициальные изменения
  - 4) [+]Отложения амилоида в клубочках, около базальных мембран канальцев и в кровеносных сосудах
- 

**127. Лечение амилоидоза на стадии почечной недостаточности включает:**

- 1) [+]Гемодиализ
  - 2) [-]Перитонеальный диализ
  - 3) [+]Трансплантацию почек
- 

**128. Частота тубуло-интерстициального нефрита составляет:**

- 1) [+]0,7 на 100000 населения
  - 2) [-]1,4 на 100000 населения
  - 3) [-]2,8 на 100000 населения
  - 4) [-]5,6 на 100000 населения
  - 5) [-]11,2 на 100000 населения
- 

**129. Под тубуло-интерстициальным нефритом понимают:**

- 1) [-]Инфекционное диффузное поражение интерстиция и

канальцев почек

2) [+] Неинфекционное диффузное поражение интерстиция и канальцев почек

3) [-] Инфекционное и неинфекционное диффузное поражение интерстиция и канальцев почек

---

**130. Переход острого тубулоинтерстициального нефрита в хронический тубулоинтерстициальный нефрит:**

1) [-] Возможен

2) [+] Не возможен

---

**131. Какое утверждение является верным:**

1) [-] 80% больных с острым тубулоинтерстициальным нефритом нуждаются в специальном лечении

2) [+] 80% больных с острым тубулоинтерстициальным нефритом не нуждаются в специальном лечении

---

**132. В остром периоде лекарственных нефропатий в гемодиализе нуждаются:**

1) [-] 20-25% больных

2) [+] 30-35% больных

3) [-] 40-45% больных

4) [-] 50-55% больных

---

**133. Больные, перенесшие острый тубулоинтерстициальный нефрит, должны находиться под наблюдением нефролога в течение:**

1) [-] 1 года

- 2) [-]2 лет
- 3) [+]3 лет
- 4) [-]4 лет

---

**134. Наиболее частая причина ренальной ОПН:**

- 1) [-]Острый гломерулонефрит
- 2) [-]Быстро прогрессирующий нефрит
- 3) [+]Острый канальцевый некроз
- 4) [-]Острый интерстициальный нефрит

---

**135. Анурия – это выделение мочи за сутки в количестве менее чем:**

- 1) [-]500 мл
- 2) [-]400 мл
- 3) [-]300 мл
- 4) [+]100 мл
- 5) [-]50 мл

---

**136. Для ренальной ОПН характерно:**

- 1) [-]Снижение экскреции натрия и хлора с мочой
- 2) [+]Повышение экскреции натрия и хлора с мочой
- 3) [-]Соотношение креатинин мочи/ креатинин плазмы более 40
- 4) [+]Соотношение креатинина мочи/ креатинин плазмы менее 20

---

**137. Показанием к проведению почечной заместительной терапии у больных с ОПН не является:**

- 1) [-]Повышение уровня мочевины плазмы более 50 ммоль/



л

- 2) [-]Стабильное повышение уровня калиемии более 6,5 ммоль/л
  - 3) [-]BE более 14-16 ммоль/л
  - 4) [+]Повышение уровня креатинина сыворотки крови до 0,6 ммоль/л
  - 5) [-]Суточная экскреция натрия с мочой более 30 ммоль/л
- 

**138. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:**

- 1) [-]10% функционирующих нефронов
  - 2) [-]25% функционирующих нефронов
  - 3) [-]50% функционирующих нефронов
  - 4) [+]70% функционирующих нефронов
  - 5) [-]90% функционирующих нефронов
- 

**139. ХПН IIБ стадии характеризуется:**

- 1) [-]Содержанием креатинина в плазме до 0,18 ммоль/л
  - 2) [-]Содержанием креатинина в плазме 0,18-0,44 ммоль/л
  - 3) [+]Содержанием креатинина в плазме 0,45-0,71 ммоль/л
  - 4) [-]Содержанием креатинина в плазме 0,71-1,24 ммоль/л
  - 5) [-]Содержанием креатинина в плазме более 1,24 ммоль/л
- 

**140. Основными уремическими токсинами считают:**

- 1) [-]Мочевину
- 2) [-]Мочевую кислоту
- 3) [+]“Средние молекулы”
- 4) [-]Ионы магния

5) [+]Паратгормон

---

**141. Показаниями к началу проведения почечной заместительной терапии у больных с ХПН являются:**

- 1) [-]Повышение уровня мочевины плазмы более 50 ммоль/л
  - 2) [+]Снижение скорости клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин
  - 3) [-]BE более 14-16 ммоль/л
  - 4) [+]Повышение уровня креатинина сыворотки крови до 0,8-1,0 ммоль/л
  - 5) [-]Суточная экскреция натрия с мочой более 30 ммоль/л
- 

**142. Консервативное лечение ХПН включает:**

- 1) [-]Низкобелковую диету
  - 2) [-]Энтеросорбцию
  - 3) [-]Терапию анемии
  - 4) [-]Коррекцию артериального давления
  - 5) [+]Все перечисленное
- 

**143. Способом экстренного подключения больного к аппарату искусственная почка не является:**

- 1) [-]Катетеризация крупных вен
  - 2) [-]Артериовенозный шунт
  - 3) [+]Артериовенозная фистула
- 

**144. У пациентов, получающих хронический диализ, диурез:**

- 1) [-]Повышается
  - 2) [-]Не изменяется
  - 3) [+]Резко снижается
- 

### **145. Преимущества трансплантации почки:**

- 1) [-]Полное излечение от ХПН на период функционирования трансплантата
  - 2) [-]Стабилизация ретинопатии
  - 3) [-]Лучшая реабилитация
  - 4) [-]Лучшая выживаемость
  - 5) [+]Все перечисленное
- 

### **146. В пожилом и старческом возрасте наиболее информативным показателем для оценки почечной функции является:**

- 1) [-]Креатинин сыворотки крови
  - 2) [+]Скорость клубочковой фильтрации
- 

### **147. Для гломерулонефрита в пожилом и старческом возрасте характерны:**

- 1) [-]Множественные тромбозы
  - 2) [-]ДВС-синдром
  - 3) [-]Полиорганная недостаточность
  - 4) [+]Все вышеперечисленное
- 

### **148. Клинически паранеопластическая нефропатия характеризуется:**

- 1) [-]Нефротическим синдромом
- 2) [-]Наличием опухолей
- 3) [-]Снижением массы тела

4) [-]Анемическим синдромом

5) [+]Все вышеперечисленным

---

**149. При старческом амилоидозе нефротический синдром обычно:**

1) [-]Наблюдается

2) [+]Не наблюдается

---

**150. В каком году была предложена пункционная биопсия почек?**

1) [-]1931

2) [-]1941

3) [+]1951

4) [-]1961

5) [-]1971

---

**151. Один из авторов классификации диабетической нефропатии, предложенной в 1983 году?**

1) [-]F.Volhard

2) [+]C.E.Mogensen

3) [-]Th.Fahr

4) [-]Priscilla S.Kincaid-Smith

5) [-]P.Kimmelstiel

---

**152. Временным критерием хронической болезни почек /ХБП/ является повреждение почек продолжительностью более:**

1) [-]1 месяца

2) [-]2 месяцев

3) [+]3 месяцев

4) [-]4 месяцев

5) [-]6 месяцев

---

**153. Хроническая болезнь почек /ХБП/ 3 стадии характеризуется значением СКФ в диапазоне:**

1) [-]60-89 мл/мин

2) [+]30-59 мл/мин

3) [-]15-29 мл/мин

4) [-]Менее 15 мл/мин

---

**154. Хроническая болезнь почек /ХБП/ 4 стадии характеризуется значением СКФ в диапазоне:**

1) [-]60-89 мл/мин

2) [-]30-59 мл/мин

3) [+]15-29 мл/мин

4) [-]менее 15 мл/мин

---

**155. Хроническая болезнь почек /ХБП/ 5 стадии характеризуется значением СКФ в диапазоне:**

1) [-]60-89 мл/мин

2) [-]30-59 мл/мин

3) [-]15-29 мл/мин

4) [+]менее 15 мл/мин

---

**156. Составными частями нефрона являются:**

1) [+]Сосудистый клубочек

2) [+]Капсула клубочка

3) [-]Интерстициальная ткань

4) [+]Почечные канальцы

5) [-]Собираательные трубки

---

**157. Какой метод является определяющим в диагностике вазоренальной гипертензии?**

1) [-]Радиоизотопная ренография

2) [-]Ультразвуковое исследование почек

3) [+]Ангиография

---

**158. Что такое дыхание?**

1) [+]Физиологический процесс, обеспечивающий газообмен как одно из звеньев обмена веществ в организме

2) [-]Газообмен между альвеолярным воздухом и кровью

3) [-]Вдох и выдох

4) [-]Вентиляция легких

---

**159. Глюкортикоидная активность какого препарата наиболее высокая?**

1) [-]Гидрокортизон

2) [-]Преднизолон

3) [+]Десаметазон

4) [-]Кортизон

---

**160. Какие компоненты дыхательной системы поражаются при диффузных болезнях соединительной ткани?**

1) [-]Альвеолы

2) [-]Интерстициальная ткань, плевра

3) [-]Легочные сосуды

4) [-]Бронхи и бронхиолы

5) [+]Все компоненты респираторной системы

---

### **161. Какие особенности плеврального выпота при системной красной волчанке?**

1) [+]Экссудат с высоким титром антинуклеарного фактора и низким уровнем комплемента

2) [-]Транссудат

3) [-]Гнойный экссудат

4) [-]Преимущественно лимфоцитарный экссудат

---

### **162. Какие методы исследования позволяют диагностировать интерстициальное поражение легких при диффузных заболеваниях соединительной ткани /при нормальной рентгенграмме/?**

1) [+]Общая плетизмография + исследование диффузионной способности легких

2) [-]Компьютерная спирография

3) [-]Исследование иммунного статуса

4) [+]Компьютерная томография легких с высоким разрешением

5) [-]Бронхоскопия

---

### **163. Что такое синдром Каплана?**

1) [-]Смешанное заболевание соединительной ткани /синдром Шарпа/ + пневмокониотические узелки

2) [-]Полимиозит + пневмокониотические узелки

3) [-]Системная красная волчанка + пневмокониотические узелки

4) [-]Системная склеродермия + пневмокониотические узелки

узелки

5) [+]Ревматоидный артрит + пневмокониотические узелки

---

## **164. Основной принцип диагностики рака легкого?**

1) [-]Установление клинико-анатомической формы заболевания с указанием локализации первичной опухоли

2) [-]Определение точных границ распространения опухолевого процесса, т.е. стадии заболевания по системе TNM

3) [-]Морфологическая верификация опухоли с уточнением ее гистологической структуры и степени катаплазии / дифференцировки/

4) [-]Определение функциональных возможностей жизненно важных органов и систем организма

5) [+]Выполнение всех перечисленных принципов

---

## **165. При выявлении округлого образования в легком, какие методы исследования Вы используете для верификации диагноза?**

1) [+]Рентгенографию в двух проекциях, срединную томографию и в срезе новообразования, компьютерную томографию высокого разрешения, цитологическое исследование мокроты /5-6 анализов/, бронхоскопию с катетербиопсией, чрескожную пункцию образования

2) [-]Пневмоперитонеум, торакоскопию и медиастиноскопию

3) [-]Флюорографию, бронхографию, торакотомию

---

## **166. Бронхиальное дерево начинает формироваться:**

1) [+]На 2-м месяце внутриутробной жизни



2) [-]На 1-м месяце внутриутробной жизни

3) [-]На 6-м месяце внутриутробной жизни

---

**167. Какие методы лечения кистозной гипоплазии доли легкого?**

1) [+]Хирургическое

2) [-]Консервативное

3) [-]Не требуется

---

**168. Выявление при фибробронхоскопии локальных участков бугристой, легко ранимой слизистой, деформации, сужения устьев сегментарных, долевых бронхов наиболее характерно для:**

1) [-]Очагового туберкулеза

2) [-]Периферического рака легких

3) [+]Центрального рака легких

4) [-]Саркоидоза органов дыхания

5) [-]Очаговой пневмонии

---

**169. Какое заболевание может протекать бессимптомно и часто диагностируется лишь при плановом выполнении флюорографии или рентгенографии?**

1) [-]ХОБЛ

2) [-]Очаговая пневмония

3) [-]Бронхиальная астма

4) [+]Саркоидоз легких I ст.

5) [-]Диссеминированный туберкулез легких

**170. Патологоанатомическая диагностика саркоидоза основывается на выявлении:**

- 1) [-]Гранулем с казеозным некрозом
  - 2) [+]Гранулем без казеозного некроза
  - 3) [-]Клеток Березовского-Штернберга
  - 4) [-]Ашофф-Талалаевской гранулемы
  - 5) [-]Все перечисленные
- 

**171. Относительная плотность транссудата:**

- 1) [+]Менее 1015
  - 2) [-]Более 1015
  - 3) [-]Более 1020
  - 4) [-]Более 1030
  - 5) [-]1040 и выше
- 

**172. Относительная плотность экссудата:**

- 1) [-]Менее 1015
  - 2) [+]Более 1018
  - 3) [-]Более 1030
  - 4) [-]Более 1040
  - 5) [-]Более 1050
- 

**173. Содержание белка в экссудате:**

- 1) [+]30 г/л и более
- 2) [-]Менее 10 г/л
- 3) [-]Менее 20 г/л
- 4) [-]Более 20 г/л
- 5) [-]Менее 5 г/л

## 174. Аускультативный признак сухого плеврита:

- 1) [-]Бронхиальное дыхание
  - 2) [-]Амфорическое дыхание
  - 3) [-]Сухие хрипы
  - 4) [-]Ослабление дыхания вплоть до полного исчезновения
  - 5) [+]**Шум трения плевры**
- 

## 175. Для какого заболевания не характерен эозинофильный плеврит?

- 1) [-]Синдром Леффлера /эозинофильный инфильтрат/
  - 2) [-]Глистные инвазии
  - 3) [-]Лимфогранулематоз
  - 4) [-]Коллагенозы
  - 5) [+]**Пневмония**
- 

## 176. Для какого из перечисленных заболеваний не характерно наличие выпота в плевральную полость?

- 1) [-]Крупозная пневмония
  - 2) [-]Мезотелиома
  - 3) [-]Злокачественные опухоли
  - 4) [+]**Бронхиальная астма**
  - 5) [-]Синдром Дресслера
- 

## 177. При лечении абсцедирующей пневмонии не используется:

- 1) [-]Санационные бронхоскопии
- 2) [-]Отхаркивающие средства
- 3) [-]Ингаляции

4) [-]Интрабронхиальное введение протеолитических ферментов

5) [+]Лучевая терапия

---

**178. При развитии пиопневмоторакса при абсцессе легкого в первую очередь показано:**

1) [-]Эндобронхиальное введение протеолитических ферментов

2) [+]Дренирование плевральной полости

3) [-]Муколитики

4) [-]Лучевая терапия

5) [-]Нестероидные противовоспалительные средства

---

**179. Переходу острого абсцесса легкого хронический способствуют все факторы, кроме:**

1) [-]Большой размер гнойной полости

2) [-]Недостаточный бронхиальный дренаж

3) [-]Наличие секвестра легочной ткани в полости абсцесса

4) [-]Неадекватное лечение

5) [+]Анаэробный характер флоры

---

**180. Какой антибиотик, из перечисленных, эффективен при деструкция легких, вызванной метициллинрезистентным стафилококком?**

1) [-]Эритромицин

2) [-]Доксициклин

3) [-]Ципрофлоксацин

4) [+]Ванкомицин

5) [-]Бензилпенициллин

**181. Осложнением острого абсцесса легкого может быть:**

- 1) [-]Прорыв абсцесса в плевральную полость
  - 2) [-]Кровотечение
  - 3) [-]Аспирация гнойного секрета в здоровое легкое
  - 4) [-]Сепсис
  - 5) [+]Все перечисленное
- 

**182. Не излеченный в течение какого срока острый абсцесс следует считать хроническим?**

- 1) [-]1 месяц
  - 2) [+]2 месяца
  - 3) [-]3 месяца
  - 4) [-]2 недели
  - 5) [-]3 недели
- 

**183. Основными клиническими симптомами эмфиземы легких являются**

- 1) [-]Одышка
  - 2) [-]Бочкообразная грудная клетка
  - 3) [-]Ослабление дыхания
  - 4) [-]Коробочный перкуторный звук
  - 5) [+]Все перечисленные
- 

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

- 1) [-]Пресистолического шума Флинта
- 2) [+]Глухости сердечных тонов

- 3) [-]Интенсивного систолического шума на верхушке
  - 4) [-]Ритма "перепела"
  - 5) [-]Ослабления II тона на аорте
- 

### **185. Эмфизема легких – это:**

- 1) [+]Необратимой абнормальное увеличение ацинуса вследствие деструкции респираторной ткани
  - 2) [-]Обратимая гипервоздушность при физической нагрузке
  - 3) [-]Обратимая гипервоздушность при холодовом воздействии
- 

### **186. Какие нарушения кислотно-основного состояния крови могут определяться при эмфиземе легких?**

- 1) [+]Респираторный ацидоз
  - 2) [-]Респираторный алкалоз
  - 3) [+]Метаболический ацидоз
- 

### **187. Каков генез развития хронического легочного сердца?**

- 1) [-]Неврогенный тип развития
  - 2) [+]Бронхолегочный тип развития
  - 3) [+]Торакодиафрагмальный тип
  - 4) [+]Васкулярный тип
- 

### **188. Какие заболевания являются наиболее частыми причинами развития хронического легочного сердца по васкулярному типу?**

- 1) [-]Повторные тромбозы мелких ветвей легочной артерии

- 2) [-]Геморрагический васкулит
  - 3) [-]Узелковый периартериит
  - 4) [-]Атеросклероз легочной артерии
  - 5) [+]**Все перечисленные**
- 

### **189. Каковы важнейшие причины легочной гипертензии?**

- 1) [-]Альвеолярная гипоксия и гиперкапния
  - 2) [-]Повышение внутриальвеолярного и внутригрудного давления
  - 3) [-]Нарушение метаболизма вазоактивных веществ в легких
  - 4) [-]Внутрилегочное шунтирование
  - 5) [+]**Все перечисленное**
- 

### **190. Кто является автором отечественной классификации легочного сердца?**

- 1) [-]Г.Б.Федосеев
  - 2) [+]**Б.Е.Вотчал**
  - 3) [-]Е.И.Шмелев
  - 4) [-]А.Г.Чучалин
  - 5) [-]Л.Н.Царькова
- 

### **191. Какие клинические симптомы не характерны для эмфиземы легких?**

- 1) [-]Одышка
- 2) [-]Цианоз
- 3) [+]**Кровохарканье**
- 4) [-]Кашель

5) [-]Снижение массы тела

---

**192. Симптом Грехема-Стилла является признаком:**

- 1) [-]Декомпенсации легочного сердца
  - 2) [+]Легочной гипертензии
  - 3) [-]Дыхательной недостаточности
  - 4) [-]Хронической сердечной недостаточности
  - 5) [-]Астматического статуса
- 

**193. Каковы клинические признаки гипертрофии правого желудочка?**

- 1) [-]Расширение правой границы сердца
  - 2) [-]Наличие сердечного толчка
  - 3) [-]Пульсация в эпигастральной области
  - 4) [-]Симптом Риверо-Корвалло
  - 5) [+]Все перечисленное
- 

**194. Какие симптомы обусловлены дыхательной недостаточностью?**

- 1) [-]Одышка
  - 2) [-]Выраженная общая слабость
  - 3) [-]Головные боли
  - 4) [-]Сердцебиение
  - 5) [+]Все перечисленное
- 

**195. Какие ЭхоКГ-признаки определяются при хроническом легочном сердце?**

- 1) [-]Расширение толщины стенки правого предсердия



- 2) [-] Легочная гипертензия
  - 3) [-] Расширение толщины стенки правого желудочка
  - 4) [-] Расширение полости правого желудочка
  - 5) [+] Все перечисленное
- 

**196. Какие изменения кислотно-основного состояния и газового состава артериальной крови выявляются при III стадии легочной гипертензии?**

- 1) [+] Метаболический ацидоз
  - 2) [+] Гиперкапния
  - 3) [-] Нормальное  $P_{O_2}$ ,  $P_{CO_2}$
  - 4) [-] Метаболический алкалоз
- 

**197. Какие из медикаментов не показаны при лечении декомпенсированного легочного сердца у больного с ХОБЛ?**

- 1) [+] Циклофосфан
  - 2) [-] Дигоксин
  - 3) [-] Мочегонные препараты
  - 4) [-] Глюкокортикостероиды
  - 5) [-] Бронхолитики
- 

**198. Какой из перечисленных препаратов способен уменьшить «преднагрузку» и, таким образом, снизить давление в легочной артерии?**

- 1) [+] Нитроглицерин
- 2) [-] Рибоксин
- 3) [-] Панангин

4) [-]Аспирин

5) [-]Азатиоприн

---

**199. Какой из перечисленных бактериальных возбудителей внебольничных пневмоний является наиболее распространенным?**

1) [-]Гемолитический стрептококк

2) [-]Золотистый стафилококк

3) [+]**Пневмококк**

4) [-]Клебсиелла

5) [-]Гемофильная палочка

---

**200. Какой патоген чаще всего вызывает абсцедирование при пневмонии?**

1) [-]Хламидия

2) [-]Гемофильная палочка

3) [-]Пневмококк

4) [+]**Золотистый стафилококк**

5) [-]Моракселла

---

**201. Какое заболевание более всего предрасполагает к развитию внебольничной пневмонии у пожилых пациентов?**

1) [-]Артериальная гипертензия

2) [-]Ишемическая болезнь сердца

3) [-]Ревматоидный артрит

4) [+]**Гастроэзофагально-рефлюксная болезнь**

5) [-]Эмфизема легких

---

**202. Какие признаки определяются при**

## **очаговой пневмонии?**

- 1) [+]Притупление перкуторного звука над грудной клеткой
- 2) [-]Бронхиальное дыхание
- 3) [+]Жесткое дыхание
- 4) [+]Мелкопузырчатые влажные хрипы
- 5) [-]Крепитация

---

## **203. Какой рентгенологический признак свидетельствует о нарушении бронхиального дренажа при пневмонии?**

- 1) [-]Плевральный выпот
- 2) [-]Локальное ослабление интенсивности легочного рисунка
- 3) [+]Ателектаз
- 4) [-]Воздух в плевральной полости
- 5) [-]Клиновидный характер инфильтрации

---

## **204. Для какого состояния характерна клиновидная форма инфильтрации легочной ткани?**

- 1) [-]Рак легкого
- 2) [-]Крупозная пневмония
- 3) [+]Инфаркт легкого
- 4) [-]Очаговая пневмония
- 5) [-]Эхинококк в легком

---

## **205. Какие состояния в настоящее время принято относить к различным стадиям сепсиса?**

- 1) [+]Тяжелый сепсис

- 2) [+]Бактериемия
  - 3) [-]Абсцесс легкого
  - 4) [+]Сепсис
  - 5) [+]Септический шок
- 

**206. В какие сроки должен быть назначен антибиотик больному внебольничной пневмонией?**

- 1) [-]Тотчас при поступлении в стационар
  - 2) [+]В течении первых 4 часов пребывания в стационаре
  - 3) [-]В течении первых 8 часов пребывания в стационаре
  - 4) [-]В течении первых суток пребывания в стационаре
  - 5) [-]По мере получения бактериологического исследования мокроты и определения чувствительности к антибиотику
- 

**207. Когда следует оценивать эффективность и производить смену антибактериального препарата?**

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

**208. Что является основанием к продолжению антибактериальной терапии?**

- 1) [-]Субфебрилитет
- 2) [-]Наличие хрипов в легких при аускультации
- 3) [-]Сохраняющиеся рентгенологические изменения в виде

усиления легочного рисунка

- 4) [+]Нарастающий лейкоцитоз
- 5) [+]Прогрессирование инфильтрации в легочной ткани

---

**209. Какие антибиотики относят препаратам выбора при инициальной терапии внебольничной пневмонии нетяжелого течения?**

- 1) [+]Макролиды
- 2) [-]Цефалоспорины
- 3) [+]Аминопенициллины
- 4) [-]Фторхинолоны
- 5) [-]Аминогликозиды

---

**210. Какие антибиотики относят к альтернативным препаратам при терапии внебольничной пневмонии?**

- 1) [-]Макролиды
- 2) [+]Респираторные фторхинолоны
- 3) [-]Карбапенемы
- 4) [-]Аминогликозиды III генерации
- 5) [-]Цефалоспорины III – IV генерации

---

**211. Какой препарат следует назначить пациентам у которых пневмония развилась на фоне ХОБЛ?**

- 1) [-]Амоксициллин
- 2) [+]Амоксициллин/клавуланат
- 3) [-]Ампициллин
- 4) [-]Оксациллин

5) [-]Эритромицин

---

**212. Основные клетки, участвующие в патогенезе идиопатического фиброзирующего альвеолита:**

- 1) [-]Нейтрофилы
  - 2) [-]Тучные клетки
  - 3) [+]Альвеолярные макрофаги
  - 4) [-]Лимфоциты
  - 5) [-]Гранулоциты
- 

**213. Основным клиническим проявлением при идиопатическом фиброзирующем альвеолите является:**

- 1) [+]Одышка
  - 2) [-]Кашель
  - 3) [-]Общая слабость
  - 4) [-]Повышение температуры тела
  - 5) [-]Боли в грудной клетке
- 

**214. Наиболее чувствительный метод диагностики идиопатического фиброзирующего альвеолита на начальных этапах:**

- 1) [-]Рентгенография легких
  - 2) [-]ЯМРТ
  - 3) [-]Рентгеноскопия
  - 4) [+]КТ-легких
  - 5) [-]Бронхоскопия
- 

**215. Информативность открытой биопсии**

**легких при идиопатическом фиброзирующем альвеолите достигает:**

- 1) [-]30%
  - 2) [-]50%
  - 3) [+]94%
  - 4) [-]70%
  - 5) [-]20%
- 

**216. Этиологическими факторами при экзогенном аллергическом альвеолите являются все вышеперечисленные факторы кроме:**

- 1) [+]Соли тяжелых металлов
  - 2) [-]Грибы
  - 3) [-]Белковые антигены различных происхождений
  - 4) [-]Антигены растительного происхождения
  - 5) [-]Рентгеноконтрастные вещества
- 

**217. Синдром Лефгрена включает в себя все вышеперечисленное, кроме:**

- 1) [+]Миастения
  - 2) [-]Лимфаденопатия
  - 3) [-]Артралгии
  - 4) [-]Увеличение СОЭ
  - 5) [-]Узловатая эритема
- 

**218. Первое место по поражению саркоидозом занимает:**

- 1) [+]Лимфатическая система
- 2) [-]Бронхопульмональная система

- 3) [-]Пищеварительная система
  - 4) [-]Сердечно-сосудистая система
  - 5) [-]Костно-суставная система
- 

**219. В основе развития гистиоцитоза Х лежит :**

- 1) [-]Вирусное поражение легких
  - 2) [+]Аутоиммунное поражение легких
  - 3) [-]Бактериальное поражение легких
  - 4) [-]Паразитарное поражение легких
  - 5) [-]Токсическое поражение легких
- 

**220. Синдром Гудпасчера – прогрессирующее аутоиммунное заболевание, характеризующееся образованием антител к:**

- 1) [-]К миоцитам
  - 2) [-]К гепатоцитам
  - 3) [-]К клеткам слизистой оболочки желудка
  - 4) [+]К альвеолам
  - 5) [-]К нейронам
- 

**221. Поражение почек при Синдроме Гудпасчера проявляется:**

- 1) [-]Пиелонефритом
  - 2) [+]Пролиферативным гломерулонефритом
  - 3) [-]Нефроптозом
  - 4) [-]Патологией почечных сосудов
  - 5) [-]Острыми нефритами
- 

**222. Для подтверждения диагноза амилоидоза легких основным методом является:**



- 1) [-]Рентгенография легких
  - 2) [-]Проведение ФВД
  - 3) [-]ЭКГ
  - 4) [-]Исследование с помощью ФБС
  - 5) [+]Исследование биоптатов слизистой оболочки бронхов
- 

### **223. Какому определению соответствует термин «дыхательный объем»?**

- 1) [-]Объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха
  - 2) [-]Объем максимального вдоха после спокойного вдоха
  - 3) [-]Объем максимального выдоха после спокойного выдоха
  - 4) [+]Объем воздуха, вдыхаемого или выдыхаемого при спокойном дыхании
- 

### **224. Какому определению соответствует термин «жизненная емкость легких»?**

- 1) [-]Объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха
  - 2) [-]Максимальное количество воздуха, которое могут вместить легкие на высоте глубокого вдоха
  - 3) [+]Максимальный объем воздуха, который можно выдохнуть после максимального вдоха
  - 4) [-]Максимальное количество воздуха, которое можно вдохнуть после спокойного выдоха
- 

### **225. Какой из указанных объемов не может быть определен спирографическим способом?**

- 1) [-]Дыхательный объем

2) [+]Остаточный объем

3) [-]Резервный объем вдоха

4) [-]Резервный объем выдоха

---

**226. Жизненная емкость легких примерно равна?**

1) [-]1-2 л

2) [+]3-5 л

3) [-]7-9 л

4) [-]10-12 л

---

**227. Какой формуле соответствует термин «индекс Тиффно»?**

1) [-]ОФВ1/ФЖЕЛ

2) [+]ОФВ1/ЖЕЛ

3) [-]МВЛ/ЖЕЛ

4) [+]ДО\*ЧД

---

**228. Показатели МОС50 и СОС25-75 характеризуют поток /объемную скорость/?**

1) [-]В начальной части форсированного выдоха

2) [-]В конечной части форсированного выдоха

3) [+]В средней части форсированного выдоха

4) [-]За весь период форсированного выдоха

---

**229. Показатели МОС75 и СОС75-85 характеризуют поток /объемную скорость/?**

1) [-]В начальной части форсированного выдоха

2) [+]В конечной части форсированного выдоха

3) [-]В средней части форсированного выдоха

4) [-]За весь период форсированного выдоха

---

**230. При астматическом статусе 2 следующее лечение, кроме:**

1) [-]Бронхолитики

2) [-]Кортикостероиды

3) [+]ИКС

4) [-]Коррекция ацидоза

5) [-]Введение жидкостей

---

**231. Признаками недостаточности правых камер сердца являются:**

1) [-]Снижение артериального давления /АД/

2) [+]Повышение центрального венозного давления /ЦВД/

3) [-]Снижение ЦВД

4) [-]Анемия

5) [-]Полицитемия

---

**232. Правильно проводимый непрямой массаж сердца:**

1) [-]Обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию

2) [+]Должен проводиться в положении больного на твердой поверхности

3) [+]Требует освобождения дыхательных путей

4) [-]Обеспечивает до 50% от нормального сердечного выброса

5) [+]Может сопровождаться переломами одного и более ребер

**233. К препаратам, применяющимся при асистолии относятся:**

- 1) [-]Новодрин
  - 2) [-]Норадреналин
  - 3) [+]Бикарбонат натрия
  - 4) [+]Атропин
  - 5) [-]Пропранолол
- 

**234. Причинами внезапной смерти являются:**

- 1) [+]Фибрилляция желудочков
  - 2) [-]Атриовентрикулярная блокада II степени
  - 3) [-]Пароксизм мерцательной аритмии
  - 4) [+]Разрыв миокарда
  - 5) [+]Эмболия основного ствола легочной артерии
- 

**235. При фибрилляции желудочков наиболее эффективна:**

- 1) [-]Механическая дефибрилляция
  - 2) [+]Электрическая дефибрилляция
  - 3) [-]Пропранолол
  - 4) [-]Новокаинамид
  - 5) [-]Лидокаин
- 

**236. Механическая дефибрилляция предусматривает:**

- 1) [-]Наложение жгутов на поверхности
- 2) [-]Массаж области каротидного синуса
- 3) [+]Резкий удар в область грудины
- 4) [-]Рефлекс Ашнера

**237. Для успешного проведения электрической дефибрилляции у взрослых необходима следующая мощность электрического разряда:**

- 1) [-]25 Вт
  - 2) [-]50 Вт
  - 3) [-]100 Вт
  - 4) [+]200 Вт
  - 5) [+]300 Вт
  - 6) [-]400 Вт и более
- 

**238. Наиболее часто нарушения АВ-проводимости наблюдаются при инфаркте миокарда следующих локализаций:**

- 1) [+]Задних
  - 2) [-]Верхушечных
  - 3) [-]Передних
  - 4) [-]Боковых
  - 5) [+]Нижних
- 

**239. Лечение АВ-блокады при инфаркте миокарда предусматривает введение:**

- 1) [-]Лидокаина
  - 2) [-]Атропина
  - 3) [-]Новокаинамида
  - 4) [-]Кортикостероидов
  - 5) [-]Мочегонных препаратов
- Правильные ответы: 24
- 

**240. При АВ-блокаде II степени оптимальным**

**является следующий режим кардиостимуляции:**

- 1) [-]Наружный
  - 2) [-]Чреспищеводный
  - 3) [+]Эндокардиальный
  - 4) [-]По требованию
  - 5) [-]Эффективность всех видов стимуляции одинакова
- 

**241. Наиболее опасными для жизни являются следующие осложнения инфаркта миокарда:**

- 1) [+]Разрыв миокарда
  - 2) [+]Фибрилляция желудочков
  - 3) [-]Предсердная экстрасистолия
  - 4) [-]Синдром Дресслера
  - 5) [-]АВ-блокада II степени
- 

**242. Появление грубого систолического шума на верхушке и в точке Боткина, усиление одышки и цианоза при ИМ указывает на:**

- 1) [-]Наружный разрыв миокарда
  - 2) [+]Разрыв межжелудочковой перегородки
  - 3) [+]Отрыв хорды митрального клапана
  - 4) [-]Разрыв аневризмы аорты
  - 5) [-]Разрыв синуса Вальсальвы
- 

**243. При лечении отека легких на фоне сниженного АД вазодилататоры:**

- 1) [-]Не применяются
- 2) [+]Применяются в сочетании с симпатомиметиками
- 3) [-]Применяются в сочетании с сердечными гликозидами

4) [-]Применяются в сочетании с глюконатом кальция

5) [-]Применяются в сочетании с пропранололом

---

**244. Оптимальная скорость введения ганглиоблокаторов при отеке легких определяется:**

1) [+]По клиническим признакам

2) [-]По ЭКГ-признакам

3) [+]По величине ЦВД

4) [-]Задается аппаратом "инфузомат"

5) [+]По показателям АД

---

**245. При истинном кардиогенном шоке наблюдается снижение диуреза до:**

1) [-]100 мл/час

2) [-]50 мл/час

3) [-]40 мл/час

4) [+]20 мл/час

5) [-]5 мл/час

---

**246. Нормосистолическая форма мерцательной аритмии при ИМ требует назначения:**

1) [-]Электрической дефибрилляции

2) [-]Новокаинамида

3) [-]Пропранолола

4) [+]Тактика определяется выраженностью и динамикой недостаточности кровообращения

5) [-]Сердечных гликозидов

---

**247. При пароксизмальной тахикардии у**

**больного ИМ с выраженной недостаточностью кровообращения применяются:**

- 1) [+]Электрическая дефибрилляция
  - 2) [-]Учащающая кардиостимуляция
  - 3) [-]Мочегонные средства
  - 4) [-]Адреноблокаторы
  - 5) [-]Блокаторы кальциевых каналов
- 

**248. К нефротоксинам, способным вызвать острую почечную недостаточность, относятся:**

- 1) [+]Нестероидные противовоспалительные препараты
  - 2) [+]Соли тяжелых металлов
  - 3) [-]Сердечные гликозиды
  - 4) [+]Аминогликозиды
  - 5) [-]Глюкокортикоиды
- 

**249. Какая из перечисленных групп антибиотиков чаще других вызывает острую почечную недостаточность?**

- 1) [-]Пенициллины
  - 2) [-]Цефалоспорины
  - 3) [+]Аминогликозиды
  - 4) [-]Макролиды
- 

**250. Острая почечная недостаточность является частым осложнением при состояниях:**

- 1) [+]Отравления солями тяжелых металлов
- 2) [-]Острого апостематозного пиелонефрита
- 3) [+]Ожоговой болезни



4) [+]Синдрома длительного раздавливания

5) [+]Острой гемолитической анемии

---

**251. Препаратом выбора для коррекции гипотонии у больного с низким артериальным давлением и преренальной азотемией является:**

1) [+]Допамин

2) [-]Мезатон

3) [-]Норадреналин

4) [-]Преднизолон

---

**252. Что характерно для кровотечения при язвенной болезни?**

1) [-]Усиление боли в эпигастральной области после кровотечения

2) [+]Прекращение боли после кровотечения

3) [-]Появлению кровотечения предшествует возникновение болей в эпигастральной области

4) [-]Непосредственно перед кровотечением боли в животе стихают

5) [-]Появляется иррадиация в левую подреберную область или в спину

---

**253. Основные звенья в развитии патофизиологических изменений в организме при желудочно-кишечном кровотечении:**

1) [+]Снижение АД и центрального венозного давления

2) [-]Снижение скорости кровотока

3) [+]Дефицит ОЦК

4) [+]Гипоксия миокарда

5) [+]Гипоксия головного мозга

---

**254. Назовите заболевания внутренних органов, которые могут осложняться развитием острой язвы ЖКТ:**

- 1) [-]Атеросклероз
  - 2) [+]Гипертоническая болезнь
  - 3) [-]Саркоидоз
  - 4) [+]Лейкозы
  - 5) [+]Цирроз печени
- 

**255. Укажите основные признаки кровотечения легочного происхождения :**

- 1) [+]Наличие пузырьков воздуха в крови
  - 2) [+]Алый цвет рвотных масс
  - 3) [-]Чувство распирания и жжения за грудиной
  - 4) [+]Быстро нарастающая дыхательная недостаточность
  - 5) [-]Рвота цвета "кофейной гущи"
- 

**256. Укажите признаки, возникающие у больных циррозом печени на фоне кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода:**

- 1) [-]Желтуха возникает или нарастает
  - 2) [-]Геморрой
  - 3) [+]Асцит
  - 4) [+]Размеры селезенки уменьшаются
  - 5) [-]Размеры селезенки увеличиваются
- 

**257. Частота встречаемости варикозного расширения вен пищевода у больных циррозом**

## **печени:**

- 1) [-]В среднем 40%
  - 2) [-]В среднем 60%
  - 3) [-]В среднем 20%
  - 4) [+]В среднем 80%
  - 5) [-]В среднем 100%
- 

**258. Укажите локализацию источника кровотечения, если кровь в виде сгустков или прожилков располагается на поверхности каловых масс:**

- 1) [-]Подвздошная кишка
  - 2) [-]Слепая кишка
  - 3) [-]Правая половина ободочной кишки
  - 4) [+]Левая половина ободочной кишки
  - 5) [-]Прямая кишка
- 

**259. Типичными осложнениями крупозной пневмонии являются:**

- 1) [+]Деструкция легочной ткани
  - 2) [+]Острая дыхательная недостаточность
  - 3) [+]Инфекционно-токсический шок
  - 4) [-]Легочное кровотечение
  - 5) [-]Тромбоэмболия легочной артерии
- 

**260. С каким заболеванием следует дифференцировать приступ бронхиальной астмы?**

- 1) [+]Острая левожелудочковая недостаточность

- 2) [-]Печеночная колика
  - 3) [-]Острая пневмония
  - 4) [-]Фиброзирующий альвеолит
  - 5) [-]Прободная язва желудка
- 

**261. Какие препараты применяются для купирования приступов бронхиальной астмы?**

- 1) [+]Эуфиллин
  - 2) [-]Нитроглицерин
  - 3) [+]Беротек
  - 4) [-]Бекотид
  - 5) [+]Преднизолон
  - 6) [-]Интал
- 

**262. Симптом "немого легкого" является проявлением:**

- 1) [-]Спонтанного пневмоторакса
  - 2) [-]Легочного кровотечения
  - 3) [+]Астматического статуса
  - 4) [-]Крупозной пневмонии
  - 5) [-]Тромбоза легочной артерии
- 

**263. Какие препараты используются для купирования астматического статуса?**

- 1) [-]Беротек
- 2) [+]Преднизолон
- 3) [+]Эуфиллин
- 4) [-]Бекотид
- 5) [+]Изотонический раствор NaCl

6) [-]Интал

---

**264. Какие препараты противопоказаны при астматическом статусе?**

- 1) [-]Преднизолон
  - 2) [+]Димедрол
  - 3) [+]Промедол
  - 4) [+]Седуксен
  - 5) [-]Эуфиллин
  - 6) [-]Коргликон
- 

**265. Какие исследования противопоказаны при легочном кровотечении?**

- 1) [+]Спирография
  - 2) [+]Бронхография
  - 3) [-]Бронхоскопия
  - 4) [-]Рентгенография грудной клетки
- 

**266. Признаками развития "status asthmaticus" являются:**

- 1) [-]Отхождение густой стекловидной мокроты
  - 2) [-]Мучительный сухой кашель
  - 3) [-]Кровохарканье
  - 4) [+]Неэффективность симпатомиметиков
  - 5) [+]Гипоксемия
  - 6) [+]Гиперкапния
  - 7) [-]Появление эозинофилов в мокроте
- 

**267. Что является показанием для интубации и проведения искусственной вентиляции легких**

## при астматическом статусе?

- 1) [-]Отсутствие мокроты при кашле
  - 2) [-]Симптом "немого легкого"
  - 3) [+]Гипоксемическая кома
  - 4) [-]Остановка дыхания
- 

## 268. При спонтанном пневмотораксе эвакуация воздуха из плевральной полости показана:

- 1) [-]Во всех случаях
  - 2) [+]При клапанном пневмотораксе
  - 3) [-]Не показана
- 

## 269. Неотложная терапия при острой идиопатической /аутоиммунной/ тромбоцитопенической пурпуре /болезнь Вельгофа/ включает:

- 1) [+]Назначение глюкокортикоидов
  - 2) [-]Трансфузии консервированной крови
  - 3) [+]Применение внутривенного иммуноглобулина
  - 4) [+]Дицинон
  - 5) [-]Трансфузии тромбоконцентрата
- 

## 270. Укажите результаты лабораторных тестов, характерных для острого ДВС-синдрома в фазе гипокоагуляции:

- 1) [+]Тромбоцитопения
- 2) [+]Количество фибриногена снижено
- 3) [-]Количество протромбина повышено
- 4) [+]Время свертывания крови увеличено

5) [-]Время свертывания крови нормальное

6) [-]Количество протромбина нормальное

---

**271. Укажите меры неотложной терапии тяжелого ДВС-синдрома "в фазе гипокоагуляции":**

1) [+]Введение реополиглюкина

2) [+]Инфузии свежезамороженной плазмы

3) [-]Применение гепарина

4) [-]Трансфузии консервированной цельной крови

5) [+]Переливание тромбоконцентрата

6) [-]Применение эpsilon-аминокапроновой кислоты

---

**272. При сохранении в течение суток температуры > 38 С у больных острым лейкозом с постцитостатическим агранулоцитозом необходимо:**

1) [-]Назначить антибиотики при наличии клинических признаков инфекции

2) [+]Начать в/в введение антибиотиков

3) [-]Назначить антибиотики при выявлении патогенной флоры

4) [-]Начать пероральный прием антибиотиков

5) [-]Перелить лейкоконцентрат

---

**273. Эмпирическую антибактериальную терапию больным острым лейкозом с постцитостатическим агранулоцитозом следует начинать с применения:**

1) [-]Полусинтетических пенициллинов

- 2) [+]Цефалоспоринов + аминогликозидов
  - 3) [-]Аминогликозидов
  - 4) [-]Ванкомицина
  - 5) [+]Полусинтетических пенициллинов+аминогликозидов
  - 6) [-]Цефалоспоринов
- 

**274. При развитии выраженной рвоты у больного острым лейкозом на фоне цитостатической терапии необходимо:**

- 1) [-]Уменьшить дозу цитостатиков
  - 2) [-]Назначить зондовое питание
  - 3) [+]Назначить антиэметические средства
  - 4) [-]Назначить гастрентеральное питание
  - 5) [+]Продолжить цитостатическую терапию
  - 6) [-]Отменить цитостатики, вызвавшие рвоту
- 

**275. Для гиперкетонемической / кетоацидотической/ комы свойственны следующие симптомы:**

- 1) [+]Запах ацетона изо рта
  - 2) [-]Влажность кожных покровов
  - 3) [+]Сухость кожных покровов
  - 4) [+]Дыхание типа Кусмауля
  - 5) [+]Сниженный мышечный тонус
  - 6) [-]Повышенный мышечный тонус
- 

**276. При гипер кетонемической / кетоацидотической/ коме наблюдается:**

- 1) [+]Снижение содержания калия в сердечной мышце



2) [+]Нормо- или гиперкалиемия, сменяющаяся гипокалиемией после назначения инсулинотерапии

3) [-]Гипокалиемия, сменяющаяся нормокалиемией после назначения инсулинотерапии

4) [-]Признаки гиперкалиемии на ЭКГ

5) [+]Признаки гипокалиемии на ЭКГ

---

**277. При лечении диабетических ком используются следующие инсулины:**

1) [-]НПХ

2) [-]Смесь НПХ и простого инсулина

3) [-]Гларгин

4) [+]Простой инсулин

5) [-]Детемир

---

**278. К диабетическим комам относятся:**

1) [+]Гиперкетонемическая /кетоацидотическая/

2) [+]Гиперосмолярная

3) [-]Гипохлоремическая

4) [+]Гиперлактацидемическая

---

**279. При интенсивной терапии диабетических ком скорость снижения гликемии не должна превышать в час:**

1) [-]1-1,5 ммоль/л

2) [-]3 ммоль/л

3) [+]5 ммоль/л

4) [-]10 ммоль/л

5) [-]Ограничения отсутствуют

## **280. Гиперосмолярная кома чаще развивается:**

- 1) [-]У лиц с сахарным диабетом 1 типа
  - 2) [+]У лиц с сахарным диабетом 2 типа
- 

## **281. Для гиперосмолярной комы характерно:**

- 1) [+]Гипергликемия выше 40 ммоль/л
  - 2) [-]Кетонурия
  - 3) [-]Осмолярность плазмы 290-300 мосм/л
  - 4) [+]Осмолярность плазмы 350-400 мосм/л
  - 5) [-]Гипертермия
  - 6) [+]Гипотония
- 

## **282. Лечение гиперлактацидемической комы включает:**

- 1) [+]Внутривенное капельное введение 4% соды 1-1,5 л/сут.
  - 2) [+]Оксигенотерапию
  - 3) [+]Внутривенное капельное введение небольших доз инсулина, при необходимости с глюкозой
  - 4) [-]Массивную инфузионную терапию изотоническим раствором с препаратами калия
  - 5) [-]Блокаторы ангиотензин-превращающего фермента
- 

## **283. В патогенезе тиреотоксического криза играют роль:**

- 1) [+]Значительное повышение уровня тиреоидных гормонов в крови
- 2) [+]Относительная недостаточность коры надпочечников
- 3) [+]Активация симпато-адреналовой системы

4) [+]Энцефалопатия

5) [-]Нарушение азотовыделительной функции почек

---

**284. Лечение тиреотоксического криза включает в себя:**

1) [+]Высокие дозы мерказолила

2) [+]Внутривенное капельное введение натрия йодида на 5% растворе глюкозы

3) [+]Бета-адреноблокаторы

4) [+]Глюкокортикоиды

5) [+]Барбитураты в сочетании с резерпином

---

**285. Лечение гипотиреоидной / микседематозной/ комы проводится:**

1) [+]Трийодтиронином , вводимым в желудок через зонд

2) [+]Парентеральным введением тироксина

3) [+]Глюкокортикоидами

4) [-]Массивной инфузионной терапией

5) [-]Оксибутиратом натрия

---

**286. Наиболее частой причиной острого гипопаратиреоза является:**

1) [-]Аутоиммунный полиэндокринный синдром

2) [-]Опухоль паращитовидной железы

3) [-]Гипогликемические состояния

4) [-]Острая пневмония

5) [-]Инфекционный эндокардит

6) [+]Струмэктомия

---

**287. Для купирования приступа тетании при**

## **остром гипопаратиреозе применяется:**

- 1) [-]Внутримышечное введение препаратов паратгормона
- 2) [-]Пероральный прием 1 млн ЕД витамина Д<sub>2</sub>
- 3) [+]Внутривенное струйное введение 10-15 мл 10% раствора кальция хлорида или глюконата
- 4) [-]Внутривенное введение сернокислой магнезии
- 5) [-]Внутривенное или внутримышечное введение реланиума

---

## **288. При гиперпаратиреоидном кризе наблюдаются:**

- 1) [+]Диспепсические расстройства
- 2) [+]Спастические боли в эпигастрии
- 3) [+]Запор
- 4) [+]Депрессия
- 5) [+]Эпилептиформные судороги
- 6) [-]Стенокардитические боли

---

## **289. Лечение гиперпаратиреоидного криза включает в себя:**

- 1) [-]Прием больших доз витамина Д<sub>2</sub>
- 2) [+]Удаление паратиреоаденомы или гиперплазированных околощитовидных желез 3-3,5
- 3) [+]Форсированный диурез
- 4) [+]Внутривенное капельное введение фосфатного буфера и этилендиаминтетрацетата
- 5) [-]Применение нейролептиков

---

## **290. Развитие аддисонического криза при**

## **хронической надпочечниковой недостаточности может быть вызвано:**

- 1) [-]Злоупотреблением снотворным
- 2) [+] "Малыми" хирургическими вмешательствами
- 3) [-]Злоупотреблением поваренной солью
- 4) [+]Приемом алкоголя
- 5) [+]Инфекцией или травмой

---

## **291. При острой надпочечниковой недостаточности наблюдается:**

- 1) [-]Снижение уровня кортизола в крови, увеличение экскреции 17-ОКС
- 2) [-]Повышение уровня кортизола в крови, снижение экскреции 17ОКС
- 3) [+]Снижение уровня кортизола, альдостерона и экскреции 17ОКС
- 4) [-]Снижение экскреции катехоламинов
- 5) [+]Множественное повышение АКТГ-активности

---

## **292. Основными направлениями в лечении адиссонического криза являются:**

- 1) [+]Длительное внутривенное капельное введение глюкокортикоидов
- 2) [+]Внутримышечное введение дексаметазона
- 3) [+]Инфузия изотонических растворов натрия хлорида и глюкозы
- 4) [-]Форсированный диурез
- 5) [-]Инфузия деполяризующей смеси

---

## **293. При лечении адиссонического криза**

**гидрокортизоном суточная доза в первый день составляет /мг/:**

- 1) [-]100-200
  - 2) [-]250-400
  - 3) [+]500-1000
  - 4) [-]1100-1900
  - 5) [-]2000-3000
- 

**294. Вероятность возникновения нарушений сердечного ритма, обусловленных гипокалиемией, резко повышается при:**

- 1) [+]Применении сердечных гликозидов
  - 2) [+]Метаболическом алкалозе
  - 3) [-]Метаболическом ацидозе
  - 4) [-]Гипонатриемии
  - 5) [-]Отмене сердечных гликозидов
- 

**295. Неотложные мероприятия при феохромоцитарном кризе включают в себя следующие:**

- 1) [+]Немедленное введение альфа-адрноблокаторов
  - 2) [-]Назначение антикоагулянтов
  - 3) [+]В/в введение бета-блокаторов
  - 4) [-]Введение гипотензивных препаратов центрального действия
- 

**296. Клинические признаки острой гиперкалиемии появляются при уровне калия в сыворотке:**

- 1) [-]> 5,0 ммоль/л
  - 2) [-]> 5,5 ммоль/л
  - 3) [-]> 6,0 ммоль/л
  - 4) [+]> 6,5 ммоль/л
  - 5) [-]> 7,5 ммоль/л
- 

**297. Наиболее быстрый эффект в неотложном лечении острой гиперкалиемии достигается с помощью:**

- 1) [-]Раствора гидрокарбоната натрия
  - 2) [+]Раствора глюконата кальция
  - 3) [+]Гемодиализа
  - 4) [-]Растворов глюкозы и инсулина
  - 5) [-]Минералокортикоидов
- 

**298. Мероприятия неотложной помощи при нефрогенном отеке легких включают в себя применение:**

- 1) [+]Преднизолона
  - 2) [+]Ультрафильтрации
  - 3) [-]Отмытых эритроцитов
  - 4) [-]Строфантина
  - 5) [-]Хлорида калия
- 

**299. Основными направлениями терапии гипертонического криза у больных с идиопатическим гиперальдостеронизмом являются:**

- 1) [-]Диуретическая терапия

- 2) [+]Устранение гиперволемии
  - 3) [+]Ликвидация угрозы отека мозга
  - 4) [+]Массивная гипотензивная терапия
  - 5) [+]Компенсация дефицита калия
- 

### **300. Поражения почек при инфекционном эндокардите представлены:**

- 1) [-]Не характерны
  - 2) [+]Очаговым нефритом, диффузным гломерулонефритом, нефротическим синдромом, инфарктом, абсцессом, почечной недостаточностью
  - 3) [-]Нефролитиазом
  - 4) [-]Изолированной гематурией
- 

### **301. При инфекционном эндокардите наркоманов чаще всего поражается:**

- 1) [+]Трикуспидальный клапан
  - 2) [-]Митральный клапан
  - 3) [-]Аортальный клапан
  - 4) [-]Клапан легочной артерии
- 

### **302. Какие симптомы характерны для аускультативной картины недостаточности митрального клапана?**

- 1) [-]Хлопающий I тон
  - 2) [-]Систолический шум у основания сердца
  - 3) [-]Мезодиастолический шум
  - 4) [+]Систолический шум на верхушке
- 

### **303. Назовите показания к проведению пункции**



## перикарда:

- 1) [-]Тампонада сердца
  - 2) [-]Подозрение на гнойный процесс
  - 3) [-]Замедленное рассасывание экссудата
  - 4) [-]Диагностическая пункция
  - 5) [+]Все перечисленное
- 

**304. 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
- 

**305. Какие из побочных эффектов ингибиторов АПФ, как правило, требуют прекращения лечения?**

- 1) [+]Ангионевротический отек, кожные реакции в виде эритемы
  - 2) [-]Потеря вкусовых ощущений, кашель
  - 3) [-]Падение АД после первого приема
- 

**306. Какие из липопротеинов /ЛП/ являются атерогенными:**

- 1) [-]ЛП высокой плотности
- 2) [+]ЛП очень низкой плотности
- 3) [+]ЛП низкой плотности

4) [-]ЛП промежуточной плотности

---

**307. Какие из липопротеинов /ЛП/ являются антиатерогенными:**

- 1) [-]ЛП очень низкой плотности
  - 2) [-]ЛП низкой плотности
  - 3) [-]ЛП промежуточной плотности
  - 4) [+]ЛП высокой плотности
- 

**308. Наиболее информативный сывороточный маркер инфаркта миокарда:**

- 1) [-]КФК
  - 2) [-]АСТ
  - 3) [+]Тропонин I
  - 4) [-]МВ-КФК
  - 5) [-]ЛДГ
- 

**309. Что из перечисленного вы бы назначили больному с нестабильной стенокардией?**

- 1) [-]Сердечные гликозиды, диуретики, препараты калия
  - 2) [-]Антагонисты кальция, диуретики, нитраты
  - 3) [+]Нитраты, бета-адреноблокаторы, гепарин, аспирин
  - 4) [-]Антагонисты кальция, аспирин, сердечные гликозиды
  - 5) [-]Ингибиторы АПФ, никотиновую кислоту
- 

**310. Наибольшее верифицирующее диагностическое значение имеет определение уровня в крови:**

- 1) [-]Альдостерона
- 2) [-]Норадреналина

3) [-]Вазопрессина

4) [+]Мозгового натрийуретического пептида

---

**311. Ингибитором АПФ короткого действия является:**

1) [-]Квинаприл

2) [-]Лизиноприл

3) [+]Каптоприл

4) [-]Эналаприл

5) [-]Моэксиприл

---

**312. В качестве базисной терапии коррекции аритмии используются:**

1) [-]Калия оротат

2) [-]Кальция глюконат

3) [+]Магния оротат

4) [+]Калия хлорид

5) [-]Натрия гидрокарбонат

---

**313. Препаратами первого выбора для купирования пароксизма наджелудочковой тахикардии являются:**

1) [-]Кордарон

2) [+]Изоптин

3) [+]АТФ

4) [-]Бета-блокаторы

5) [-]Лидокаин

---

**314. Для поддержания нормосистолии при постоянной фибрилляции предсердий должны**

## **ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ:**

- 1) [+]Дигоксин
  - 2) [+]Неселективные бета-блокаторы
  - 3) [-]Нифедипин
  - 4) [-]Ритмилен
  - 5) [-]Хинидин
- 

**315. Для подготовки больного к плановой электрической кардиоверсии на фоне затянувшегося пароксизма фибрилляции предсердий /в сроки более 2 суток/ необходимо:**

- 1) [-]Назначение сердечных гликозидов
  - 2) [+]Проведение терапии непрямыми антикоагулянтами
  - 3) [-]Проведение антиагрегантной терапии аспирином
  - 4) [+]Назначение неселективных бета блокаторов или изоптина
  - 5) [-]Назначение препаратов калия и магния
- 

**316. Воздействие ангиотензина-II на рецепторы 1 типа не вызывает:**

- 1) [-]Вазоконстрикцию
  - 2) [+]Вазодилатацию
  - 3) [-]Задержку натрия
  - 4) [-]Активацию симпатической активности
  - 5) [-]Стимуляцию клеточного роста
- 

**317. В соответствии с отечественными рекомендациями по артериальной гипертензии /2008 г./ к числу признаков гипертензивного**

## **поражения органов-мишеней не относят:**

- 1) [-]Коронарный атеросклероз
  - 2) [-]Инфаркт миокарда
  - 3) [-]Утолщение комплекса интима-медиа сонной артерии
  - 4) [+]Сужение артерий сетчатки и расширение вен
  - 5) [-]Расслоение аневризмы аорты
- 

## **318. Оптимальный уровень АД для общей популяции составляет:**

- 1) [+]
  - 2) [-]
  - 3) [-]
  - 4) [-]
- 

## **319. Изолированная систолическая АГ – это сочетание:**

- 1) [+]Систолическое АД > 140 и диастолическое АД
  - 2) [-]Систолическое АД > 160 и диастолическое АД
  - 3) [-]Систолическое АД > 180 и диастолическое АД
- 

## **320. Для коарктации аорты характерно:**

- 1) [+]Ослабление пульса на артериях стоп
  - 2) [-]Ослабление пульса на лучевых артериях и артериях стоп
  - 3) [-]Гипотрофия мышц плечевого пояса
- 

## **321. Целевой уровень АД для пациента, страдающего сахарным диабетом:**

- 1) [+]

- 2) [-]
- 3) [-]
- 4) [-]
- 5) [-]

---

**322. Для верификации метаболического синдрома необходимый диагностический уровень триглицеридов составляет:**

- 1) [-]1,3 ммоль/л
- 2) [-]1,5 ммоль/л
- 3) [+]1,7 ммоль/л
- 4) [-]1,9 ммоль/л
- 5) [-]2,3 ммоль/л

---

**323. При подагре у больного артериальной гипертензией противопоказаны:**

- 1) [-]Бета-блокаторы
- 2) [-]Антагонисты кальция
- 3) [+]Тиазидовые диуретики
- 4) [-]Ингибиторы АПФ
- 5) [-]Блокаторы АТ1-ангиотензиновых рецепторов

---

**324. Наиболее характерными инфекционными агентами острого миокардита являются:**

- 1) [+]Вирусы Коксаки
- 2) [-]Вирусы гепатита
- 3) [-]Риккетсии
- 4) [-]Стрептококки
- 5) [-]Стафилококки

**325. Появление через две недели после вирусной инфекции мучительных болей в прекардиальной области, усиливающихся на вдохе, характерно:**

- 1) [-]Для миокардита
  - 2) [+]Для перикардита
  - 3) [-]Для эндокардита
  - 4) [-]Для межреберной невралгии
  - 5) [-]Для остеохондроза позвоночника
- 

**326. Наиболее частой опухолью сердца является:**

- 1) [-]Саркома
  - 2) [+]Миксома
  - 3) [-]Рабдомиома
  - 4) [-]Сосочковая фиброэластома
  - 5) [-]Ангиосаркома
- 

**327. Для синдрома Бругада характерен признак:**

- 1) [-]Типичный подъем сегмента ST в правых грудных отведениях ЭКГ
  - 2) [-]Пароксизмальная желудочковая тахикардия
  - 3) [-]Семейный анамнез внезапной смерти
  - 4) [-]Синкопальные состояния
  - 5) [+]Всё перечисленное
- 

**328. Какова традиционная начальная доза энергии дефибриллятора с монополярным импульсом при сердечно-легочной реанимации?**

- 1) [-]50 Дж
- 2) [-]120 Дж
- 3) [+]200 Дж
- 4) [-]360 Дж
- 5) [-]500 Дж

---

**329. Какой фактор может вызвать острую левожелудочковую недостаточность?**

- 1) [-]Астматический статус
- 2) [+]Инфаркт миокарда левого желудочка
- 3) [-]Инфаркт миокарда правого желудочка
- 4) [-]Стеноз трикуспидального клапана

---

**330. Типичное клиническое проявление острой левожелудочковой недостаточности:**

- 1) [-]Гидроторакс
- 2) [-]Гидроперикард
- 3) [-]Асцит
- 4) [-]Острое увеличение печени
- 5) [+]Сердечная астма

---

**331. Какой рентгенологический признак характерен для интерстициального отека легких?**

- 1) [+]Признаки выраженного застоя в малом круге кровообращения
- 2) [-]Скопление жидкости в перикарде
- 3) [-]Инфильтрация легочной ткани
- 4) [-]Скопление жидкости в плевральных синусах
- 5) [-]Подчеркнутость междолевых щелей



**332. Какие из нижеперечисленных свойств стрептокиназы ограничивают ее повторное применение?**

- 1) [-]Тромбоспецифичность
- 2) [+]Пирогенность
- 3) [+]Антигенность
- 4) [-]Отсутствие влияния на фибринолитическую активность крови

**333. С целью ограничения очага поражения при ИМ не показано применение:**

- 1) [-]Нитроглицерина
- 2) [-]Тромболитиков
- 3) [+]Антагонистов кальция
- 4) [-]Бета-блокаторов

**334. Аускультативные данные, характерные для митрального порока с преобладанием стеноза:**

- 1) [+]! тон хлопающий, систолический, диастолический шумы на верхушке сердца
- 2) [-]! тон усиленный, систолический шум на верхушке
- 3) [-]! тон ослабленный, систолический шум на верхушке
- 4) [-]! тон обычный, систолический шум на верхушке

**335. Признаками нестабильной стенокардии являются:**

- 1) [+]Изменение длительности и интенсивности болевых приступов
- 2) [-]Нарушение ритма и проводимости

3) [-]Снижение АД без гипотензивной терапии

4) [-]Появление патологического зубца Q на ЭКГ

---

**336. Что является патоморфологическим субстратом атеросклероза?**

1) [+]Фиброзная /атеросклеротическая/ бляшка

2) [-]Врожденное сужение сосуда

3) [-]Внутрисосудистый тромб

---

**337. Клиническое значение фиброзных бляшек определяется всеми перечисленными последствиями, кроме:**

1) [-]Разрыв бляшки

2) [-]Кальцификация бляшки

3) [-]Кровоизлияние в бляшку

4) [+]Плотной фиброзной покрышки

---

**338. Основными факторами риска атеросклероза являются все перечисленные, кроме:**

1) [-]Дислипидемии

2) [-]Артериальная гипертензия

3) [+]Занятия спортом

4) [-]Курение

---

**339. К немодифицируемым факторам риска атеросклероза относят:**

1) [+]Пол

2) [-]Ожирение

3) [-]Гиподинамия

### **340. Микроскопически жировые полоски состоят из:**

- 1) [+]**Крупных пенистых клеток макрофагального происхождения**
  - 2) [-]Лимфоцитов
  - 3) [-]Адвентиции
- 

### **341. Свободный холестерин является главным компонентом:**

- 1) [-]Панкреатического сока
  - 2) [+]**Клеточных мембран**
  - 3) [-]Липопротеидов
- 

### **342. АПО - белок необходим для:**

- 1) [+]**Связывания частиц ЛП с клеточными рецепторами**
  - 2) [-]Для построения мембран клеток
  - 3) [-]Для синтеза гормонов
- 

### **343. Синтез холестерина в печени активируется таким ферментом, как:**

- 1) [-]Метилглутарил КоА
  - 2) [-]Транспептиза
  - 3) [+]**ГМГ КоА редуктаза**
- 

### **344. Главная функция ЛПВП:**

- 1) [+]**Обратный транспорт холестерина из тканей в печень**
  - 2) [-]Участвовать в формировании фиброзной бляшки
  - 3) [-]Способствовать перекисному окислению липидов
- 

### **345. Триглицериды транспортируются, в**

**ОСНОВНОМ, В СОСТАВЕ:**

- 1) [-]ЛПВП
  - 2) [+]ЛПОНП
  - 3) [-]Фосфолипидов
- 

**346. Для общей популяции предполагается следующий уровень общего холестерина:**

- 1) [+]Менее 5,0 ммоль/л
  - 2) [-]Менее 5,8 ммоль/л
  - 3) [-]Менее 3,3 ммоль/л
- 

**347. Какой препарат не относится к холестеринснижающим?**

- 1) [-]Симвастатин
  - 2) [-]Холестирамин
  - 3) [+]Верошпирон
  - 4) [-]Никотиновая кислота
- 

**348. Самым опасным осложнением при лечении статинами является:**

- 1) [-]Диспептические расстройства
  - 2) [+]Рабдомиолиз
  - 3) [-]Повышение трансаминаз
  - 4) [-]Повышение ЛДГ
- 

**349. Механизм действия фибратов:**

- 1) [-]Ингибирование ГМГ коа редуктазы
- 2) [+]Активация а-рецептора пролифератора пероксисом
- 3) [-]Снижение всасывания ЛПНП

**350. Для уточнения причины появления отрицательного зубца Т при НЦА неинформативны:**

- 1) [-]Проба с калием хлоридом
  - 2) [-]Ортостатическая проба
  - 3) [+]Проба с каптоприлом
  - 4) [+]Проба с атропином
  - 5) [-]Проба с гипервентиляцией
  - 6) [-]Проба с бета-адреноблокатором
- 

**351. Признаками сосудистой дистонии при НЦА не являются:**

- 1) [-]Похолодание конечностей
  - 2) [-]Гиперемия лица, шеи и передней поверхности грудной клетки
  - 3) [-]Потливость ладоней и стоп
  - 4) [-]Головная боль без связи с уровнем АД
  - 5) [+]Кровоизлияния на коже и слизистых
- 

**352. Для повышения АД при НЦА характерно:**

- 1) [-]Повышение как систолического, так и диастолического АД
  - 2) [-]Повышение АД не сопровождается тахикардией
  - 3) [+]Подъему АД сопутствуют многочисленные жалобы
  - 4) [-]Реакция на гипотензивные препараты отчетливая
  - 5) [+]Повышение АД кратковременное
- 

**353. Повышение артериального давления при феохромоцитоме и парананглиомах имеет**

## характер:

- 1) [-]Изолированного диастолического
  - 2) [-]С асимметрией на верхних и нижних конечностях
  - 3) [+]Кризового
  - 4) [-]Изолированного систолического
- 

**354. При сифилисе наиболее часто поражаемым слоем стенки аорты является:**

- 1) [-]Интима
  - 2) [+]Медия
  - 3) [-]Адвентиция
- 

**355. В клинической картине ТЭЛА нехарактерны:**

- 1) [+]Артериальная гипертензия
  - 2) [-]Тахипноэ
  - 3) [-]Кровохарканье
  - 4) [+]Апноэ
  - 5) [-]Акцент второго тона над легочной артерией
- 

**356. Показаниями к тромболитической терапии при ТЭЛА являются:**

- 1) [-]Шок
  - 2) [-]Острая правожелудочковая недостаточность
  - 3) [-]Выраженная легочная гипертензия
  - 4) [-]Повторные эпизоды тромбоэмболии
  - 5) [+]Все перечисленные факторы
- 

**357. К числу признаков метаболического**

## **синдрома не относится:**

- 1) [-]Артериальная гипертензия
- 2) [-]Повышение уровня гликемии
- 3) [-]Дислипидемия
- 4) [+]**Гиноидное ожирение**
- 5) [-]Гиперурикемия

---

## **358. Препаратами выбора лечения АГ у лиц с хроническими бронхообструктивными заболеваниями являются:**

- 1) [-]Бета-адреноблокаторы
- 2) [-]Агонисты имидазолиновых рецепторов
- 3) [+]**Антагонисты кальция**
- 4) [-]Осмотические диуретики

---

## **359. К критериям диагноза злокачественной артериальной гипертензии относятся:**

- 1) [+]**Офтальмоскопические признаки некротизирующего артериолита сетчатки**
- 2) [+]**Повышение диастолического АД более 120 мм рт.ст.**
- 3) [-]Инсульт
- 4) [-]Инфаркт миокарда

---

## **360. К перечню средств неотложной помощи при гипертонических кризах не относятся:**

- 1) [-]Каптоприл
- 2) [+]**Моксонидин**
- 3) [-]Нифедипин
- 4) [-]Клонидин

5) [+]Индапамид

---

**361. Причинами развития раннего инфекционного эндокардита протезированных клапанов являются:**

- 1) [-]Недостаточно эффективная санация камер сердца
- 2) [-]Распространение вегетаций за пределы клапана
- 3) [-]В/венные катетеры
- 4) [-]Экзоинфекция во время операции
- 5) [+]Все ответы правильные

---

**362. Какие из числа бета-адреноблокаторов официально рекомендованы для терапии ХСН:**

- 1) [-]Атенолол
- 2) [-]Талинолол
- 3) [+]Бисопролол
- 4) [+]Метопролол CR/XL
- 5) [+]Карведилол

---

**363. Какой из гипотензивных препаратов даже в умеренных дозах может вызвать лекарственный люпус-синдром?**

- 1) [-]Клонидин
- 2) [-]Метилдопа
- 3) [-]Резерпин
- 4) [-]Гидралазин
- 5) [+]Празозин

---

**364. Лечение миокардиодистрофии должно обязательно** **алкогольной**



## **включать:**

- 1) [-]Назначение высоких доз аскорбиновой кислоты
  - 2) [+]Назначение рациона, богатого витаминами группы В
  - 3) [-]Назначение высоких доз диуретиков
  - 4) [-]Применение плазмафереза
- 

## **365. Проведение антиаритмической терапии целесообразно при:**

- 1) [+]Плохой субъективной переносимости аритмии
  - 2) [-]Изредка рецидивирующей аритмии без ее субъективного восприятия и при отсутствии нарушений гемодинамики
  - 3) [+]Нарушении гемодинамики на фоне сохраняющейся аритмии
  - 4) [-]Наличии нестойкого эффекта базисной терапии
  - 5) [+]Неблагоприятной прогностической значимости выявленной аритмии
- 

## **366. Ваша тактика при перикардитах неясного генеза:**

- 1) [-]Пробное противоревматическое лечение
  - 2) [-]Лечение антибиотиками широкого спектра действия
  - 3) [+]Пробное лечение противотуберкулезными препаратами
  - 4) [-]Пробное лечение кортикостероидами
- 

## **367. В качестве неотложной догоспитальной помощи больному с подозрением на инфаркт миокарда необходимо:**

- 1) [-]Ввести гепарин

- 2) [-]Ввести стрептокиназу
  - 3) [-]Промыть желудок и ввести атропин
  - 4) [-]Ввести викасол + атропин
  - 5) [+]**Назначить нитроглицерин и аспирин**
- 

**368. Проба с атропином применяется у больных со следующими целями:**

- 1) [-]Для диагностики имеющихся нарушений атриовентрикулярной проводимости
  - 2) [-]Для оценки класса коронарной недостаточности
  - 3) [-]Для выявления нарушений реологических свойств крови
  - 4) [-]Для выявления скрытой коронарной недостаточности
  - 5) [+]**Для диагностики синдрома слабости синусового узла**
- 

**369. Микроальбуминурия – это уровень суточной экскреции альбумина, равный:**

- 1) [+]**30-300 мг/сут.**
  - 2) [-]40-400 мг/сут.
  - 3) [-]50-500 мг/сут.
  - 4) [-]100-1000 мг/сут.
  - 5) [-]200-2000 мг/сут.
- 

**370. Абсолютное противопоказание для селективного бета-адреноблокатора**

- 1) [-]Хроническая обструктивная болезнь легких в ремиссии
- 2) [+]**Кардиогенный шок**
- 3) [-]Атрио-вентрикулярная блокада 1 степени /PQ 0,22 с/
- 4) [-]Синусовая брадикардия /ЧСС 56 в 1 мин/

**371. Наибольший регресс гипертрофии левого желудочка обеспечивают**

- 1) [+]Блокаторы АТ1-ангиотензиновых рецепторов
  - 2) [-]Тиазидовые диуретики
  - 3) [-]Антагонисты кальция
  - 4) [-]Бета-адреноблокаторы
  - 5) [-]Ингибиторы АПФ
- 

**372. При недостаточности клапана аорты может выявляться функциональный шум?**

- 1) [+]Флинта
  - 2) [-]Грехема Стилла
  - 3) [-]Кумбса
- 

**373. Для митральной недостаточности характерно?**

- 1) [-]Увеличение амплитуды I тона
  - 2) [-]Наличие тона открытия митрального клапана
  - 3) [-]Наличие систолического тона изгнания
  - 4) [+]Уменьшение амплитуды I тона
- 

**374. Пресистолический шум митрального стеноза обусловлен?**

- 1) [+]Систолой предсердия
  - 2) [-]Систолой желудочка
- 

**375. Наиболее характерный признак митральной недостаточности?**

- 1) [+]Убывающий систолический шум

- 2) [-]Нарастающий систолический шум
  - 3) [-]Интервальный протодиастолический шум
  - 4) [-]Безинтервальный протодиастолический шум
- 

**376. Для аортального стеноза наиболее характерен?**

- 1) [-]Убывающий систолический шум
  - 2) [+]Ромбовидный шум
  - 3) [-]Убывающий протодиастолический шум
  - 4) [-]Нарастающий систолический шум
- 

**377. О каком пороке говорят «много шума из ничего»?**

- 1) [-]Дефект межпредсердной перегородки
  - 2) [+]Болезнь Толочинова-Роже
  - 3) [-]Коарктация аорты
  - 4) [-]Незаращенный боталлов проток
- 

**378. Какому определению соответствует термин «дыхательный объем»?**

- 1) [-]Объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха
  - 2) [-]Объем максимального вдоха после спокойного вдоха
  - 3) [-]Объем максимального выдоха после спокойного выдоха
  - 4) [+]Объем воздуха, вдыхаемого или выдыхаемого при спокойном дыхании
- 

**379. Какому определению соответствует термин «резервный объем вдоха»?**

1) [-]Объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха

2) [+]Объем максимального вдоха после спокойного вдоха

3) [-]Объем максимального выдоха после спокойного выдоха

4) [-]Объем воздуха, вдыхаемого или выдыхаемого при спокойном дыхании

---

### **380. Какому определению соответствует термин «остаточный объем легких»?**

1) [+]Объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха

2) [-]Объем максимального вдоха после спокойного вдоха

3) [-]Объем максимального выдоха после спокойного выдоха

4) [-]Объем воздуха, вдыхаемого или выдыхаемого при спокойном дыхании

---

### **381. Какому определению соответствует термин «общая емкость легких»?**

1) [-]Объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха

2) [+]Максимальное количество воздуха, которое могут вместить легкие на высоте глубокого вдоха

3) [-]Максимальный объем воздуха, который можно выдохнуть после максимального вдоха

4) [-]Максимальное количество воздуха, которое можно вдохнуть после спокойного выдоха

---

### **382. Какому определению соответствует термин «емкость вдоха»?**

1) [-]Объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха

2) [-]Максимальное количество воздуха, которое могут вместить легкие на высоте глубокого вдоха

3) [-]Максимальный объем воздуха, который можно выдохнуть после максимального вдоха

4) [+]Максимальное количество воздуха, которое можно вдохнуть после спокойного выдоха

---

### **383. Какой механизм бронхиальной обструкции наиболее характерен для эмфиземы легких?**

1) [-]Спазм гладкой мускулатуры бронхов

2) [-]Склероз мышечно-эластических структур, облитерация бронхов

3) [-]Отечно-воспалительные изменения бронхов

4) [-]Коллапс трахеи и крупных бронхов

5) [+]Коллапс мелких бронхов

---

### **384. Какие нарушения преобладают при острой пневмонии?**

1) [-]Нарушения вентиляции

2) [+]Нарушения вентиляционно-перфузионных соотношений

3) [-]Нарушения диффузионной способности легких

---

### **385. Какие нарушения преобладают при фиброзирующем альвеолите?**

1) [-]Нарушения вентиляции

2) [-]Нарушения вентиляционно-перфузионных соотношений

3) [+]Нарушения диффузионной способности легких

**386. Уменьшение остаточного объема легких наблюдается при?**

- 1) [-]Эмфиземе легких
  - 2) [-]Острой пневмонии
  - 3) [+]**Пневмофиброзе**
  - 4) [-]Хронической обструктивной болезни легких
- 

**387. Наиболее информативным показателем бронхиальной обструкции является?**

- 1) [-]Общая емкость легких
  - 2) [-]Жизненная емкость легких
  - 3) [-]Дыхательный объем
  - 4) [+]**Индекс Тиффно**
- 

**388. Показатель ПОС /пиковая объемная скорость/ характеризует максимальный поток?**

- 1) [-]В начальной части форсированного выдоха
  - 2) [-]В конечной части форсированного выдоха
  - 3) [-]В средней части форсированного выдоха
  - 4) [+]**За весь период форсированного выдоха**
- 

**389. Индекс Тиффно в норме составляет?**

- 1) [-]Не менее 40%
  - 2) [-]Не менее 50%
  - 3) [-]Не менее 60%
  - 4) [+]**Не менее 70%**
- 

**390. Выберите правильное определение для термина «альвеолярная вентиляция»?**

1) [+] Часть минутного объема дыхания, которая достигает альвеол и участвует в газообмене с кровью

2) [-] Объем воздуха, вентилируемого за 1 минуту при условии предельного увеличения глубины и скорости дыхания

3) [-] Объем воздуха, вентилируемого легкими в течение 1 минуты в покое

---

**391. Парциальное давление углекислого газа в альвеолярном воздухе в норме составляет?**

1) [-] 15-25 мм рт.ст.

2) [+] 35-45 мм рт.ст.

3) [-] 55-65 мм рт.ст.

4) [-] 75-85 мм рт.ст.

---

**392. Выберите соответствующие цифры для термина «альвеолярная гиперкапния»?**

1) [+] 75-80 мм рт.ст.

2) [-] 25-30 мм рт.ст.

3) [-] 35-45 мм рт.ст.

4) [-] 15-20 мм рт.ст.

---

**393. Выберите определение для термина «диспноэ»?**

1) [+] Неприятное субъективное ощущение недостаточности дыхания или затрудненного дыхания

2) [-] Нормальная вентиляция в покое, сопровождающаяся субъективным чувством комфорта

3) [-] Увеличение частоты дыхания

4) [-] Уменьшение частоты дыхания

5) [-] Остановка дыхания



**394. Выберите определение для термина «апноэ»?**

- 1) [-]Неприятное субъективное ощущение недостаточности дыхания или затрудненного дыхания
  - 2) [-]Нормальная вентиляция в покое, сопровождающаяся субъективным чувством комфорта
  - 3) [-]Увеличение частоты дыхания
  - 4) [-]Уменьшение частоты дыхания
  - 5) [+]Остановка дыхания
- 

**395. В норме насыщение артериальной крови кислородом / $SO_2$ ,  $HbO_2$ / составляет?**

- 1) [+]96-98%
  - 2) [-]90-92%
  - 3) [-]87-89%
  - 4) [-]84-86%
- 

**396. Напряжение кислорода в артериальной крови / $PaO_2$ / в норме колеблется в пределах?**

- 1) [-]80-85 мм рт.ст.
  - 2) [-]70-75 мм рт.ст.
  - 3) [-]60-65 мм рт.ст.
  - 4) [+]95-100 мм рт.ст.
- 

**397. Насыщение крови кислородом может быть определено с помощью?**

- 1) [-]Спирографа
- 2) [-]Бодиплетизмографа
- 3) [+]Оксиметра

4) [-]Масс-спектрометра

---

**398. Причиной артериальной гипоксемии могут быть?**

- 1) [-]Нарушения вентиляции
  - 2) [-]Нарушения диффузии
  - 3) [-]Нарушения перфузии
  - 4) [-]Легочное шунтирование
  - 5) [+]**Все ответы правильные**
- 

**399. Из следующих наименований выберите соответствующие единицы измерения насыщения крови кислородом?**

- 1) [-]л
  - 2) [-]л/с
  - 3) [-]мм рт.ст.
  - 4) [-]л/мин
  - 5) [+]**%**
- 

**400. Для функционирования дополнительного пути Джеймса характерны признаки:**

- 1) [+]**Укорочение интервала PQ менее 0,12 с**
  - 2) [-]Наличие дельта-волны
  - 3) [-]Расширение комплекса QRS
  - 4) [+]**Нормальная ширина комплекса QRS**
- 

**401. Для атриовентрикулярной блокады II степени тип Мобитц II характерны:**

- 1) [-]Постепенное увеличение интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса

2) [+]Отсутствие постепенного увеличения интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса

3) [-]Правильный ритм сердечных сокращений

4) [+]Неправильный ритм сердечных сокращений

---

**402. Выберите определение для монотопных мономорфных экстрасистол?**

1) [-]Различные по форме экстрасистолы с устойчивым интервалом сцепления

2) [+]Одинаковые по форме экстрасистолы с устойчивым интервалом сцепления

3) [-]Различные по форме экстрасистолы с разным интервалом сцепления

4) [-]Одинаковые по форме экстрасистолы с различным интервалом сцепления

---

**403. Смыкание атриовентрикулярных клапанов сердца вызвано разницей давления в предсердиях и желудочках и происходит в фазу**

1) [+]Асинхронного сокращения

2) [-]Изометрического сокращения

3) [-]Быстрого изгнания

4) [-]Медленного изгнания

---

**404. Выберите определение для монотопных полиморфных экстрасистол?**

1) [+]Различные по форме экстрасистолы с устойчивым интервалом сцепления

2) [-]Одинаковые по форме экстрасистолы с устойчивым интервалом сцепления

3) [-]Различные по форме экстрасистолы с разным интервалом сцепления

4) [-]Одинаковые по форме экстрасистолы с различным интервалом сцепления

---

**405. Выберите определение для экстрасистолической бигеминии?**

1) [-]Соотношение синусовых и экстрасистолических циклов 3:1

2) [-]Соотношение синусовых и экстрасистолических циклов 2:1

3) [+]Соотношение синусовых и экстрасистолических циклов 1:1

---

**406. Об «экстрасистолической депрессии ритма» свидетельствует компенсаторная пауза?**

1) [-]Меньшая, чем сумма двух циклов основного ритма

2) [+]Большая, чем сумма двух циклов основного ритма

3) [-]Равная сумме двух циклов основного ритма

---

**407. «Индекс преждевременности» для сверхранных экстрасистол?**

1) [-]Более 1

2) [-]От 0,85 до 1

3) [+]Менее 0,85

---

**408. Выберите ЭКГ-признаки, характерные для термина «блокированная предсердная экстрасистола»?**

1) [-]Измененный зубец P, аберрантный комплекс QRS

2) [-]Измененный зубец R, комплекс QRS суправентрикулярной формы

3) [+]Измененный зубец R, отсутствие комплекса QRS

---

**409. Комплекс QRS экстрасистолы изменен по типу блокады левой ножки пучка Гиса. Эти признаки характерны для?**

1) [-]Экстрасистол из передней стенки левого желудочка

2) [-]Экстрасистол из задней стенки левого желудочка

3) [+]Правожелудочковых экстрасистол

4) [-]Левожелудочковых экстрасистол

---

**410. Комплекс QRS экстрасистолы изменен по типу блокады правой и левой задней ветвей пучка Гиса. Эти признаки характерны для?**

1) [+]Экстрасистол из передней стенки левого желудочка

2) [-]Экстрасистол из задней стенки левого желудочка

3) [-]Правожелудочковых экстрасистол

4) [-]Левожелудочковых экстрасистол

---

**411. Для конкордантных верхушечных желудочковых экстрасистол характерно?**

1) [-]Преобладание зубца R во всех грудных отведениях

2) [+]Преобладание зубца S во всех грудных отведениях

---

**412. Для конкордантных базальных желудочковых экстрасистол характерно?**

1) [+]Преобладание зубца R во всех грудных отведениях

2) [-]Преобладание зубца S во всех грудных отведениях

**413. Тахикардия с наличием измененного зубца Р перед уширенным и деформированным комплексом QRS. Эти признаки характерны для?**

- 1) [-] Пароксизмальной желудочковой тахикардии
- 2) [-] Пароксизмальной предсердной тахикардии
- 3) [+] Пароксизмальной предсердной тахикардии с блокадой ветви пучка Гиса

**414. Тахикардия с наличием измененного зубца Р перед синусовым комплексом QRS. Эти признаки характерны для?**

- 1) [-] Пароксизмальной желудочковой тахикардии
- 2) [+] Пароксизмальной предсердной тахикардии
- 3) [-] Пароксизмальной предсердной тахикардии с блокадой ветви пучка Гиса

**415. Желудочковые «захваты» характерны для?**

- 1) [+] Желудочковой пароксизмальной тахикардии
- 2) [-] Предсердной пароксизмальной тахикардии

**416. Вагусные приемы при суправентрикулярной тахикардии:**

- 1) [+] Могут восстановить синусовый ритм или уменьшить частоту сердечных сокращений
- 2) [-] Не подавляют тахикардию, не влияют на частоту сердечных сокращений

**417. При ортодромной реципрокной АВ-тахикардии желудочковые комплексы:**

- 1) [+] Узкие

2) [-]Широкие

---

**418. Амплитуда зубца Р во 2 стандартном отведении в норме:**

- 1) [-]Более 1 см
  - 2) [-]5 мм
  - 3) [+]Не более 2,5 мм
  - 4) [-]1,5 см
- 

**419. Зубец Р в норме может иметь отрицательную фазу:**

- 1) [-]В I стандартном отведении
  - 2) [-]Во II стандартном отведении
  - 3) [+]В отведении V1
- 

**420. Синусовый узел располагается в:**

- 1) [-]Верхней части левого предсердия
  - 2) [-]Верхней части левого предсердия
  - 3) [-]В левом желудочке
  - 4) [+]Верхней части правого предсердия
- 

**421. Время активации правого предсердия:**

- 1) [-]Время от начала зубца Р до начала Q
  - 2) [-]Время от начала зубца Р до начала R
  - 3) [+]Время от начала зубца Р до его вершины
- 

**422. При гипертрофии правого предсердия индекс Макруза составляет:**

- 1) [+]Менее 1,1
- 2) [-]1,1-1,6

3) [-]Более 1,6

---

**423. ЭКГ-признаками поворота сердца вокруг поперечной оси верхушкой вперед являются:**

- 1) [+]Появление выраженного зубца Q в стандартных отведениях /I,II,III/
  - 2) [-]Появление выраженного зубца S в стандартных отведениях /I,II,III/
  - 3) [-]Сдвиг переходной зоны к левым грудным отведениям
  - 4) [-]Выраженный зубец S во всех грудных отведениях
  - 5) [-]Выраженный зубец Q в левых грудных отведениях
- 

**424. Отклонение электрической оси сердца влево /от -30 градусов до -90 градусов/ может быть результатом:**

- 1) [+]Блокады передней ветви ЛНПГ
  - 2) [-]Блокады задней ветви ЛНПГ
  - 3) [-]Гипертрофии левого желудочка
  - 4) [-]Нижнего инфаркта миокарда
  - 5) [-]Легочного сердца
- 

**425. Синдрома WPW обусловлен:**

- 1) [-]Наличием аномального дополнительного проведения между желудочками
- 2) [+]Наличием аномального дополнительного проведения между предсердиями и желудочками
- 3) [-]AV-блокадой
- 4) [-]Наличием аномального дополнительного проведения между предсердиями



## **426. Для интермиттирующего синдрома WPW характерно:**

- 1) [+] Чередование проведения возбуждения через ДПП и АВ-узел
- 2) [-] Постоянное присутствие ЭКГ-признаков предвозбуждения желудочков
- 3) [-] Проведение возбуждения по ДПП происходит лишь в условиях экстренной стимуляции предсердий
- 4) [-] Проведение возбуждения по ДПП провоцируется проведением вегетативной блокады сердца

---

## **427. Диагностическими признаками синдрома LGL являются:**

- 1) [-] Наличие дополнительной дельта волны на комплексе QRS
- 2) [+] Укорочение интервала PQ
- 3) [-] Ширина комплекса QRS более 0,12 с
- 4) [-] Отклонение электрической оси сердца влево

---

## **428. Изменения, характерные для острой стадии инфаркта миокарда сохраняются:**

- 1) [-] 3 дня
- 2) [+] Неделю
- 3) [+] 2 недели
- 4) [-] Месяц

---

## **429. Для инфаркта миокарда переднесептальных отделов характерны изменения в отведениях:**

- 1) [+] V1-V3

- 2) [-]aVL
  - 3) [-]II, III, AVF
  - 4) [-]V5-V6
- 

**430. В каких отведениях выражены реципрокные изменения при боковом ИМ?**

- 1) [+]V1-V2
  - 2) [-]V3-V4
  - 3) [-]aVL
  - 4) [-]I, II и aVL
  - 5) [-]II
- 

**431. В каких отведениях выражены реципрокные изменения при инфаркте миокарда высоких боковых отделов?**

- 1) [-]V5-V6
  - 2) [+]V1-V2
  - 3) [-]I, II и aVL
  - 4) [-]V7- V9
- 

**432. Характерные признаки ИМ задней стенки ЛЖ выявляются:**

- 1) [+]II, III и aVF
  - 2) [+]В отведениях Dorsalis по НЕБУ
  - 3) [-]В отведениях Anterior по Небу
  - 4) [-]V3-V6
  - 5) [-]V5-V6
- 

**433. Заднебазальный инфаркт миокарда обусловлен:**

- 1) [-]Окклюзией заднебоковых ветвей левой огибающей артерии
- 2) [+]Окклюзией задней нисходящей ветви правой коронарной артерии
- 3) [-]Окклюзией диагональной артерии
- 4) [-]Окклюзией передней нисходящей артерии

---

**434. Прямые признаки заднебазального ИМ локализуются:**

- 1) [-]II, III и aVF
- 2) [+]В отведениях Dorsalis по НЕБУ
- 3) [+]V7- V9
- 4) [-]V5-V6
- 5) [-]В отведениях Anterior по Небу

---

**435. Характерные изменения при глубоком перегородочном ИМ наблюдаются**

- 1) [-]В отведениях Inferior по НЕБУ
- 2) [+]II, III и aVF
- 3) [+]V3-V4
- 4) [+]В отведениях Dorsalis по НЕБУ
- 5) [-]V1-V2

---

**436. Для атриовентрикулярной блокады I степени характерны:**

- 1) [-]Постепенное увеличение интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса
- 2) [+]Постоянное увеличение интервала PQ более 0,20 с
- 3) [-]Уменьшение интервала PQ менее 0,12 с

4) [+]Правильный ритм сердечных сокращений

5) [-]Неправильный ритм сердечных сокращений

---

**437. Для инфаркта сосочковых мышц характерно:**

1) [-]Снижение сегмента ST в III и aVF

2) [-]Смещение сегмента ST выше изоэлектрической линии, выпуклостью вниз

3) [+]Наличие отрицательного зубца U

4) [-]Косовосходящее снижение сегмента ST при значимом снижении ST в точке j+0,08 с

---

**438. Синусовая брадикардия может быть связана с:**

1) [-]Повышением тонуса симпатической нервной системы

2) [+]Повышением тонуса парасимпатической нервной системы

3) [-]Повышением температуры тела

4) [+]Гипотиреозом

5) [-]Тиреотоксикозом

---

**439. Отличие полной поперечной блокады от АВ диссоциации:**

1) [-]Наличие двух водителей ритма

2) [-]Наличие антеградного проведения и отсутствие ретроградного проведения

3) [-]Частота ритма желудочков выше частоты ритма предсердий

4) [-]Предсердный импульс проводится к желудочкам, образуя желудочковый захват

5) [+]Частота ритма предсердий выше частоты ритма желудочков

---

**440. При постоянной форме трепетания предсердий трепетание существует:**

- 1) [-]Более недели
  - 2) [-]Более 2-х дней
  - 3) [-]Более 1,5 недель
  - 4) [+]Более 2 недель
- 

**441. Признаками функционального характера желудочковых экстрасистол являются:**

- 1) [+]Амплитуда QRS>20 мм
  - 2) [-]Амплитуда QRS
  - 3) [+]Ширина QRS не превышает 0,12 с, комплекс без зазубрин
  - 4) [-]Ширина QRS > 0,12 с
  - 5) [-]Сегмент ST и зубец T направлены в одну сторону от QRS /конкордантность/
- 

**442. Для желудочковой тахикардии характерно:**

- 1) [+]Изменение комплексов QRS, которые приобретают вид, свойственный блокаде одной из ножек пучка Гиса
  - 2) [+]Наличие синусовых захватов в цепи тахикардических комплексов
  - 3) [-]После каждого комплекса QRS имеется зубец P';
  - 4) [-]Частота ритма синусового узла значительно выше частоты желудочкового ритма
- 

**443. ЭКГ-признаками реципрокной АВ-узловой тахикардии являются:**

1) [+]Наличие зубцов P', которые либо совпадают с узкими комплексами QRS, либо располагаются непосредственно за комплексами QRS

2) [-]Длительность интервала R-P' на ЭКГ значительно больше 100 мс

3) [-]Частота ритма может изменяться, характерны периоды «разогрева» и «охлаждения»

4) [+]Частота ритма устанавливается сразу же и сохраняется в течение всего приступа

---

**444. Показания для проведения велоэргометрии:**

1) [-]Стенокардия напряжения IV ФК

2) [+]Стенокардия напряжения II ФК

3) [-]Отсутствие нарушений ритма и проводимости

---

**445. Планируемая ЧСС у больных, перенёсших ИМ от субмаксимальной ЧСС при проведении пробы с физической нагрузкой составляет:**

1) [-]50%

2) [-]60%

3) [+]75%

4) [-]85%

5) [-]90%

---

**446. Показаниями к проведению калиевой пробы являются:**

1) [+]Нарушение процессов реполяризации /зубец T сглажен или /-, сегмент ST снижен в отведениях I, II, V4 - V6 /

2) [-]Синдром удлиненного интервала QT

3) [-]Необходимость провоцирования ишемических изменений сегмента ST-T

4) [-]Исключение парасимпатических влияний на миокард

---

**447. Синокаротидная проба проводится с целью:**

1) [-]Уточнения генеза изменений конечной части желудочкового комплекса

2) [+]Купирования пароксизмов наджелудочковой пароксизмальной тахикардии

3) [-]Увеличения потребности сердечной мышцы в кислороде за счет усиления симпатических влияний

---

**448. Асистолия при приступах Морганьи-Адамса-Стокса длится:**

1) [-]1-4 с

2) [-]5-20 с

3) [+]20-40 с

---

**449. Физиологически стареющими можно признать:**

1) [-]1-2% пожилых и старых людей

2) [+]3-6% пожилых и старых людей

3) [-]7-10% пожилых и старых людей

4) [-]10-15% пожилых и старых людей

---

**450. Тромбоземболия легочной артерии чаще встречается:**

1) [-]У людей в возрасте до 30 лет

2) [-]У людей в возрасте до 50 лет

3) [+]У пожилых людей

---

**451. Среди пороков сердца в пожилом возрасте чаще встречается**

1) [-]Митральная недостаточность

2) [+]Стеноз устья аорты

3) [-]Митральный стеноз

4) [-]Аортальная недостаточность

---

**452. Хроническим лимфолейкозом болеют в основном люди:**

1) [+]Пожилого и старческого возраста

2) [-]Молодого возраста

---

**453. Язвенные кровотечения чаще встречаются:**

1) [-]У молодых больных с язвенной болезнью

2) [-]У больных с язвенной болезнью в возрасте от 30 до 40 лет

3) [+]У пожилых больных

---

**454. Характерными признаками острого панкреатита в пожилом возрасте являются:**

1) [-]Типичное течение

2) [-]Четкая связь с употреблением алкоголя и желчнокаменной болезнью

3) [+]Отсутствие этой связи в большинстве случаев, чаще идиопатическое течение

---

**455. Гипокортицизм и гипотиреоз:**

1) [-]Легче выявляется у пожилых больных



2) [+]Труднее выявляется у пожилых, чем у молодых

---

**456. У пожилых мужчин с резистентной к лечению гипертонией необходимо прежде всего исключить:**

1) [-]Системную красную волчанку

2) [+]Проявления атеросклеротического стеноза почечных артерий

3) [-]Острый нефрит

---

**457. Билирубинурия встречается при:**

1) [-]Гемолитической желтухе

2) [+]Обтурационной желтухе

3) [-]Оба ответа верны

4) [-]Оба ответа не верны

---

**458. Основные причины развития подпеченочной желтухи**

1) [+]Закрытие просвета общего желчевыводящего протока

2) [-]Закрытие камнем протока желчного пузыря при холелитиазе

3) [-]Отравление грибным ядом

4) [-]Рак каудального отдела поджелудочной железы

5) [-]Рак пилорического отдела желудка

---

**459. Болезнь Жильбера сопровождается следующими нарушениями лабораторных показателей**

1) [-]Гипербилирубинемия за счет конъюгированного билирубина

2) [+]Гипербилирубинемия за счет неконъюгированного билирубина

3) [-]Гиперуробилинурия

4) [-]Повышение сывороточных аминотрансфераз

5) [-]Повышение щелочной фосфатазы

---

**460. На какие из звеньев ульцерогенеза оказывает влияние фамотидин?**

1) [-]Нервный

2) [+]Гуморальный

3) [-]Механизм защиты слизистой оболочки

4) [-]Механизм регенерации слизистой оболочки

---

**461. Какие из нижеприведенных средств НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО назначать больным желудочно-пищеводным рефлюксом**

1) [-]Антациды

2) [-]Метаклопрамид

3) [+]Адреномиметики

4) [+]Антихолинергические препараты

5) [-]Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов

---

**462. Из нижеследующих признаков выделите НАИМЕНЕЕ характерный для портальной гипертензии:**

1) [-]Развитие коллатералей

2) [-]Кровотечение из варикозно-расширенных вен

3) [-]Асцит

4) [+]Лихорадочный синдром

**463. Какие из указанных средств НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО назначать больному неспецифическим язвенным колитом с нерезко выраженной активностью процесса?**

- 1) [-]Салазопроизводные сульфамидов
  - 2) [-]Глюкокортикоиды
  - 3) [+]**Антибиотики**
  - 4) [-]Ферменты
  - 5) [-]Спазмолитики
- 

**464. Какие исследования следует провести в первую очередь при подозрении на синдром Золлингера-Эллисона?**

- 1) [+]**Компьютерную томографию поджелудочной железы**
  - 2) [-]рН-метрию желудочного сока
  - 3) [+]**УЗИ поджелудочной железы**
  - 4) [+]**Определение гастрина в крови**
  - 5) [-]Пробу с секретинном
- 

**465. В каком отделе ободочной кишки наиболее часто развиваются экзофитные формы опухоли?**

- 1) [-]Левый угол ободочной кишки
  - 2) [-]Поперечная ободочная кишка.
  - 3) [+]**Слепая и восходящая кишка**
  - 4) [-]Сигмовидная кишка.
- 

**466. У больных раком пищевода в начале заболевания наиболее часто отмечаются:**

- 1) [-]Осиплость голоса
  - 2) [-]Кашель с кровохарканьем
  - 3) [+]Дисфагия
  - 4) [+]Боли при глотании
  - 5) [-]Слюнотечение
- 

**467. Физикальные методы, позволяющие исследовать двигательную функцию кишечника:**

- 1) [-]Поверхностная пальпация
  - 2) [-]Ощупывание прямой кишки пальцем
  - 3) [+]Глубокая методическая пальпация
  - 4) [+]Аускультация
  - 5) [-]Тепловидение
- 

**468. При каких заболеваниях наблюдается профузное желудочно-кишечное кровотечение?**

- 1) [+]Цирроз печени
  - 2) [-]Язвенный эзофагит
  - 3) [-]Диафрагмальная грыжа
  - 4) [-]Геморрагический панкреатит
  - 5) [+]Синдром Меллори-Вейса
- 

**469. Какие препараты усиливают образование защитной слизи при язвенной болезни:**

- 1) [-]Тагомет
  - 2) [+]Карбеноксолон
  - 3) [-]Эглонил
  - 4) [-]Гастроцепин
  - 5) [+]Де-нол
-

## **470. Мелена характерна для:**

- 1) [-]Кровоточащего геморроя
  - 2) [-]Язвенного колита
  - 3) [+]Желудочного кровотечения
  - 4) [-]Трещины ануса
  - 5) [-]Рака сигмы
- 

## **471. О какой локализации опухоли в кишечнике можно думать при упорных запорах**

- 1) [-]Слепая кишка
  - 2) [-]Сигмовидная
  - 3) [-]Поперечно-ободочная
  - 4) [-]Восходящая ободочная
  - 5) [+]Любой отдел
- 

## **472. При каком из перечисленных заболеваний отмечается ахоличный кал:**

- 1) [-]Цирроз печени
  - 2) [-]Хронический гепатит
  - 3) [+]Рак головки поджелудочной железы
  - 4) [-]Хронический холангит
  - 5) [-]Хронический холецистит
- 

## **473. При хронических панкреатитах боль чаще всего возникает:**

- 1) [-]После простудных заболеваний
- 2) [-]После рвоты
- 3) [+]После употребления жирной пищи
- 4) [-]После кофе

5) [-]После тряской езды

---

**474. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:**

- 1) [-]Боль
  - 2) [-]Поносы, запоры
  - 3) [-]Рвота
  - 4) [+]**Желтуха**
  - 5) [-]Сахарный диабет
- 

**475. Заражения трихинеллезом происходит при употреблении:**

- 1) [-]Некипяченой воды
  - 2) [-]Плохо прожаренной рыбы
  - 3) [+]**Мяса свиней или диких животных**
  - 4) [-]Грязных овощей
  - 5) [-]Лесных ягод
- 

**476. При подозрении на рак толстой кишки необходимо срочно произвести:**

- 1) [-]Реакцию Грегерсена
  - 2) [+]**Ирригоскопию**
  - 3) [+]**Колоноскопию**
  - 4) [-]Пальцевое исследование прямой кишки
  - 5) [-]Ректороманоскопию
- 

**477. У подавляющего большинства больных первым признаком рака прямой кишки служит:**

- 1) [-]Лентовидный кал

- 2) [-]Ложные позывы к дефекации
  - 3) [+]Появление крови и слизи в кале
  - 4) [-]Чувство неудовлетворенности после акта дефекации
  - 5) [-]Боли внизу живота, в крестце
- 

**478. Механическая желтуха при желчнокаменной болезни возникает в случае:**

- 1) [-]Блокирования желчного пузыря в области шейки
  - 2) [-]Закупорки пузырного протока
  - 3) [+]Закупорки общего желчного протока
  - 4) [-]Закупорки панкреатического протока
- 

**479. Из перечисленных групп антибиотиков какие являются гепатотоксичными:**

- 1) [-]Природные пенициллины
  - 2) [-]Полусинтетические пенициллины
  - 3) [+]Тетрациклины
  - 4) [-]Макролиды
  - 5) [+]Рифампицины
- 

**480. Раннее формирование портальной гипертензии характерно для:**

- 1) [-]Крупноузлового цирроза печени
  - 2) [-]Первичного билиарного цирроза печени
  - 3) [+]Мелкоузлового цирроза печени
  - 4) [-]Первичного рака печени
- 

**481. Какое действие оказывает стимуляция парасимпатической нервной системы на моторику желудочно-кишечного тракта:**

- 1) [+]Увеличивает
  - 2) [-]Тормозит
  - 3) [-]Не влияет
- 

#### **482. Стеаторея характерна для:**

- 1) [-]Хронического анацидного гастрита
  - 2) [-]Язвенной болезни
  - 3) [-]Энтероколита
  - 4) [-]Дисбактериоза кишечника
  - 5) [+]Хронического панкреатита
- 

#### **483. Что характерно для язвенного колита из перечисленных изменений в периферической крови?**

- 1) [-]Замедление СОЭ
  - 2) [-]Эритроцитоз, ретикулоцитоз
  - 3) [+]Увеличение СОЭ
  - 4) [-]Тромбоцитоз
  - 5) [-]Лейкопения
- 

#### **484. При хроническом холецистите ведущим синдромом в клинике является:**

- 1) [-]Астеноневротический
  - 2) [-]Желтухи
  - 3) [-]Гепатолиенальный
  - 4) [-]Лихорадочный
  - 5) [+]Болевой
- 

#### **485. Какие методы наиболее информативны при исследовании желчевыводящих путей**



- 1) [+]Холецистография
  - 2) [-]УЗИ
  - 3) [+]Фракционное дуоденальное зондирование
  - 4) [-]Компьютерная томография
  - 5) [-]Ирригоскопия
- 

**486. Среди желчегонных средств выберите холеретики**

- 1) [+]Хофитол
  - 2) [-]Атропин, папаверин
  - 3) [-]Сульфат магния, сорбит
  - 4) [+]Аллохол, холензим
  - 5) [+]Лиобил, холосас
- 

**487. Какие этиологические факторы признаны основными в развитии хронических гепатитов:**

- 1) [-]Алкоголь
  - 2) [-]Медикаменты
  - 3) [-]Химические воздействия
  - 4) [-]Вирусный гепатит
  - 5) [+]Все ответы верны
- 

**488. При каком из перечисленных заболеваний отмечается ахоличный кал:**

- 1) [-]Циррозе печени
  - 2) [-]Хроническом гепатите
  - 3) [+]Раке головки поджелудочной железы
  - 4) [-]Хроническом холангите
  - 5) [+]Калькулезном холецистите
-

**489. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:**

- 1) [-]Боль
  - 2) [-]Поносы, запоры
  - 3) [-]Рвота
  - 4) [+]Желтуха
  - 5) [-]Сахарный диабет
- 

**490. Какой из перечисленных препаратов относится к ингибиторам протеолиза?**

- 1) [-]Фестал
  - 2) [-]Мезим
  - 3) [+]Аминокапроновая кислота
  - 4) [-]Карсил
  - 5) [-]Гастроцепин
- 

**491. У подавляющего большинства больных первым признаком рака прямой кишки служит:**

- 1) [-]Лентовидный кал
  - 2) [-]Ложные позывы к дефекации
  - 3) [+]Появление крови и слизи в кале
  - 4) [-]Чувство неудовлетворенности после акта дефекации
  - 5) [-]Боли внизу живота, в крестце
- 

**492. Установленный клинически рак прямой кишки требует подтверждения:**

- 1) [-]Иммунологического
- 2) [-]Серологического
- 3) [+]Гистологического

4) [-]Ирригоскопического

5) [-]Ректоскопического

---

**493. Для лечения кожного зуда при хронических болезнях печени применяют всё перечисленное, КРОМЕ:**

1) [-]Холестирамина

2) [+]Антагонистов H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов

3) [-]Фенобарбитала

4) [+]Полиферментные препараты

5) [-]Урсодезоксихолевой кислоты

---

**494. Основные причины развития подпеченочной желтухи:**

1) [+]Закрытие просвета общего желчевыводящего протока

2) [-]Закрытие камнем протока желчного пузыря при холелитиазе

3) [-]Отравление грибным ядом

4) [-]Рак каудального отдела поджелудочной железы

5) [-]Рак пилорического отдела желудка

---

**495. Специфичным только для поджелудочной железы ферментом является:**

1) [-]Амилаза

2) [-]Липаза

3) [+]Трипсин

4) [-]Рибонуклеаза

5) [-]Калликреин

---

**496. В наибольшей степени на панкреатическую**

## **недостаточность указывает:**

- 1) [-]Полифекалия
  - 2) [-]Креаторея
  - 3) [+]Стеаторея
  - 4) [-]Амилорея
- 

## **497. Какой механизм преобладает при надпеченочной желтухе?**

- 1) [+]Нарушение захвата билирубина гепатоцитом
  - 2) [-]Нарушение процесса конъюгации билирубина
  - 3) [-]Нарушение экскреции билирубина печенью
  - 4) [-]Нарушение выделения через желчные пути
  - 5) [+]Гемолиз
- 

## **498. При каких заболеваниях наблюдается профузное желудочно-кишечное кровотечение?**

- 1) [+]Цирроз печени
  - 2) [-]Язвенный эзофагит
  - 3) [-]Диафрагмальная грыжа
  - 4) [-]Хронический панкреатит
  - 5) [+]Синдром Меллори-Вейса
- 

## **499. На наличие у больного с заболеванием кишечника синдрома мальабсорбции указывают:**

- 1) [-]Дискинетический синдром
- 2) [-]Бродильная диспепсия
- 3) [-]Астеноневротический синдром
- 4) [+]Анемический синдром
- 5) [+]Дистрофический синдром

## 500. Цирроз-рак развивается при:

- 1) [-]Микронодулярной форме цирроза
- 2) [-]Хроническом вирусном гепатите "С"
- 3) [-]Геммахроматозе
- 4) [-]Вторичном билиарном циррозе печени
- 5) [+]Макронодулярном циррозе печени