

Green Test



Тест по терапии
(для интернов)
СОГМА

Тест по терапии (для интернов) СОГМА

Тест по терапии для интернов Северо-Осетинской Государственной Медицинской Академии (СОГМА). Тест разделен на 5 тем, всего содержит 770 вопросов. Правильный ответ на вопрос может быть только один.

Тема 1. методы обследования терапевтических больных.

1. Везикулярное дыхание выслушивается на

- 1) вдохе
- 2) выдохе
- 3)+ вдохе и первой трети выдоха
- 4) вдохе и первых двух третях выдоха
- 5) протяжении всего вдоха и всего выдоха

2. При эмфиземе легких дыхание

- 1) везикулярное
- 2)+ везикулярное ослабленное
- 3) везикулярное усиленное
- 4) бронхиальное
- 5) саккадированное

3. Крепитация характерна для

- 1) эмфиземы легких
- 2) абсцесса легких
- 3)+ крупозной пневмонии
- 4) бронхиальной астмы
- 5) застоя крови в малом круге кровообращения

4. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук

- 1) притупленный тимпанит
- 2) коробочный
- 3) тимпанический
- 4)+ тупой
- 5) металлический

5. Бронхиальное дыхание выслушивается на

- 1) вдохе
- 2) выдохе
- 3) вдохе и одной трети выдоха
- 4)+ протяжении всего вдоха и всего выдоха
- 5) вдохе и первых двух третях выдоха

6. Амфорическое дыхание наблюдается при

- 1) очаговой пневмонии
- 2) бронхите
- 3) бронхиальной астме
- 4)+ абсцессе легкого
- 5) эмфиземе легких

7. Ослабление голосового дрожания характерно для

- 1) бронхоэктазов
- 2)+ экссудативного плеврита
- 3) абсцесса легкого в стадии полости
- 4) очаговой пневмонии
- 5) крупозной пневмонии

8. Усиление голосового дрожания типично для

- 1) гидроторакса
- 2)+ абсцесса легкого в стадии полости
- 3) закрытого пневмоторакса
- 4) эмфиземы легких
- 5) бронхиальной астмы

9. Пульс tardus, parvus характерен для

- 1) недостаточности трехстворчатого клапана
- 2) недостаточности митрального клапана
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4)+ стеноза устья аорты
- 5) митрального стеноза

10. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для

- 1) недостаточности митрального клапана
- 2) митрального стеноза
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4) стеноза устья аорты
- 5)+ недостаточности трехстворчатого клапана

11. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца

- 1) дилатация правого предсердия
- 2)+ дилатация правого желудочка
- 3) гипертрофия правого желудочка
- 4) дилатация левого желудочка
- 5) гипертрофия левого желудочка

12. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации

- 1) правого предсердия
- 2) правого желудочка
- 3) левого предсердия
- 4)+ левого желудочка
- 5) левого предсердия и правого желудочка

13. Кровохарканье чаще всего наблюдается при

- 1) недостаточности митрального клапана
- 2)+ митральном стенозе
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4) стенозе устья аорты
- 5) недостаточности трехстворчатого клапана

14. Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно для

- 1)+ недостаточности митрального клапана
- 2) недостаточности аортального клапана
- 3) митрального стеноза
- 4) стеноза устья аорты
- 5) недостаточности трехстворчатого клапана

15. Усиление систолического шума в области нижней трети грудины в конце форсированного вдоха типично для

- 1) недостаточности митрального клапана
- 2) митрального стеноза
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4) стеноза устья аорты
- 5)+ недостаточности трехстворчатого клапана

16. Для почечной колики характерны: 1.боли в поясничной области; 2.дизурические явления; 3.положительный симптом Пастернацкого; 4.иррадиация боли вниз живота или паховую область

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

17. Односторонние боли в поясничной области характерны для

- 1) острого гломерулонефрита
- 2) острого цистита
- 3)+ острого пиелонефрита
- 4) амилоидоза почек
- 5) хронического гломерулонефрита

18. Типичным при асците является

- 1) выраженная асимметрия живота
- 2) втянутый пупок
- 3)+ симптом флюктуации
- 4) расхождение прямых мышц живота
- 5) громкий тимпанит в боковых отделах живота при положении больного лежа

19. Альбуминурия и гипопротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для

- 1)+ острого гломерулонефрита
- 2) пиелонефрита
- 3) почечно-каменной болезни
- 4) цистита
- 5) нефроптоза

20. Показанием к эзофагоскопии не является

- 1) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 2) эзофагит
- 3) рак пищевода
- 4)+ травма грудной клетки
- 5) варикозное расширение вен пищевода

21. Из указанных заболеваний относительным противопоказанием к эзофагоскопии является

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) эпилепсия
- 3)+ острое воспалительное заболевание миндалин, глотки, гортани, бронхов
- 4) эзофагит
- 5) рак пищевода

22. Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии: 1. нагноительные заболевания легких; 2. астматическое состояние; 3. центральные и периферические опухоли легких; 4. стеноз гортани; 5. профузное легочное кровотечение

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильны ответы 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5

23. Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии является: 1. крупозная пневмония; 2. бронхогенный рак с отдаленными метастазами; 3. инородное тело бронхов; 4. инсульт

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильны ответы 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,и4

24. Специальной подготовки к гастроскопии требуют больные с

- 1) язвой желудка
- 2)+ стенозом привратника
- 3) хроническим гастритом
- 4) эрозивным гастритом
- 5) полипами желудка

25. Показанием к плановой гастроскопии является

- 1) обострение хронического гастрита
- 2) язва желудка
- 3) рак желудка
- 4) доброкачественная подслизистая опухоль желудка
- 5)+ все перечисленное

26. Показанием к экстренной гастроскопии не является: 1. полип желудка; 2. инородное тело; 3. анастомоз; 4. желудочно-кишечное кровотечение

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4

27. При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести

- 1) обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости
- 2) рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью
- 3)+ эзофагогастродуоденоскопию
- 4) колоноскопию
- 5) ректороманоскопию

28. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются: 1. тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона; 2. декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность; 3. острый парапроктит; 4. гемофилия; 5. кровоточащий геморрой

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5

29. Гнилостный, зловонный запах мокроты появляется при: 1.гангрене легкого; 2.бронхоэктазах; 3.абсцессе легкого; 4.крупозной пневмонии; 5.раке легкого

- 1)+** если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5

30. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при: 1.абсцессе легкого; 2.раке легкого в стадии распада; 3.туберкулезе легкого; 4.хроническом бронхите; 5.крупозной пневмонии

- 1)+** если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5

31. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для

- 1) острого трахеобронхита
- 2) бронхопневмонии
- 3) хронического бронхита
- 4)+** бронхогенного рака легкого
- 5) туберкулеза легкого

32. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать: 1.увеличение содержания фибриногена в крови; 2.увеличение количества глобулинов в крови; 3.увеличение альбуминов в крови; 4.увеличение количества эритроцитов в крови; 5.увеличение желчных кислот в крови

- 1)+** если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5

33. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для

- 1) хронического нефрита
- 2) пиелонефрита
- 3)+** сахарного диабета
- 4) несахарного диабета
- 5) сморщенной почки

34. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для

- 1) подпеченочной желтухи
- 2) надпеченочной (гемолитической) желтухи
- 3)+** печеночной желтухи
- 4) застойной почки
- 5) инфаркта почки

35. Выраженная билирубинурия характерна для

- 1)+** подпеченочной желтухи
- 2) надпеченочной (гемолитической) желтухи
- 3) почечно-каменной болезни
- 4) застойной почки
- 5) хронического нефрита

36. Основная масса белков острой фазы воспаления относится к фракции: 1.а2-глобулинов; 2.g-глобулинов; 3.b-глобулинов; 4. а1-глобулинов и а2-глобулинов; 5.а1-глобулинов

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5

37. Транзиторная лейкопения не возникает при: 1.лучевого воздействия с терапевтической целью; 2.длительном приеме лекарственных средств; 3.алиментарной недостаточности; 4. значительной физической нагрузке

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4

Тема 2. функциональные методы исследования в терапии.

1. Дыхательный объем - это

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

2. Резервный объем вдоха - это

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

3. Резервный объем выдоха - это

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

4. Остаточный объем легких - это

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

5. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это

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

6. Емкость вдоха (Евд) - это

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

7. Функциональная остаточная емкость (ФОЕ) легких - это

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

8. Резерв легочной вентиляции (РЛВ) - это

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

9. Жизненная емкость легких зависит от: 1.роста; 2.площади поверхности тела; 3.массы тела; 4.пола

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

10. Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при: 1.воспалительных процессах в органах грудной полости; 2.беременности (вторая половина); 3.асците; 4.грыже пищеводного отверстия диафрагмы

- 1)+ если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4

11. Абсолютным противопоказанием к проведению тестов с физической нагрузкой является: 1.нестабильная стенокардия; 2.тромбоэмболия; 3.артериальная гипертензия с высокими цифрами АД (выше 220/110 мм рт. ст.); 4.флеботромбоз глубоких вен голени

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

12. Электрокардиографическим признаком ишемии миокарда при выполнении пробы с физической нагрузкой является

- 1)+ переходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более
- 2) формирование отрицательного зубца T
- 3) появление блокады ножек пучка Гиса
- 4) появление экстрасистол
- 5) пароксизм мерцательной аритмии

13. На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы P (в отведениях I, II, AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Можно предположить

- 1)+ ритм синусовый, регулярный
- 2) ритм синусовый, нерегулярный
- 3) фибрилляция предсердий
- 4) ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный
- 5) ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный

14. На ЭКГ продолжительность интервала PQ больше 0,20 с. Это характерно для

- 1) полной атриовентрикулярной блокады
- 2)+ неполной атриовентрикулярной блокады I степени
- 3) блокады ножек пучка Гиса
- 4) синоаурикулярной блокады
- 5) миграции водителя ритма по предсердиям

15. На ЭКГ отрицательный зубец Р располагается после преждевременного, но измененного комплекса QRS. Это

- 1)+ атриовентрикулярная экстрасистола
- 2) предсердная экстрасистола
- 3) желудочковая экстрасистола
- 4) выскальзывающее сокращение
- 5) ритм коронарного синуса

16. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений QRS неправильный, зубец Р отсутствует. Это указывает на

- 1)+ фибрилляцию предсердий
- 2) желудочковую экстрасистолию
- 3) предсердную экстрасистолию
- 4) желудочковую тахикардию
- 5) предсердную тахикардию

17. На ЭКГ при наличии преждевременного желудочкового комплекса зубец Р не определяется. Это может быть при: 1.предсердной экстрасистоле; 2.желудочковой экстрасистоле; 3.неполной атриовентрикулярной диссоциации; 4.атриовентрикулярной экстрасистоле

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4

18. На ЭКГ ритм синусовый, R-R -0,95 с, P-Q-0,22 с, QRS-0,09 с. После физической нагрузки: R-R- 0,65 с, P-Q - 0,18 с, QRS-0,09с. Заключение

- 1)+ неполная атриовентрикулярная блокада I степени, обусловленная ваготонией
- 2) нарушение внутрисердечной проводимости
- 3) нарушение синоатриальной проводимости
- 4) миграция водителя ритма по предсердиям
- 5) нарушение внутрижелудочковой проводимости

19. Больной 48 лет жалуется на боли в эпигастриальной области, слабость. Ранее боли в животе не беспокоили. На ЭКГ зубец Q в отведениях I, AVF увеличен; сегмент S-T в отведениях III, AVF приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент S-T в отведениях V1-V3 ниже изолинии; в отведении V2 - высокий, остроконечный зубец T. Заключение

- 1) инфаркт передней стенки левого желудочка
- 2)+ инфаркт задней нижней стенки левого желудочка
- 3) остро возникшее ущемление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) инфаркт межжелудочковой перегородки
- 5) тромбоэмболия легочной артерии

20. С помощью эхокардиографии можно диагностировать: 1.пороки сердца и пролапс митрального клапана; 2.дилатационную и гипертрофическую кардиомиопатию; 3.опухоли сердца; 4.экссудативный (выпотной) перикардит

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4.

21. Наиболее информативным методом выявления бронхоэктазов является

- 1) рентгенография
- 2) томография
- 3)+ бронхография
- 4) ангиопульмонография
- 5) флюорография

22. Наиболее эффективным методом выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости является

- 1) рентгеноскопия (в обычном положении - ортопозиции)
- 2) рентгенография
- 3) томография
- 4)+** латероскопия (рентгеноскопия в латеропозиции)
- 5) флюорография

23. Бронхоскопию необходимо проводить при: 1.ателектазе доли, сегмента легкого; 2.острой долевой, сегментарной пневмонии; 3.остром абсцессе легкого; 4.экссудативном плеврите

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+** если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4

24. "Легочное сердце" может возникнуть при

- 1) гипертонической болезни
- 2) гипертиреозе
- 3) миокардите
- 4)+** хроническом обструктивном бронхите
- 5) ишемической болезни сердца

25. "Вялая" пульсация сердца (снижение амплитуды систолодиастолических движений миокарда) наблюдается при

- 1) митральном стенозе
- 2)+** миокардите
- 3) дефекте межжелудочковой перегородки
- 4) гипертонической болезни
- 5) обструктивной гипертрофической кардиомиопатии

26. Внутривенная холецистография является информативным методом диагностики: 1. расширение общего желчного протока; 2.хронического активного гепатита; 3.хронического калькулезного холецистита; 4.хронического панкреатита

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4

27. Наиболее информативным методом выявления объемных процессов в поджелудочной железе является

- 1) рентгенологическое исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью
- 2) релаксационная дуоденография
- 3)+** внутривенная холеграфия
- 4) ретроградная панкреатохолангиография
- 5) компьютерная томография

28. При подозрении на рак головки поджелудочной железы с прорастанием общего желчного протока или на опухоль большого дуоденального сосочка (фаттерова соска) диагностически значимыми методиками могут быть: 1.внутривенная холеграфия; 2.компьютерная томография; 3.ретроградная эндоскопическая панкреатохолангиография; 4.транспариетальная холангиография

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильны ответы 1,2,3,4

29. Наиболее сходную рентгенологическую картину дают следующие заболевания пищевода

- 1) варикозное расширение вен и рак
- 2) чашеподобная карцинома и язва
- 3)+** стенозирующий кардиоэзофагеальный рак и ахалазия кардии
- 4) рубцовое сужение после ожога и изменения при склеродермии
- 5) рефлюкс-эзофагит и склеродермия

30. При рентгенографии желудка остроконечная ниша малой кривизны тела желудка до 1 см в диаметре, в виде выступа на контуре, окруженная симметричным инфильтративным овалом, имеющая эластичную стенку, наиболее характерна для

- 1)+** язвенного дефекта при осложненной язвенной болезни
- 2) пенетрирующей язвы
- 3) озлокачествленной язвы
- 4) инфильтративно-язвенного рака
- 5) эрозии желудка

31. Выявленная при рентгенографии желудка плоская ниша в антральном отделе желудка, 2,5 см в диаметре, неправильной формы с обширной аперистальтической зоной вокруг наиболее характерна для

- 1) неосложненной язвы антрального отдела желудка
- 2) пенетрирующей язвы
- 3)+** озлокачествленной язвы
- 4) синдрома Золлингера-Эллисона
- 5) эрозивного рака в начальной стадии

32. Высокие цифры кислотности желудочного сока, выявленные при рентгенологическом исследовании множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие хорошо васкуляризированной опухоли поджелудочной железы, установленное при ангиографии-симптомы, характерные для

- 1) рака поджелудочной железы
- 2) панкреатита
- 3)+** синдрома Золлингера-Эллисона
- 4) кардиального синдрома
- 5) язвенной болезни

33. О кавернозном туберкулезе почки при исследовании методом экскреторной урографии свидетельствует

- 1)+** дефект паренхимы
- 2) "белая" почка
- 3) отсутствие контрастирования почки
- 4) интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы
- 5) расширение лоханки

34. По данным сцинтиграфии печени нельзя сделать заключение о

- 1) нормальном изображении печени
- 2) опухоли печени
- 3) диффузном поражении печени
- 4)+** хроническом гепатите
- 5) очаговом поражении печени

35. В норме уровень сахара в крови при проведении теста на толерантность к глюкозе

- 1) превышает исходный уровень на 80% и более через 30-60 мин после нагрузки
- 2)+** не превышает исходного уровня более чем на 80% через 30-60 мин после нагрузки
- 3) превышает исходный уровень более чем на 100% через 1 час после нагрузки
- 4) достигает 8-9 ммоль/л через 2 часа после нагрузки
- 5) превышает исходный уровень на 20% и более через 60 мин после нагрузки

36. Принцип пробы Зимницкого заключается в

- 1) динамическое наблюдении за количеством выделяемой мочи
- 2)+ динамическом наблюдении за относительной плотностью мочи в течении ночи
- 3) выявлении связи диуреза с режимом дня
- 4) выявлении бактериурии
- 5) определении клубочковой фильтрации

37. При проведении пробы Зимницкого необходимо

- 1) соблюдать строгую диету с исключением соли
- 2) ограничить физическую активность
- 3)+ исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим)
- 4) ограничить употребление соли
- 5) употреблять большое количество жидкости

38. В норме процент фракции выброса левого желудочка,измеренный по формуле Тейхольца составляет

- 1) менее 60%
- 2) 30%
- 3)+ более 60%
- 4) от 20 до 50%
- 5) от 30 до 50%

39. Что может послужить показанием к проведению эхокардиографического исследования: 1.шум неясной этиологии; 2.недостаточность кровообращения; 3.полная блокада левой ветви пучка Гиса по ЭКГ; 4.лихорадка неясного генеза

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

40. На каких клапанах сердца при проведении эхокардиографического исследования можно зарегистрировать физиологическую регургитацию на

- 1) аортальном клапане
- 2) аортальном и трикуспидальном клапанах
- 3) аортальном и митральном клапанах
- 4)+ митральном, трикуспидальном и легочном клапанах
- 5) легочном клапане

41. Какой процент обычно составляет фракция выброса у больных с дилатационной кардиомиопатией

- 1) менее 60%
- 2) более 60%
- 3) более 30%
- 4) 20 %
- 5)+ менее 30%

42. О какой патологии левого желудочка может свидетельствовать зона нарушения локальной сократимости в виде гипокинезии, выявленная при проведении эхокардиографического исследования: 1.миокард данной зоны часто подвержен ишемии; 2.интрамуральный инфаркт миокарда; 3.субэндокардиальный инфаркт миокарда; 4.трансмуральный инфаркт миокарда

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

43. О какой патологии левого желудочка может свидетельствовать зона нарушения локальной сократимости в виде акинезии, выявленная при проведении эхокардиографического исследования

- 1) миокард данной зоны часто подвержен ишемии
- 2)+ крупноочаговый инфаркт миокарда
- 3) субэндокардиальный инфаркт миокарда
- 4) тромбоэмболия легочной артерии
- 5) опухоль сердца

44. О какой патологии левого желудочка может свидетельствовать зона нарушения локальной сократимости в виде дискинезии, выявленная при проведении эхокардиографического исследования

- 1)+ о наличии аневризмы
- 2) интрамуральный инфаркт миокарда
- 3) субэндокардиальный инфаркт миокарда
- 4) тромбоэмболия легочной артерии
- 5) амилоидоз сердца

45. Проведение эхокардиографического исследования у больных с ишемической болезнью сердца имеет цель: 1.диагностика степени кальциноза стенок аорты; 2.оценка глобальной сократимости левого желудочка; 3.оценка локальной сократимости левого желудочка; 4.оценка диастолической функции левого желудочка

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

46. При проведении эхокардиографического исследования могут быть диагностированы следующие осложнения инфаркта миокарда: 1.тромбоз полости левого желудочка; 2.выпот в полости перикарда на фоне синдрома Дресслера; 3.распространение инфаркта на правый желудочек; 4.разрыв межжелудочковой перегородки и шунтирование крови

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

47. К развитию какой патологии может привести дисфункция папиллярной мышцы при инфаркте миокарда

- 1) уменьшению полости левого желудочка
- 2) гипертрофии стенок левого желудочка
- 3) уменьшению полости левого предсердия
- 4)+ к формированию патологической митральной регургитации
- 5) все перечисленное

48. Заподозрить митральный стеноз, ревматический стеноз при эхокардиографии позволяет

- 1) равномерное движение створок митрального клапана
- 2)+ одновременное движение створок митрального клапана и спаечный процесс в области комиссур, "парусение" передней створки
- 3) увеличение расстояния от пика Е открытия передней створки митрального клапана до межжелудочковой перегородки
- 4) дилатация левого предсердия
- 5) пролабирование передней створки митрального клапана в полость левого предсердия

49. По данным эхокардиографии при митральном стенозе дилатируются следующие камеры сердца

- 1)+ левое предсердие, правый желудочек, правое предсердие
- 2) левый желудочек
- 3) правый и левый желудочки
- 4) правый отделы сердца
- 5) правое предсердие и левый желудочек

50. Для аортальной регургитации при ЭХОКГ характерно

- 1) уменьшение полости левого желудочка
- 2)+ дилатация полости левого желудочка
- 3) дилатация полости правого желудочка
- 4) дилатация полости правого предсердия
- 5) дилатация полости только левого предсердия

51. Для компенсированного аортального стеноза при ЭХОКГ выявляется

- 1) дилатация полости левого желудочка
- 2) дилатация полости правого желудочка
- 3)+ гипертрофия стенок левого желудочка
- 4) дилатация полости правого предсердия
- 5) гипертрофия стенок правого желудочка

52. К эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии относится

- 1) гипертрофия стенок левого желудочка
- 2) дилатация аорты в восходящем отделе
- 3) дилатация левых камер сердца, патологическая митральная регургитация
- 4)+ дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация
- 5) дилатация левого и правого предсердий

53. Для хронического легочного сердца характерным ЭХОКГ признаком является

- 1)+ гипертрофия стенки правого желудочка, дилатация правых камер сердца
- 2) гипертрофия стенки левого желудочка, дилатация левых камер сердца
- 3) дилатация левого предсердия
- 4) дилатация правого предсердия
- 5) дилатация левого и правого предсердий

54. Для "гипертонического" сердца характерным ЭХОКГ признаком является

- 1) гипертрофия стенки правого желудочка, дилатация правого предсердия
- 2)+ гипертрофия стенки левого желудочка, дилатация левого предсердия
- 3) дилатация левого предсердия
- 4) дилатация правого предсердия
- 5) дилатация левого и правого предсердий

55. Причиной эмболии по большому кругу кровообращения у больного с фибрилляцией предсердий может быть

- 1) гипертрофия стенки правого желудочка
- 2) гипертрофия стенки левого желудочка
- 3)+ тромбоз полости левого предсердия
- 4) флебит глубоких вен нижних конечностей
- 5) дилатация правого желудочка

56. Для дефекта межпредсердной перегородки характерным ЭХОКГ признаком является: 1.патологическая трикуспидальная недостаточность вследствие легочной гипертензии; 2.шунтирование крови слева направо; 3.парадоксальное движение межжелудочковой перегородки в диастолу в сторону левого желудочка; 4.дилатация правых камер сердца

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны 1,2,3,4

57. Для подклапанного (субаортального) стеноза характерным ЭХОКГ признаком является

- 1)+ ускорение кровотока в выносящем тракте левого желудочка
- 2) уменьшение скорости потока в выносящем тракте левого желудочка
- 3) спаечный процесс в области комиссур аортального клапана
- 4) дилатация восходящего отдела аорты
- 5) дилатация левого желудочка

58. К эхокардиографическим признакам инфекционного эндокардита можно отнести: 1.наличие дополнительных наложений на створках и хордах клапанов; 2.наличие патологической регургитации; 3.наличие выпота в полости перикарда; 4.патологический пролапс створок

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

59. Для инфекционного эндокардита при инвазивном пути заражения наиболее часто характерно поражение

- 1) аортального клапана
- 2) митрального клапана
- 3) митрального и аортального клапанов
- 4)+ трикуспидального и легочного клапанов
- 5) только клапана легочной артерии

60. У больных с наличием хронического очага инфекции в организме при возникновении инфекционного эндокардита наиболее часто поражаются

- 1) аортальный клапан
- 2) митральный клапан
- 3)+ митральный и аортальный клапаны
- 4) трикуспидальный и легочный клапаны
- 5) только трикуспидальный клапан

61. Нормальное количество жидкости, которое можно визуализировать в полости перикарда при проведении эхокардиографического исследования,равняется

- 1)+ 20-80 мл
- 2) 100 мл
- 3) 500 мл
- 4) 200-300 мл
- 5) 100-200 мл

62. К эхокардиографическим признакам экссудативного перикардита можно отнести

- 1) утолщение листков перикарда и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков
- 2)+ расхождение листков перикарда в систолу и диастолу, превышающее физиологический уровень
- 3) наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии
- 4) отсутствие перикарда
- 5) наличие зон акинезии в миокарде

63. К эхокардиографическим признакам констриктивного перикардита можно отнести

- 1)+ утолщение листков перикарда, спаечный процесс и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков
- 2) расхождение листков перикарда в систолу и диастолу, превышающее физиологический уровень
- 3) наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии
- 4) отсутствие перикарда
- 5) наличие зон гипокинезии в миокарде

64. К эхокардиографическим признакам адгезивного перикардита можно отнести

- 1) утолщение листков перикарда, спаечный процесс и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков
- 2) расхождение листков перикарда в систолу и диастолу, превышающее физиологический уровень
- 3)+ наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии
- 4) отсутствие перикарда
- 5) наличие 200 мл жидкости в полости перикарда

65. Для констриктивного перикардита при проведении эхокардиографического исследования характерно: 1.уменьшение объемов желудочков; 2.дилатация предсердий; 3.утолщение листков перикарда и спаечный процесс в перикарде; 4.парадоксальное движение межжелудочковой и межпредсердной перегородки

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

66. При наличии большого количества жидкости в полости перикарда во время эхокардиографии можно обнаружить: 1."качающееся" сердце; 2. колабирование стенки правого предсердия в диастолу; 3.колабирование стенки правого предсердия в конце систолы и в начале диастолы; 4. уменьшение объемов камер сердца

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

67. К эхокардиографическим признакам тампонады сердца относятся: 1.дилатация нижней полой вены; 2.отсутствие реакции нижней полой вены на вдох; 3.высокая степень зависимости скорости кровотока на клапане от акта дыхания (более 30%); 4.уменьшение объемов полостей сердца и нарушение систолической функции

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3,4

Тема 3. болезни органов дыхания.

1. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится

- 1) саркоидоз
- 2)+ муковисцидоз и дефицит α 1-антитрипсина
- 3) туберкулез
- 4) бронхиальная астма
- 5) рак легкого

2. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся 1.легочный протеиноз; 2. туберкулез; 3. бронхиальная астма; 4. пневмония

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2)+ если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

3. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является

- 1) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей
- 2) переохлаждение
- 3)+ вирусно-бактериальная инфекция
- 4) курение
- 5) переутомление

4. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется: 1. отсутствием или незначительно выраженными признаками интоксикации; 2. болями за грудиной, чувством саднения в груди; 3. вначале сухим надсадным, а затем с незначительным количеством мокроты, кашлем; 4. жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

5. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов характеризуется: 1. вначале преимущественным сухим, а затем влажным кашлем; 2. умеренно выраженными признаками интоксикации; 3. одышкой; 4. жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

6. Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом: 1. этиологии и патогенеза заболевания; 2. преимущественной локализации воспалительного процесса; 3. фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции; 4. возраста больного

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

7. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. обезболивающих; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

8. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) во второй фазе течения (после начала отхождения мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. разжижающих мокроту (муколитики); 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. подавляющих кашель

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

9. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

10. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов во второй фазе (после появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

11. Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите служит: 1. тяжелое клиническое течение заболевания; 2. появление гнойной мокроты; 3. повышение температуры; 4. появление одышки

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

12. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит)

- 1)+ благоприятный
- 2) благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией
- 3) благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения
- 4) благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит
- 5) благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктотическую болезнь

13. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, как правило

- 1) благоприятный
- 2)+ благоприятный, но иногда заболевание осложняется пневмонией
- 3) благоприятный, но возможно затяжное течение и переход в хронический бронхит
- 4) благоприятный, но имеется риск трансформации заболевания в бронхоэктатическую болезнь
- 5) неблагоприятный

14. Показанием к рентгенологическому обследованию больного с острым бронхитом для исключения у него бронхопневмонии служит: 1. нарастание тяжести клинического течения заболевания; 2. выявление при физикальном исследовании укорочения перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легкого; 3. увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ; 4. сохранение лихорадки на фоне лечения в течение более чем 3 дней

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

15. У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является: 1. повторная вирусно-бактериальная инфекция; 2. воздействие промышленных газов и аэрозолей; 3. курение; 4. врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

16. У людей старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение хронического бронхита чаще обусловлено: 1. повторной вирусно-бактериальной инфекцией; 2. воздействием промышленных газов и аэрозолей; 3. врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей; 4. курением

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3)+ если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

17. Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется: 1. сильным сухим кашлем; 2. кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой; 3. рассеянными сухими хрипами в легких; 4. кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

18. Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и т.д.), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом из-за: 1. монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания; 2. отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного) обструкции воздухоносных путей; 3. отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений; 4. исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

19. Возникновению хронического бронхита способствует: 1. курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов; 2. патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева); 3. хроническое заболевание верхних дыхательных путей; 4. наследственное предрасположение к заболеванию легких

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

20. При остром бронхите: 1. обструкция воздухоносных путей не проявляется ни клинически, ни при спирографии (пневмотахографии) как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания; 2. обструкция воздухоносных путей выявляется при спирографии (пневмотахографии) в период обострения; 3. обструкция воздухоносных путей выявляется только клинически; 4. проходимость воздухоносных путей долгое время не нарушается, обструкция проявляется главным образом, нарастанием признаков эмфиземы легких

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 3
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

21. Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется: 1. формой заболевания; 2. фазой течения заболевания (обострение, ремиссия); 3. осложнениями; 4. преимущественной локализацией поражения

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

22. Ведущим симптомом хронического бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов является

- 1) сильный сухой кашель
- 2)+ кашель с мокротой
- 3) постоянная одышка
- 4) приступообразный сухой кашель
- 5) приступообразная одышка

23. Основной симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов -это

- 1) сильный надсадный сухой кашель
- 2) кашель с мокротой
- 3)+ одышка
- 4) лейкоцитоз и ускорение СОЭ
- 5) цианоз слизистых губ

24. Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен

- 1) воспалением слизистой оболочки крупных бронхов
- 2) воспалением слизистой оболочки мелких бронхов
- 3)+ повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов
- 4) гипотрофией слизистой оболочки бронхов
- 5) атрофией слизистой оболочки бронхов

25. Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов: 1. количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов; 2. количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов; 3. функции сурфактантной системы легкого; 4. возраста больного

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

26. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи: 1. количества; 2. эластичности стенок; 3. вязкости; 4. цвета

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

27. При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте: 1. меняется в сторону увеличения слоя геля; 2. зависит от функции сурфактантной системы; 3. не меняется; 4. меняется в сторону увеличения слоя золя

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

28. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью

- 1)+ спирографии, пневмотахографии
- 2) бронхоскопии
- 3) исследования газов крови
- 4) рентгенографии легких
- 5) ангиопульмонографии

29. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции: 1. спазм бронхов; 2. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов; 3. нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов; 4. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

30. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с: 1. интенсивностью кашля; 2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов; 3. количеством выделяемой мокроты; 4. данными спирографии

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3)+ если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

31. При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки: 1. бронхоспазма; 2. бронхиальной дискинезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов; 3. инфекционного процесса; 4. воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушения мукоцилиарного транспорта

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

32. При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано с: 1. бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана; 4. инфекционным процессом

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2)+** если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

33. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит: 1. к появлению сухих хрипов в легких; 2. к возникновению приступов удушья; 3. к появлению влажных хрипов в легких; 4. к развитию центриацинарной эмфиземы и буллезной дистрофии легкого

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

34. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется: 1. бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. симптомами интоксикации; 4. инфекцией

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3)+** если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

35. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов; 2. очаговый и диффузный пневмоторакс; 3. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких; 4. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильный ответ 1,2,3 и 4

36. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. кровохарканье; 2. легочное кровотечение; 3. дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце; 4. спонтанный пневмоторакс и тромбоэмболия легочной артерии

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильный ответ 1,2,3 и 4

37. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является: 1. обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких; 2. обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты; 3. обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма; 4 обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

38. При назначении больному хроническим бронхитом антибактериальных средств, выборе их дозы и метода введения следует учитывать: 1. характер микрофлоры трахеобронхиального секрета и ее чувствительность к химиотерапевтическим препаратам; 2. концентрацию избранного средства, которую необходимо создать в бронхиальной слизи; 3. переносимость препарата больным; 4. характер лихорадки

- 1)+** если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

39. Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно: 1. возникновение вслед за обострением бронхита; 2. частое отсутствие локальной физикальной симптоматики; 3. поражение нескольких сегментов в глубине легкого; 4. склонность к затяжному течению и рецидивам

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильный ответ 1,2,3 и 4

40. Препараты для устранения бронхоспазма у больных хроническим обструктивным бронхитом подбираются

- 1) путем пробного 2-3 дневного лечения с последующим контролем состояния больного
- 2) путем пробного 2-3 дневного лечения с последующим контролем клиническим и определением показателей функции внешнего дыхания
- 3)+** путем последовательного исследования эффективности препаратов, основанного на сравнении показателей ОФВ1 до и после введения препарата
- 4) на основании показателей спирометрии
- 5) на основании предшествующего лечения

41. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является

- 1) парентеральный
- 2) пероральный
- 3)+** ингаляционный
- 4) небулайзерный
- 5) ректальный

42. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных реакций

- 1) атропин
- 2)+** ипратропиум бромид
- 3) апрофен
- 4) метацин
- 5) пропантелин бромид

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

- 1) теофиллин
- 2) теофедрин
- 3)+ теопек, теодур, ретафил, дурофиллин
- 4) эуфиллин
- 5) вентолин

44. Показанием к назначению кортикостероидной терапии при хроническом обструктивном бронхите является: 1. тяжелое клиническое течение заболевания; 2. неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами; 3. непереносимость бронхоспазмолитических средств; 4. выраженность одышки

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1,2 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

45. Лекарственные средства, обладающие симпатомиметическим эффектом, способствуют откашливанию мокроты благодаря: 1. снятию спазма мелких бронхов и снижению тонуса мускулатуры крупных бронхов; 2. разжижению мокроты; 3. стимуляции функции реснитчатого аппарата эпителия бронхиальной стенки; 4. уменьшению прилипания мокроты к стенке бронха

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2)+ если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

46. Препараты холинергического действия ухудшают откашливание мокроты, что обусловлено: 1. повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов; 2. торможением функции клеток реснитчатого эпителия бронхов; 3. повышением секреции трахеобронхиальной слизи; 4. снижением тонуса гладкой мускулатуры бронхов

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

47. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено: 1. дегидратацией мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств; 2. усилением вязкости мокроты; 3. усилением прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей; 4. замещением клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов бокаловидными

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

48. Гидратации мокроты и в связи с этим улучшению ее откашливания способствует: 1. обильное питье; 2. прием мукалтина; 3. ингаляции щелочных растворов; 4. назначение антибиотика

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2)+ если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

49. Вязкость мокроты уменьшается при назначении следующих препаратов: 1. разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи; 2. разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи; 3. стимулирующих сурфактантную систему легких; 4. усиливающих пептидные связи белков бронхиальной слизи

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

50. К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относят: 1. стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол); 2. препараты бактериальных ферментов; 3. производные тиолов - ацетилицистеин (мукозольвин и др.); 4. трипсин, хеомпсин

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3)+ если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

51. К средствам, разрушающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят: 1. трипсин, химопсин; 2. производных пурина (метилксантины); 3. бромгексин (бисольван), амброксол (лазолван); 4. производные тиолов - ацетилицистеин (мукозольвин и др.), мукодин

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

52. К средствам улучшающим откашливание мокроты путем повышения ее текучести (уменьшения прилипания) вследствие стимуляции сурфактантной системы легких, относят: 1. трипсин, химопсин; 2. производные тиолов - ацетилицистеин (мукозольвин и др.), мукодин; 3. препараты бактериальных ферментов; 4. бромгексин (бисольван), амброксол (лазолван)

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

53. Санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом следует проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов. Оно показано в : 1. период обострения заболевания; 2. условиях среднегорья и в равнинной местности; 3. условиях морского сухого или континентального климата; 4. условиях высокогорья

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

54. При хроническом бронхите показано: 1. диспансерное наблюдение пациентов, лечение простого и гнойного бронхита лишь в фазе обострения ; 2. диспансерное наблюдение пациента, непрерывное лечение лишь в случае обструктивного бронхита; 3. диспансерное наблюдение пациентов при всех формах заболевания, непрерывное лечение только при обструктивном бронхите; 4. наблюдение пациентов и непрерывное лечение вне зависимости от формы заболевания и фазы его течения

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2)+ если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

55. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена: 1. бронхоспазмом; 2. воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов; 3. закрытием просвета бронхов вязким секретом; 4. спадением мелких бронхов на выдохе

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильный ответ 1,2,3 и 4

56. Основу лечения бронхиальной астмы составляет: 1. элиминация причинно значимого аллергена; 2. гипосенсибилизация; 3. предупреждение и лечение инфекций; 4. использование лекарственных препаратов

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильный ответ 1,2,3 и 4

57. Основными лекарственными препаратами применяемыми при бронхиальной астме, являются все перечисленные, кроме

- 1) b2-агонистов
- 2) метилксантинов
- 3)+** блокаторов b2-адренорецепторов
- 4) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов
- 5) мембраностабилизирующих препаратов

58. Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы - это

- 1) острое вздутие легких
- 2) генерализованный отек слизистой оболочки бронхов
- 3) генерализованный бронхоспазм
- 4)+** генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом
- 5) отек легких

59. Сальбутамол(вентолин) расширяет бронхи путем

- 1) блокирования а-рецепторов бронхиального дерева
- 2)+** почти селективного возбуждения b2-адренорецепторов бронхов
- 3) непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов
- 4) снижения тонуса блуждающего нерва
- 5) блокирования гистамина

60. Наиболее достоверным признаком, отличающим первую стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является

- 1)+** рефрактерность к b2-агонистам
- 2) тяжесть экспираторного удушья
- 3) выраженный цианоз
- 4) неэффективность внутривенного введения эуфиллина
- 5) вынужденное положение больного

61. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из первой во вторую стадию, является

- 1) прогрессирование одышки
- 2) нарастание цианоза
- 3)+** исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких
- 4) повышение артериального давления
- 5) тахикардия

62. При возникновении в результате прогрессирующего течения астматического статуса синдрома "немого легкого" следует: 1. увеличить дозировку вводимых перорально и внутривенно глюкокортикоидных гормонов; 2. использовать инфузионную терапию с введением гидрокарбоната натрия; 3. провести бронхоскопию и бронхоальвеолярный лаваж; 4. увеличить дозировку бета-2-агониста

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

63. При пневмонии поражается: 1. интерстиция легких; 2. дыхательные бронхиолы; 3. альвеолы; 4. крупные бронхи

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

64. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить: 1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов; 2. сухие хрипы; 3. крупнопузырчатые влажные хрипы; 4. мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитирующие хрипы

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

65. Диагноз пневмонии устанавливается на основании: 1. клинических симптомов заболевания; 2. данных физикального исследования; 3. результатов рентгенологического исследования легких; 4. показателей лабораторных анализов

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

66. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является

- 1)+ пневмококк
- 2) стрептококк
- 3) стафилококк
- 4) кишечная палочка
- 5) клебсиелла

67. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают

- 1) пневмококк
- 2)+ стафилококк
- 3) клебсиелла
- 4) хламидия
- 5) микоплазма

68. Наиболее часто возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является

- 1) пневмококк
- 2) микоплазма
- 3)+ клебсиелла
- 4) протей
- 5) хламидия

69. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных

- 1) пневмококком
- 2) стрептококком
- 3) кишечной палочкой
- 4)+** клебсиеллой
- 5) стафилококком

70. У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является

- 1) пневмококк
- 2) клебсиелла
- 3)+** пневмоциста
- 4) микоплазма
- 5) кишечная палочка

71. Во время эпидемии гриппа возрастает частота пневмоний, вызванных

- 1) пневмококком
- 2) клебсиеллой
- 3) пневмоцистой
- 4)+** микоплазмой
- 5) кишечной палочкой

72. Течение пневмонии определяется: 1. возбудителем пневмонии; 2.временем начала этиотропной терапии; 3. состоянием бронхов; 4. наличием или отсутствием болезней, снижающих реактивность организма

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильный ответ 1,2,3 и 4

73. При пневмонии назначают следующие лекарственные средства: 1. этиотропные; 2. отхаркивающие; 3. бронхоспазмолитические; 4. иммуномодулирующие

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) +**если правильный ответ 1,2,3 и 4

74. При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать: 1. давность заболевания; 2. индивидуальную непереносимость антибактериальных препаратов; 3. сопутствующие заболевания; 4. природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

75. Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии служит: 1. тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции; 2. смешанный характер инфекции; 3. необходимость усиления антибактериального эффекта; 4. отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грам-отрицательных бактерий
- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
 - 2) если правильный ответ 1 и 3
 - 3) если правильный ответ 2 и 4
 - 4) если правильный ответ 4
 - 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4
76. При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначить
- 1) олететрин
 - 2) стрептомицин
 - 3)+ пенициллин
 - 4) эритромицин
 - 5) левомицитин
77. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначить
- 1) пенициллины
 - 2)+ эритромицин
 - 3) левомицитин
 - 4) стрептомицин
 - 5) цеполин
78. Стафилококковые пневмонии чаще развиваются
- 1) при гриппе
 - 2) при сахарном диабете
 - 3) у лиц пожилого возраста
 - 4) при хроническом бронхите
 - 5)+ у пациентов стационаров
79. При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме
- 1) трансфузий свежзамороженной плазмы
 - 2)+ парантерального введения глюкокортикоидных гормонов
 - 3) внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов
 - 4) инфузий гепарина
 - 5) плазмофереза
80. Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить
- 1) через 1 неделю после начала лечения
 - 2)+ через 2 дня после нормализации температуры тела
 - 3) после исчезновения хрипов в легких
 - 4) после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания
 - 5) после нормализации СОЭ
81. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять: 1. пенициллин; 2. цефалоридин; 3. ампициллин; 4. тетрациклин
- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
 - 2) если правильный ответ 1 и 3
 - 3) если правильный ответ 2 и 4
 - 4)+ если правильный ответ 4
 - 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

82. Решающую роль в возникновении острого абсцесса легкого играют следующие факторы: 1. нарушение бронхиального дренажа; 2. гнойная инфекция и неспорообразующие анаэробы; 3. образование противолёгочных антител; 4. стафилококк и стрептококк

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

83. Возбудители инфекции, вызывающие острый абсцесс и гангрену легкого, проникают в легочную ткань преимущественно: 1. при ранении легкого; 2. по лимфатическим сосудам; 3. по кровеносным сосудам; 4. по бронхам

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

84. Предрасполагает к развитию острого абсцесса легкого: 1. хроническая гнойная и анаэробная инфекция полости рта и глотки (кариес зубов, пародонтоз, тонзиллит), среднего уха, придаточных пазух носа; 2. аспирации содержимого полости рта и глотки при эпилепсии, алкогольном опьянении, наркомании, отравлениях и др.; 3. систематические переохлаждения, хронический бронхит; 4. септикопиемия

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

85. Основными и наиболее результативными методами лечения острого абсцесса легкого являются: 1. санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных и антисептических средств; 2. катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку; 3. трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости и введением в нее лекарственных средств; 4. внутривенное введение антибиотика

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

86. Излечение острого абсцесса легкого происходит: 1. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и образования на ее месте рубца; 2. путем образования на месте гнойной полости очага уплотнения легочной ткани; 3. путем освобождения полости в легком от возбудителей инфекции, эпителизации ее стенки и формирования вторичной кисты легкого; 4. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и полного восстановления легочной ткани

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

87. Хронический абсцесс легкого может осложняться: 1. кровохарканьем и легочным кровотечением; 2. сепсисом и метастатическими абсцессами; 3. легочно-сердечной недостаточностью; 4. амилоидозом внутренних органов

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

88. Гангрену легкого от острого абсцесса отличает все перечисленное, кроме

- 1)+ возбудителей заболевания
- 2) более тяжелого течения заболевания с прогрессированием гнойно-некротического процесса в легких
- 3) преобладания воспалительно-некротических изменений в легких над деструктивными
- 4) частого присоединения осложнений - кровохарканья и легочного кровотечения, острого пиопневмоторакса, сердечно-сосудистой недостаточности
- 5) отсутствия клинических и рентгенологических признаков отграничения воспалительно-некротического процесса в легких

89. Пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, обычно предъявляют следующие жалобы: 1. лихорадка, боли в груди; 2. кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по утрам; 3. кровохарканье, легочное кровотечение; 4. одышка

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

90. При аускультации легких у пациента с бронхоэктатической болезнью обычно выявляются: 1. непостоянные сухие хрипы в зоне поражения; 2. рассеянные сухие и влажные хрипы; 3. локальные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы; 4. локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы, иногда в сочетании с сухими

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

91. Решающее значение в диагностике бронхоэктатической болезни принадлежит: 1. клинико-рентгенологическому методу; 2. бронхоскопии; 3. ангиопульмонографии; 4. бронхографии

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

92. Осложнениями бронхоэктатической болезни могут быть: 1. легочно-сердечная недостаточность; 2. кровохарканье и легочное кровотечение; 3. амилоидоз внутренних органов; 4. метастатические абсцессы и сепсис

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

93. К раку легкого предрасполагает

- 1) алкоголизм и бытовое пьянство
- 2)+ курение
- 3) наркомания и токсикомания
- 4) хроническое переохлаждение
- 5) психо-эмоциональная нагрузка

94. Рак легкого чаще всего наблюдается у больных, страдающих

- 1) сахарным диабетом
- 2) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3)+ хроническими неспецифическими заболеваниями легких
- 4) бронхиальной астмой
- 5) хроническим алкоголизмом

95. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим затемнением в легких врач обязан в первую очередь исключить

- 1) туберкулому легкого
- 2)+ периферический рак легкого
- 3) очаговую пневмонию
- 4) верно А, Б
- 5) пневмоцирроз

96. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является

- 1)+ сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови
- 2) легочное кровотечение
- 3) одышка и потеря массы тела
- 4) лихорадка
- 5) кровохарканье

97. Осложнением центрального рака легкого может быть: 1. гиповентиляция легкого; 2. ателектаз легкого; 3. пневмония (возможно с абсцедированием); 4. образование острого абсцесса легкого

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

98. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака легкого - это: 1. флюорография органов грудной полости; 2. бронхоскопия; 3. рентгеноскопия органов грудной клетки; 4. цитологическое исследование мокроты

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

99. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать: 1. пневмокониоз; 2. кавернозный туберкулез легких; 3. бронхоэктатическую болезнь; 4. рак бронха

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

100. Основными методами диагностики аденомы главного и долевого бронха являются: 1. аускультация легких и исследование мокроты на клетки опухоли; 2. рентгеномографическое исследование (со срезами через корень легкого); 3. бронхоскопия; 4. ангиопульмонография

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

101. Саркоидоз наиболее часто наблюдается

- 1) у детей и подростков
- 2) в пожилом возрасте
- 3) в старческом возрасте
- 4)+** в возрасте 20-50
- 5) у женщин в климактерическом периоде

102. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются

- 1)+** эпителиоидные клетки и гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса
- 2) клетки Березовского-Штернберга
- 3) гистиоциты
- 4) макрофаги
- 5) эозинофилы

103. Клинически саркоидоз может протекать: 1. бессимптомно; 2. малосимптомно; 3. с признаками интоксикации, кашлем, одышкой; 4. с частыми рецидивами

- 1)+** если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

104. Синдром Лефгрена при саркоидозе проявляется

- 1) одышкой, кашлем, лихорадкой
- 2)+** лихорадкой, узловатой эритемой, полиартралгией
- 3) одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов
- 4) лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов
- 5) одышкой, кашлем, увеличением разных групп лимфатических узлов

105. При генерализованной форме саркоидоза могут вовлекаться в процесс: 1. периферические лимфатические узлы, легкие, кожа, кости; 2. печень, почки, селезенка, сердце; 3. слюнные железы, глаза; 4. центральная и периферическая нервная систем

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильный ответ 1,2,3 и 4

106. При поражении саркоидозом мышцы сердца чаще наблюдаются следующие симптомы: 1. боли в области сердца, повышение артериального давления; 2. боли в области сердца, понижение артериального давления; 3. боли в области сердца, изменение артериального давления, углубление зубца Q на электрокардиограмме; 4. боли в области сердца, признаки нарушения внутрижелудочковой проводимости на электрокардиограмме

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

107. При саркоидозе органов дыхания на рентгенограмме легких могут выявляться следующие изменения: 1.одно- или двустороннее увеличение разных групп внутригрудных лимфатических узлов при отсутствии изменений в легких; 2. одно- или двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов и диссеминированные изменения в легких; 3. диссеминированные изменения в легких при отсутствии увеличенных лимфатических узлов; 4. округлые тени

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

108. В зависимости от клинико-рентгенологической формы и стадии саркоидоза для верификации диагноза можно применять в той или иной последовательности: 1. биопсии периферических лимфатических узлов, кожи, слюнных желез и других органов; 2.медиастиноскопию и медиастинотомию; 3. трансбронхиальную биопсию внутригрудных лимфатических узлов, слизистой оболочки бронхов, легочной ткани; 4. открытую биопсию легких

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

109. Установить этиологию плеврита чаще всего помогает: 1. исследование плеврального экссудата; 2. изучение гематологических показателей; 3. биопсия плевры; 4. рентгенологическое исследование органов грудной клетки

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2)+ если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

110. Основными признаками экссудативного плеврита являются: 1. притупление перкуторного легочного звука в области, соответствующей локализации плеврального экссудата; 2. ослабление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука; 3. смещение органов средостения в сторону, противоположную пораженному легкому; 4. усиление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

111. Туберкулезная этиология плеврита доказывается: 1. обнаружением микобактерий туберкулеза в плевральном экссудате и мокроте; 2. обнаружением клеток туберкулезной гранулемы в биоптате плевры; 3. обнаружением признаков туберкулеза легких, бронхов или внутригрудных лимфатических узлов; 4. наличием контакта с больным туберкулезом

- 1)+ если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

112. Сухой плеврит сопровождается: 1. болью в груди; 2. сухим кашлем; 3. потливостью; 4. субфебрилитетом

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

113. Транссудат от экссудата в плевральной полости отличается: 1. количеством жидкости; 2. клеточным составом; 3. наличием включений (холестериновых кристаллов и т.п.); 4. содержанием белка

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

114. Быстрое повторное накопление жидкости в плевральной полости после ее эвакуации является типичным признаком

- 1) хронической недостаточности кровообращения
- 2)+** опухоли плевры
- 3) аденокарциномы бронха
- 4) туберкулеза легких
- 5) системной красной волчанки

115. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваша тактика

- 1) проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами
- 2) госпитализация пациента в терапевтическое отделение в порядке очередности
- 3)+** немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение
- 4) амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость
- 5) проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и наблюдение за больным

116. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз

- 1) пневмоторакс
- 2) инфаркт миокарда
- 3) эмпиема плевры
- 4)+** пиопневмоторакс
- 5) тромбоэмболия легочной артерии

117. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. В поликлинике для подтверждения диагноза больному

- 1) необходимо провести
- 2)+** рентгеноскопию органов грудной клетки
- 3) электрокардиографию
- 4) плевральную пункцию
- 5) общие анализы крови и мочи
- 6) биохимическое исследование крови

118. Риск заболевания туберкулезом увеличивается: 1. при тесном контакте с больным туберкулезом; 2. при приеме кортикостероидов и других препаратов, оказывающих иммунодепрессивное действие; 3. при алкоголизме, наркомании, психических заболеваниях; 4. при сахарном диабете

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильный ответ 1,2,3 и 4

119. Диагноз очагового туберкулеза легких у взрослых и подростков ставится на основании: 1. бессимптомного течения заболевания или скудных его проявлений - повышенной утомляемости, периодического субфебрилитета, редкого кашля с единичными плевками слизистой или слизисто-гнойной мокроты; 2. отсутствия физикальной симптоматики легочного поражения; 3. обнаружения при рентгенологическом исследовании легких единичных или множественных разного характера очаговых теней, чаще в 1-м, 2-м и 6-м бронхолегочных сегментах; 4. непостоянного и скудного бактериовыделения (микобактерии туберкулеза чаще выявляются при посеве на питательную среду)

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

120. Для инфильтративного туберкулеза легких характерны следующие признаки: 1. подострое начало заболевания; 2. непостоянные влажные хрипы в зоне поражения, чаще прослушиваемые после покашливания; 3. умеренные токсические изменения в гемограмме и частое обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте; 4. выявление на рентгенограмме легких связанного "дорожкой" с корнем легкого однородного с размытыми границами участка затемнения, на фоне которого нередко определяются единичные очаговые тени, признаки распада легочной ткани "пневмониогенная каверна", а вокруг -- очаги-отсевы

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

121. Решающее значение в дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза легких и параканкротической пневмонии принадлежит: 1. клинической симптоматике; 2. данным рентгенологического исследования легких; 3. результатам пробного лечения; 4. обнаружению микобактерий туберкулеза в мокроте

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

122. Характерными клиническими признаками милиарного туберкулеза являются: 1. лихорадка неправильного типа, хорошо переносимая больным; 2. умеренно выраженные одышка и тахикардия; 3. небольшой нейтрофильный лейкоцитоз и умеренное повышение СОЭ; 4. частое увеличение печени и селезенки

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2) если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильный ответ 1,2,3 и 4

123. При милиарном туберкулезе отсутствует поражение

- 1) легких
- 2) печени
- 3) селезенки
- 4)+ опорно-двигательного аппарата
- 5) центральной нервной системы

124. Основными методами выявления милиарного туберкулеза с поражением легких и печени являются: 1. рентгенография органов грудной клетки; 2. функциональные печеночные пробы; 3. биопсия печени; 4. гематологические исследования; 5. исследование мокроты на микобактерии туберкулеза

- 1) если правильный ответ 1,2 и 3
- 2)+ если правильный ответ 1 и 3
- 3) если правильный ответ 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильный ответ 1,2,3 и 4

Тема 4. болезни сердечно-сосудистой системы.

1. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для

- 1) митрального стеноза
- 2) митральной недостаточности
- 3)+ недостаточности трехстворчатого клапана
- 4) стеноза устья аорты
- 5) стеноза трехстворчатого клапана

2. При пролапсе митрального клапана аускультативная симптоматика более выражена

- 1) в горизонтальном положении пациента
- 2)+ в вертикальном положении
- 3) в положении на левом боку
- 4) при наклоне туловища вперед
- 5) в положении на правом боку

3. Наиболее высокой чувствительностью при диагностике стенокардии напряжения обладает

- 1) холодовая проба
- 2) дипиридамовая проба
- 3)+ проба с нагрузкой на велоэргометре
- 4) проба со статической физической нагрузкой
- 5) проба с гипервентиляцией

4. 2-я фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена

- 1) быстрым входом ионов натрия внутрь клетки
- 2) выходом ионов хлора из клетки
- 3)+ входом ионов кальция внутрь клетки
- 4) входом ионов калия
- 5) выходом ионов калия из клетки

5. Продолжительность зубца Р в норме составляет

- 1) 0,02 сек
- 2)+ до 0,10 сек
- 3) до 0,12 сек
- 4) до 0,13 сек
- 5) более 0,13 сек

6. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приемов нитратов

- 1) повышается
- 2)+ понижается
- 3) не изменяется
- 4) может как повышаться, так и понижаться
- 5) вначале повышается, а затем понижается

7. Легочный фиброз может развиваться при приеме

- 1) мекситила
- 2)+ кордарона
- 3) хинидина
- 4) гпропранолола
- 5) верапамила

8. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в

- 1) правой коронарной артерии
- 2) передней нисходящей коронарной артерии
- 3)+ общем стволе левой коронарной артерии
- 4) огибающей коронарной артерии
- 5) артерии тупого края

9. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является

- 1) проба с физической нагрузкой
- 2) проба с введением изопроterenола
- 3) чреспищеводная электрокардиостимуляция
- 4)+ проба с эргометрином
- 5) ддипиридамовая проба

10. Толерантность к препарату может развиться при лечении

- 1)+ нитратами
- 2) селективными бета-блокаторами
- 3) антагонистами кальция группы дилтиазема
- 4) неселективными бета-блокаторами
- 5) антагонистами кальция группы верапамила

11. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает

- 1) верапамил
- 2)+ нифедипин
- 3) пропранолол (анаприлин)
- 4) гнитросорбид
- 5) дэацизин

12. Средние суточные дозы финоптина составляют

- 1) 40-80 мг
- 2) 80-120 мг
- 3) 120-200 мг
- 4)+ 240-320 мг
- 5) 500-600 мг

13. Признаком сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка у больных с нижним инфарктом миокарда может быть

- 1) депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5
- 2)+ подъем сегмента ST в отведении V4R
- 3) увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2
- 4) отрицательный зубец T в отведениях V1-V2
- 5) снижение сегмента ST в отведении V4R

14. Больным неосложненным инфарктом миокарда с целью ограничения зоны некроза целесообразно: 1. Внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси (поляризующая смесь) 2. Внутривенное капельное введение нитроглицерина; 3. Назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза); 4. назначение бета-блокаторов

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильны ответы 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3 и 4

15. Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются

- 1) кордарон
- 2) новокаиномид
- 3) бета-блокаторы
- 4)+ лидокаин
- 5) верапамил

16. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является

- 1) асистолия желудочков
- 2)+ фибрилляция желудочков
- 3) желудочковая бигимения
- 4) атриовентрикулярная блокада II степени
- 5) синоаурикулярная блокада II степени

17. При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД) у больных острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как: 1. разрыв межжелудочковой перегородки; 2. тромбоэмболия легочной артерии; 3. инфаркт миокарда правого желудочка; 4. тромбоэмболия почечной артерии

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильны ответы 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

18. При инфаркте миокарда увеличивается, в основном, содержание в крови изоферментов лактатдегидрогеназы (ЛДГ)

- 1)+ ЛДГ-1
- 2) ЛДГ-2
- 3) ЛДГ-3
- 4) ЛДГ-4
- 5) ЛДГ-5

19. При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается

- 1) через несколько часов от начала заболевания
- 2) в течение первых суток болезни
- 3) в течение вторых суток болезни
- 4)+ через 7-12 дней от начала заболевания
- 5) через 20 суток от начала заболевания

20. При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны

- 1) антигистаминные препараты
- 2)+ нестероидные противовоспалительные препараты
- 3) глюкокортикоиды
- 4) антибиотики
- 5) нитраты

21. Самой частой причиной острого легочного сердца является

- 1) пневмония
- 2) астматическое состояние
- 3)+ тромбоэмболия легочной артерии
- 4) спонтанный пневмоторакс
- 5) легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях

22. Способностью ограничивать объем поражения и благоприятно влиять на ближайший прогноз острого инфаркта миокарда обладают: 1. бета-блокаторы; 2. антагонисты кальция; 3. нитроглицерин (при внутривенном введении); 4. глюкозо-калиевая смесь

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2)+** еслии правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильны ответы 4
- 5) если правильны ответы 1 2, 3 и 4

23. Гипотензивный эффект празозина (адверзутена) определяется

- 1)+** селективной блокадой постсинаптических альфа-адренорецепторов
- 2) блокадой бета-адренорецепторов
- 3) снижением сократительной функции миокарда
- 4) влиянием на электролитный обмен
- 5) блокадой рецепторов к ангиотензину

24. Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают: 1. триампур; 2. фуросемид; 3. анаприлин; 4. эналаприл

- 1)+** если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильны ответы 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

25. В биохимических анализах крови при синдроме Конна чаще всего обнаруживается

- 1) повышение уровня катехоламинов
- 2) снижение концентрации альдостерона
- 3) повышение уровня ренина
- 4)+** повышение концентрации альдостерона
- 5) снижение уровня катехоламинов

26. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является

- 1) слабость
- 2)+** приступы сердечной астмы
- 3) отеки ног
- 4) венозный застой в большом круге кровообращения
- 5) гепатомегалия

27. Уменьшение активности ренина плазмы характерно для

- 1) феохромоцитомы
- 2) реноваскулярной гипертензии
- 3)+** первичногогиперальдостеронизма
- 4) хронического гломерулонефрита
- 5) хронического пиелонефрита

28. Наиболее удобен для приема внутрь или сублингвально при лечении гипертонических кризов

- 1) адельфан
- 2) банаприлин
- 3)+** коринфар
- 4) допегит
- 5) дрезерпин

29. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение

- 1) обзидана
- 2)+** нитроглицерина (в/в)
- 3) финоптина
- 4) дибазола
- 5) дигоксина

30. Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии: 1. может отмечаться развитие блокады правой ножки пучка Гиса; 2. может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям; 3. развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии"; 4. может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+** если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2 3 и 4

31. С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует: 1. диастолическое АД; 2. систолическое АД; 3. частота сердечных сокращений; 4. как диастолическое, так и систолическое АД

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

32. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются: 1. одышка; 2. стенокардия напряжения; 3. обмороки; 4. нарушения ритма сердца

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильны ответы 1 2 3 и 4

33. В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиопатии имеет значение: 1. систолическая обструкция выносящего тракта; 2. значительное снижение систолической функции левого желудочка; 3. возникновение различных нарушений ритма; 4. нарушение регуляции сосудистого тонуса

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2)+** если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

34. Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает

- 1) хинидин
- 2) ритмилен
- 3)+** кордарон
- 4) этмозин
- 5) мекситил

35. Внутривенное введение верапамила (финоптина) может вызвать: 1. купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии; 2. купирование приступа мерцательной аритмии; 3. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии; 4. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

36. Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии наблюдается при: 1. синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта; 2. тиреотоксикозе; 3. синдроме укорочения интервала PR; 4. гипертоническом сердце

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

37. Диастолическая дисфункция желудочков свойственна: 1. гипертонической кардиомиопатии; 2. рестриктивной кардиомиопатии; 3. амилоидозу сердца; 4. физиологической гипертрофии миокарда левого желудочка

- 1)+ если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

38. В норме полость перикарда содержит

- 1) около 5 мл жидкости
- 2)+ до 50 мл жидкости
- 3) 100-200 мл жидкости
- 4) 300-500 мл жидкости

39. Для острого фибринозного перикардита не характерно

- 1)+ брадикардия
- 2) повышение температуры тела
- 3) боль за грудиной
- 4) шум трения перикарда
- 5) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании

40. В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают

- 1) эозинофилы
- 2) моноциты
- 3)+ лимфоциты
- 4) лейкоциты
- 5) эритроциты

41. При частом ритме с широкими комплексами QRS признаками желудочковой тахикардии являются: 1. Наличие "сливных" и /или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов"); 2. Наличие ретроградных зубцов P; 3. Наличие атриовентрикулярной диссоциации; 4. отсутствие зубцов P

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

42. Наиболее часто вызывает поражение эндокарда

- 1) лактобактерии
- 2) синегнойная палочка
- 3)+** зеленыя стрептококки
- 4) золотистые стафилококки
- 5) менингококки

43. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться: 1. миокардит; 2. васкулиты мелких сосудов; 3. эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов; 4. прогрессирующее сужение митрального клапана

- 1)+** если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

44. У наркоманов наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается: 1. митральный клапан; 2. аортальный клапан; 3. клапан легочной артерии; 4. трехстворчатый клапан; 5. клапан нижней полой вены

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2 3 4 и 5

45. Признаком дисфункции синусового узла является

- 1)+** выраженная синусовая брадикардия
- 2) мерцательная аритмия
- 3) предсердная экстрасистолия
- 4) атриовентрикулярная блокада I степени
- 5) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

46. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита наиболее высока у больных с

- 1) дефектом межпредсердной перегородки
- 2)+** дефектом межжелудочковой перегородки
- 3) митральным стенозом
- 4) пролабированием митрального клапана без регургитации
- 5) гипертрофической кардиомиопатией.

47. При эндокардите, вызванной грибами, показано назначение

- 1) ампициллина
- 2) тетрациклина
- 3)+** амфотерицина В
- 4) канамицина
- 5) карбенициллина

48. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет

- 1) 2 недели или меньше
- 2)+** 4-6 недель
- 3) 2-4 недели
- 4) 8-10 недель
- 5) более 10 недель

49. Средние эффективные суточные дозы анаприлина (обзидана) составляют

- 1) 10-20 мг
- 2) 30-40 мг
- 3) 50-60 мг
- 4)+ 80-200 мг**
- 5) 400 мг и более

50. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет

- 1) 1-2 кв. см
- 2)+ 4-6 кв.см**
- 3) 8-10 кв. см
- 4) 8 кв.см
- 5) 10 кв.см

51. У больных с недостаточностью митрального клапана при перкуссии относительная тупость сердца увеличена

- 1)+ вверх и влево**
- 2) влево
- 3) вверх и вправо
- 4) вправо и вверх
- 5) только вверх

52. При аускультации сердца у больных с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки выслушивается: 1. систолический шум над легочной артерией; 2. усиление 2-го тона над легочной артерией; 3. ослабление второго тона над легочной артерией; 4. систолический шум с эпицентром в 3-4 межреберье по левому краю грудины

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4**
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

53. У больного с митральным стенозом на электрокардиограмме регистрируется: 1. широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо; 2. широкий зубец Р и блокада правой ножки пучка Гиса; 3. широкий зазубренный зубец Р и смещение переходной зоны к левым грудным отведениям; 4. широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3**
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

54. При рентгенологическом исследовании для больных с митральным стенозом характерно: 1. увеличение второй дуги левого контура (ствол легочной артерии); 2. увеличение третьей дуги левого контура (ушко левого предсердия); 3. наличие признаков активной легочной гипертензии; 4. увеличение четвертой дуги по левому контуру

- 1)+ если правильны ответы 1 2 и 3**
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

55. При пролабированиимитравльного клапана щелчок выслушивается

- 1)+ во время систолы
- 2) в начале диастолы
- 3) в конце диастолы
- 4) в середине диастолы
- 5) в систолу после систолического шума

56. Уменьшение степени аортальной регургитации можно ожидать после назначения: 1. апрессина; 2. каптоприла; 3. коринфара; 4. обзидана

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильны ответы 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

57. К признакам дефекта межпредсердной перегородки относятся: 1. неполная блокада правой ножки пучка Гиса; 2. увеличение правых отделов сердца; 3. гиперволемиа малого круга; 4. гиповолемиа малого круга.

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

58. Для дефекта межжелудочковой перегородки характерно: 1. грубый систолический шум; 2. выслушивание 3-го тона; 3. пальпируемое систолическое дрожание; 4. повышенный риск инфекционного эндокардита

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2 3 и 4

59. Желудочковая экстрасистолия: 1. не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца; 2. ухудшает течение гипертонической болезни; 3. может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом; 4. возникает во время нагрузочной пробы у пациентов без признаков органического поражения сердца

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2 3 и 4

60. Средние эффективные суточные дозы аллапина составляют

- 1) 25-50 мг
- 2)+ 75-150 мг
- 3) 200-250 мг
- 4) 300-350 мг
- 5) более 350мг

61. Причиной легочной гипертензии при митральном стенозе является: 1. спазм легочных артериол; 2. гипертрофия легочных артериол и артерий; 3. склероз легочных артериол и артерий; 4. спазм капилляров

- 1)+ если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

62. Для атриовентрикулярной блокады 2 степени типа 2 ("Мобитц -2") характерно: 1. прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов; 2. постоянство интервала PR; 3. укорочение интервала PR; 4. частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

63. Среди антиаритмических препаратов холинолитическое действие в наибольшей степени выражено у

- 1) хинидина
- 2) новокаиномида
- 3)+ дизопирамида (ритмилена)
- 4) этмозина
- 5) этацизина

64. Средством выбора для устранения гипотонии, возможной при в/в введении верапамила, является

- 1) мезатон
- 2)+ хлористый кальций (или глюконат кальция)
- 3) плазмозамещающие растворы
- 4) сердечные гликозиды
- 5) кардиамин

65. Для проведения электрической дефибрилляции при фибрилляции желудочков целесообразно использовать разряд мощностью

- 1) 50 Дж
- 2) 100 Дж
- 3)+ 200 Дж
- 4) 300 Дж
- 5) 360 Дж

66. Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является

- 1) асистолия желудочков
- 2)+ фибрилляция желудочков
- 3) электро-механическая диссоциация
- 4) полная атриовентрикулярная блокада
- 5) синоаурикулярная блокада II степени

67. Имплантация кардиостимулятора (стимуляция в режиме "деманд") показана

- 1) всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла
- 2)+ только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения)
- 3) больным с синоатриальной блокадой II степени
- 4) больным с атриовентрикулярной блокадой II степени
- 5) больным с постоянной формой мерцательной аритмии

68. При внезапном возникновении выраженных брадиаритмий рационально использовать: 1. внутривенное введение атропина; 2. инфузию изопроterenола (изадрина), алуpента, астмопента; 3. временную электрокардиостимуляцию; 4. внутривенное введение преднизолона и фуросемида

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

69. Самой частой причиной острого легочного сердца является

- 1) пневмония
- 2) астматическое состояние
- 3)+ тромбоэмболия легочной артерии
- 4) спонтанный пневмоторакс
- 5) обострение хронического обструктивного бронхита

70. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является

- 1)+ вены нижних конечностей
- 2) вены верхних конечностей
- 3) правое сердце
- 4) вены таза
- 5) левое сердце

71. К гликозидной интоксикации предрасполагают: 1. пожилой возраст; 2. почечная недостаточность; 3. нарушение баланса электролитов (калия, магния); 4. дилатация камер сердца

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

72. Причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда может быть: 1. разрыв головки папиллярной мышцы; 2. разрыв межжелудочковой перегородки; 3. разрыв левого желудочка; 4. перикардит

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

73. Для лечения мелкоочагового инфаркта миокарда используют: 1. нитраты; 2. аспирин; 3. гепарин внутривенно; 4. бета-блокаторы

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

74. Для острого инфекционного эндокардита характерно: 1. наличие лихорадки, озноба; 2. наличие лейкоцитоза; 3. быстрое формирование порока сердца; 4. быстрое появление признаков сердечной недостаточности

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

75. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются: 1. порок сердца; 2. эмболии; 3. бактериемия; 4. нарушения ритма

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильный ответ 4
- 4) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

76. Препаратами первого выбора для лечения гипертонической болезни с высоким общим периферическим сосудистым сопротивлением являются

- 1)+ антагонисты кальция
- 2) диуретики
- 3) седативные средства
- 4) бета-блокаторы
- 5) мочегонные

77. Из перечисленных факторов риска ишемической болезни сердца наиболее значимым является

- 1) повышение массы тела на 30% и более
- 2)+ гиперхолестеринемия более 240 мг%
- 3) артериальная гипертония при диастолическом АД = 95 мм рт. ст
- 4) нарушение толерантности к углеводам
- 5) блокада левой ножки пучка Гиса

78. Из перечисленных субстанций вазопрессором является

- 1) А+ангиотензин II
- 2) ангиотензин I
- 3) ренин
- 4) простагландин
- 5) оксид азота

79. Феномен парадоксального пульса заключается в

- 1)+ уменьшении наполнения пульса на вдохе
- 2) увеличении наполнения пульса на вдохе
- 3) уменьшении наполнения пульса на выдохе
- 4) увеличении наполнения пульса на выдохе
- 5) отсутствии реакции пульса на фазы дыхания

80. Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является

- 1) перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201
- 2)+ сцинтиграфия миокарда с технецием-99м-пирофосфатом
- 3) радионуклидная вентрикулография
- 4) эхокардиография
- 5) ангиография

81. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с

- 1) +аортальным стенозом
- 2) митральным стенозом
- 3) аортальной недостаточностью
- 4) митральной недостаточностью
- 5) трикуспидальной недостаточностью

82. Отрицательный зубец Р в отведениях III и aVF может регистрироваться при: 1. эктопическом предсердном ритме; 2. отклонении электрической оси предсердия вправо; 3. отклонение электрической оси предсердия влево; 4. синусовой тахикардии

- 1) если правильны ответы 12 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2 3 4

83. Интервал PQ включает: 1. Время проведения импульсов по предсердиям. 2. Время проведения импульса по AV-узлу. 3. Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса. 4. Время проведения импульса по волокнам Пуркинье

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 12 3 и 4

84. Интервал QT включает: 1. комплекс QRS; 2. сегмент ST; 3. зубец Т; 4. зубец Р

- 1)+ если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 12 3 и 4

85. При синоатриальной блокаде II степени по типу Мобитц I наблюдается: 1. выпадение комплексов PQRS; 2. укорочение интервала PP перед выпадением импульсов; 3. выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRS; 4. выпадение комплекса QRST

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

86. Признаком пароксизмальной желудочковой тахикардии является: 1. уширение комплекса QRS $> 0,12$; 2. наличие синусовых зубцов Р, не связанных с комплексом QRS; 3. появление проводных синусовых импульсов (захватов); 4. появление сливных комплексов QRS

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2 3 и 4

87. Признаком инфаркта миокарда задней стенки (задне-базальный инфаркт) является: 1. увеличение высоты и ширины зубцов R в отведениях V1-V2; 2. депрессия сегмента ST в отведениях V1-V2; 3. положительные зубцы Т в отведениях V1-V2; 4. отрицательные зубцы Т в отведениях V1-V2

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

88. Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются

- 1) нитраты
- 2) папаверин или (нош-па)
- 3)+ нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) стероидные препараты
- 5) наркотические анальгетики

89. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает

- 1)+ нифедипин
- 2) верапамил
- 3) дилтиазем
- 4) изоптин
- 5) ангизем

90. Наиболее длительным полупериодом выведения из перечисленных препаратов обладает

- 1) лидокаин
- 2) мекситил
- 3) ритмилен
- 4)+ кордарон
- 5) этмозин

91. Синонимом холестерина липопротеидов низкой плотности является

- 1) альфа-холестерин
- 2)+ бета-холестерин
- 3) пребета-холестерин
- 4) неэстерифицированный холестерин
- 5) эстерифицированный холестерин

92. При приеме никотиновой кислоты в плазме крови уменьшается содержание

- 1) только холестерина
- 2) только триглицеридов
- 3)+ и холестерина и триглицеридов
- 4) холестерина, но повышается уровень триглицеридов
- 5) триглицеридов, но повышается уровень холестерина

93. Эффективная гиполипидемическая суточная доза никотиновой кислоты составляет

- 1) около 0,5 г
- 2) около 1,0 г
- 3) около 1,5 г
- 4)+ около 3,0 г
- 5) около 2,0 г

94. Основным атерогенным классом липопротеидов являются

- 1) липопротеиды очень низкой плотности
- 2)+ липопротеиды низкой плотности
- 3) липопротеиды высокой плотности
- 4) хиломикроны
- 5) липопротеиды промежуточной плотности

95. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при

- 1) стабильной стенокардии напряжения
- 2) спонтанной стенокардии
- 3) прогрессирующей стенокардии напряжения
- 4) впервые возникшей стенокардии
- 5)+ любых вариантах стенокардии

96. Среди больных ИБС спонтанная стенокардия встречается

- 1) более часто, чем стабильная стенокардия напряжения
- 2) практически так же часто, как стабильная стенокардия напряжения
- 3)+ менее часто, чем стабильная стенокардия напряжения
- 4) у 60%-70% больных
- 5) более, чем у 80% больных

97. Антиангинальный эффект у больных стенокардией напряжения достигается при назначении: 1. нитратов; 2. бета-блокаторов; 3. антагонистов кальция; 4. аспирина

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

98. Рентгенологическими признаками сдавливающего (констриктивного) перикардита являются: 1. отсутствие увеличения сердца и снижение пульсации сердечной тени; 2. сглаженность или отсутствие дифференциации дуг сердца; 3. обызвествление перикарда; 4. отсутствие смещения верхушечного толчка при перемене положения тела

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

99. В наибольшей степени синдром отмены свойственен

- 1) нитратам
- 2) антагонистам кальция
- 3)+ бета-блокаторам
- 4) дезагрегантам
- 5) ингибиторам АПФ

100. Операция аортокоронарного шунтирования увеличивает продолжительность жизни у

- 1) всех категорий больных ИБС
- 2)+ больных с поражением ствола левой коронарной артерии
- 3) больных с поражением правой коронарной артерии
- 4) больных со спонтанной стенокардией
- 5) больных с поражением огибающей артерии

101. Средние суточные дозы нитросорбида у больных ИБС составляют

- 1) 10-20 мг
- 2)+ 40-60 мг
- 3) 100-200 мг
- 4) 300-400 мг
- 5) 500-600 мг

102. Наиболее эффективными препаратами, предотвращающими приступы спонтанной стенокардии, являются

- 1) нитраты
- 2)+ антагонисты кальция
- 3) бета-блокаторы
- 4) празозин
- 5) аспирин

103. Выживаемость больных ИБС с умеренно сниженной сократительной функцией левого желудочка после операции аортокоронарного шунтирования увеличивается по сравнению с больными, леченными медикаментозно при поражении: 1. одной (правой) коронарной артерии; 2. двух (правой и огибающей) коронарных артерий; 3. только огибающей артерии; 4. трех коронарных артерий

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

104. К кардиоспецифичным изоферментам относятся: 1. креатинфосфокиназа (КФК); 2. аспарагиновая трансаминаза (АСТ); 3. лактатдегидрогеназа (ЛДГ); 4. фракция МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК)

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2 3 и 4

105. При экссудативном перикардите может наблюдаться: 1. одышка; 2. глухость тонов сердца; 3. расширение границ сердечной тупости; 4. тахикардия и парадоксальный пульс

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

106. Основным методом патогенетической терапии больных инфарктом миокарда, поступающих в первые 4-6 часов от начала заболевания, является

- 1) коронарная ангиопластика (баллонное расширение коронарных артерий)
- 2)+ тромболитическая терапия
- 3) аортокоронарное шунтирование
- 4) внутривенная инфузия нитроглицерина
- 5) внутривенная инфузия бета-блокаторов

107. Нарушение гемодинамики при спаечном процессе в перикарде обусловлены: 1. ограничением диастолического растяжения миокарда; 2. снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки; 3. сдавлением крупных вен; 4. возрастанием постнагрузки

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

108. Атриовентрикулярная (АВ) блокада у больных с инфарктом миокарда передней локализации: 1. является плохим прогностическим признаком; 2. как правило, развивается на уровне дистальных отделов системы Гиса-Пуркинье; 3. в большинстве случаев наблюдается только у больных с очень обширным поражением миокарда; 4. в большинстве случаев наблюдается только у больных с мелкоочаговым поражением миокарда

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

109. Основным лечебным мероприятием при выраженной гипотонии или клинической картине шока у больных с признаками инфаркта миокарда правого желудочка является

- 1)+ внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы)
- 2) назначение диуретиков
- 3) внутривенное введение сердечных гликозидов
- 4) назначение ингибиторов АПФ
- 5) назначение бета-блокаторов

110. К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда, относятся

- 1) дигипиридамол (курантил)
- 2) верапамил (финоптин)
- 3) бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью (тразикор, вискен)
- 4)+ бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности (анаприлин, метопролол)
- 5) антиаритмические препараты

111. При инфаркте миокарда повышенная активность лактатдегидрогеназы в сыворотке крови сохраняется

- 1) в течение 1-2 дней
- 2) в течение 3-5 дней
- 3)+ в течение 7-14 дней
- 4) более чем 14 дней
- 5) в течение 30 дней

112. Повышенная активность креатининфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется

- 1) через 1-2 ч
- 2)+ через 4-8 ч
- 3) через 12-24 ч
- 4) через 48 ч
- 5) через 30 минут от начала заболевания

113. Лейкоцитоз при остром инфаркте миокарда выявляется

- 1)+ через несколько часов от начала заболевания
- 2) к концу первых суток
- 3) на вторые-третьи сутки
- 4) через 5 суток от начала заболевания
- 5) через 10 суток от начала заболевания

114. При истинном кардиогенном шоке у больных острым инфарктом миокарда летальности достигает

- 1) 20-30%
- 2) 40-50%
- 3) 60-70%
- 4)+ 80-100%
- 5) 50-60%

115. Митральная регургитация достаточно часто встречается при: 1. гипертрофической кардиомиопатии; 2. дилатационной кардиомиопатии; 3. рестриктивной кардиомиопатии; 4. дисгормональной миокардиодистрофии

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

116. У больных, перенесших инфаркт миокарда, длительный прием аспирина

- 1)+ уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда
- 2) не влияет на прогноз
- 3) уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у женщин
- 4) благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан
- 5) увеличивает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда

117. Из ниже перечисленных гипотензивных средств наиболее выражен синдром отмены препарата у

- 1) резерпина
- 2) допегита
- 3)+ клофелина
- 4) гипотиазида
- 5) коринфара

118. Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено: 1. гиперпродукцией кортикостероидов; 2. увеличением образования альдостерона; 3. гиперпродукцией ренина; 4. увеличением образования катехоламинов

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

119. Для первичного гиперальдостеронизма характерно: 1. мышечная слабость; 2. полиурия; 3. парестезии; 4. гипостенурия

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

120. Для лечения лабильной артериальной гипертензии у больных с гиперкинетическим типом кровообращения в первую очередь целесообразно использовать

- 1)+ блокаторы бета-адренорецепторов
- 2) коринфар
- 3) апрессин
- 4) празозин
- 5) гипотиазид

121. Гипокалиемия наиболее характерна для

- 1) реноваскулярной гипертензии
- 2) феохромоцитомы
- 3)+ первичного гиперальдостеронизма
- 4) хронического пиелонефрита
- 5) поликистоза почек

122. Злокачественная артериальная гипертония наиболее часто возникает у больных

- 1) гипертонической болезнью
- 2)+** реноваскулярной гипертонией
- 3) паренхиматозными заболеваниями почек
- 4) мочекаменной болезнью
- 5) опухолью головного мозга

123. Средством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является введение

- 1) диазоксида
- 2) клофелина и бета-блокатора
- 3)+** нитропруссид натрия и бета-блокатора
- 4) дроперидола
- 5) фуросемида

124. Для лечения артериальной гипертонии у больных с нарушенной азотовыделительной функцией почек нецелесообразно применять

- 1)+** допегит
- 2) коринфар
- 3) анаприлин
- 4) фуросемид
- 5) клофелин

125. Гипотензивное действие каптоприла связано с: 1. влиянием на калликреин-кининовую систему и систему простагландинов; 2. блокадой альфа-адренорецепторов; 3. уменьшением образования ангиотензина II; 4. уменьшением образования ренина

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2)+** если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

126. Для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно: 1. преимущественное нарушение систолической функции левого желудочка; 2. первоначальное нарушение систолической, а затем диастолической функции левого желудочка; 3. отсутствие нарушения диастолической и систолической функции левого желудочка; 4. преимущественное нарушение диастолической функции левого желудочка

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2, 3 и 4

127. Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным. вариантом гипертрофической кардиомиопатии является: 1. соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка; 2. движение задней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке; 3. противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана; 4. движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

128. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются

- 1)+ вирусные
- 2) стрептококковые
- 3) паразитарные
- 4) грибковые
- 5) микоплазменные

129. При установлении диагноза миокардита

- 1) обязательно назначение антибиотиков
- 2) лечение в большинстве случаев симптоматическое
- 3) обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов
- 4) обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде"
- 5)+ обязательно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

130. Гипокалиемия характерна для больных с

- 1) "объем натрийзависимым" вариантом гипертонической болезни
- 2)+ первичным гиперальдостеронизмом
- 3) феохромоцитомой
- 4) фибромышечной дисплазией почечных артерий
- 5) хроническим пиелонефритом

131. Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии являются

- 1) сердечные гликозиды
- 2) бета-блокаторы и антагонисты кальция
- 3)+ периферические вазодилататоры
- 4) сердечные гликозиды и нитраты
- 5) сердечные гликозиды и диуретики

132. Причиной "парадоксального пульса" при перикардите являются

- 1)+ резкое снижение сердечного выброса на вдохе
- 2) повышение сердечного выброса на выдохе
- 3) нарушение ритма
- 4) повышение сердечного выброса на вдохе
- 5) снижение сердечного выброса на выдохе

133. Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод

- 1) аускультации
- 2) рентгенографии
- 3) электрокардиографии
- 4)+ эхокардиографии
- 5) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция

134. При сдавливающем (констриктивном) перикардите

- 1) происходит снижение венозного давления и повышение артериального
- 2)+ отмечается снижение артериального давления и повышение венозного
- 3) артериальное и венозное давление существенно не меняются
- 4) отмечается снижение артериального давления
- 5) происходит снижение венозного и артериального давления

135. У больных артериальной гипертонией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития: 1. желудочковой пароксизмальной тахикардии; 2. пневмонии; 3. тромбоэмболии; 4. разрыва миокарда

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2 3 и 4

136. Инфекционный эндокардит чаще возникает

- 1)+** у больных, имеющих поражение клапанного аппарата
- 2) при интактных клапанах
- 3) после протезирования клапана
- 4) после комиссуротомии
- 5) у больных с поражением миокарда

137. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается

- 1)+** у большинства больных
- 2) редко
- 3) в период выздоровления
- 4) в сочетании с лейкопенией
- 5) при нормальном СОЭ

138. Инфекционный эндокардит может осложняться развитием: 1. инфаркта миокарда; 2. миокардита; 3. тромбоэмболии легочной артерии; 4. перикардита

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильны ответы 1 2 3 и 4

139. При инфекционном эндокардите рекомендуется: 1. внутриаириальное введение антибиотиков; 2. внутримышечное введение антибиотиков; 3. применение препаратов рего; 4. внутривенное введение антибиотиков

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

140. Применение каптоприла сопровождается: 1. уменьшением концентрации ангиотензина II; 2. уменьшением секреции альдостерона; 3. увеличением выделения натрия с мочой; 4. увеличением секреции альдостерона

- 1)+** если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

141. При стафилококковой этиологии эндокардита наиболее эффективно назначение: 1. оксациллина; 2. ампициллина; 3. гентамицина и оксациллина; 4. тетрациклина

- 1)+** если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

142. Быстрое снижение артериального давления показано при

- 1) гипертонической энцефалопатии
- 2)+ расслаивающей аневризме аорты
- 3) нарушении мозгового кровообращения
- 4) прогрессирующей почечной недостаточности
- 5) отеке легких

143. К наиболее доказанным факторам риска ИБС относятся: 1. малоактивный образ жизни, потребление высококалорийной пищи; 2. дислипопротеидемия; 3. курение; 4. психо-эмоциональный стресс

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

144. Грибковая этиология эндокардита часто выявляется: 1. у наркоманов; 2. после кардиохирургических операций; 3. после лечения антибиотиками широкого спектра действия; 4. на фоне лечения иммунодепрессантами

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

145. У больных митральным стенозом при перкуссии относительная тупость сердца увеличена

- 1)+ вверх и вправо
- 2) вверх и влево
- 3) влево
- 4) влево и вправо
- 5) только вправо

146. При лечении больных пожилого возраста наиболее целесообразно использование

- 1) допегита
- 2) гуанетидина
- 3)+ антагонистов кальция
- 4) бета-блокаторов
- 5) апрессина

147. Для недостаточности аортального клапана характерны следующие периферические симптомы: 1. двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье; 2. высокий, быстрый пульс; 3. низкое диастолическое артериальное давление; 4. капиллярный пульс

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

148. Критическим считается уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия до

- 1) 6 кв. см
- 2) 4 кв. см
- 3) 3 кв. см
- 4)+ 1 кв. см и менее.

149. У больных артериальной гипертонией и сердечной недостаточностью для снижения АД целесообразно использовать

- 1) клофелин
- 2) обзидан
- 3) допегит
- 4)+** каптоприл
- 5) коринфар

150. Критическим считается уменьшение площади аортального отверстия до

- 1) 6 кв. см
- 2) 4 кв. см
- 3) 3 кв. см
- 4) 2 кв. см
- 5)+** 0,5 кв. см и менее

151. Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается

- 1)+** дефект межпредсердной перегородки
- 2) аномалия Эбштейна
- 3) стеноз легочной артерии
- 4) тетрада Фалло
- 5) комплекс Эйзенменгера

152. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является

- 1) экстрасистолия
- 2)+** атриовентрикулярная диссоциация
- 3) ускоренные эктопические ритмы сердца
- 4) атриовентрикулярная блокада
- 5) синоатриальная блокада

153. Наиболее опасным вариантом тахикардии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта является: 1. синусовая тахикардия; 2. пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия; 3. пароксизмальная предсердная тахикардия; 4. мерцательная аритмия

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

154. Средние эффективные дозы этмозина составляют

- 1) 200-300 мг
- 2) 400-500 мг
- 3)+** 600-800 мг
- 4) 1000-1500 мг
- 5) более 1500 мг

155. Для урежения частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии назначают: 1. финоптин; 2. дигоксин; 3. анаприлин; 4. хинидин

- 1)+** если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

156. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь следует назначить

- 1) финоптин
- 2)+** лидокаин
- 3) сердечные гликозиды
- 4) обзидан
- 5) кордарон

157. Показаниями к проведению лечебных мероприятий у больных с нарушениями ритма сердца являются: 1. субъективно плохая переносимость сердцебиения и /или перебоев в работе сердца; 2. выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией; 3. неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий; 4. возраст больного

- 1)+** если правильны ответы 12 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 12 3 и 4

158. Внутривенное введение верапамила может вызвать: 1. купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии; 2. купирование приступа желудочковой тахикардии; 3. урежение частоты сокращения желудочков при мерцательной аритмии; 4. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+** если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

159. Повышение концентрации сердечных гликозидов в крови вызывают: 1. новокаиномид и ритмилен; 2. хинидин и кордарон; 3. анаприлин (обзидан); 4. верапамил (финоптин)

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+** если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

160. Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является

- 1) хинидин
- 2) новокаиномид
- 3)+** кордарон
- 4) анаприлин (обзидан)
- 5) финоптин

161. Для лечения гипертонического криза при феохромоцитоме наиболее эффективным является внутривенное введение

- 1)+** фентоламина (реджитина)
- 2) пентамина
- 3) клофелина
- 4) дибазола
- 5) коринфара

162. У больных с выраженной недостаточностью кровообращения отмечено увеличение продолжительности жизни на фоне приема: 1. диуретиков; 2. нитросорбида в сочетании с апрессином; 3. эналаприла (и каптоприла); 4. сердечных гликозидов

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

163. Для первичного гиперальдостеронизма не характерны

- 1) мышечная боль
- 2) полиурия
- 3) парестезии
- 4) гипостенурия
- 5)+ гипергликемия

164. Гепарин при тромбоэмболии легочной артерии вводят

- 1) в случае повышенного содержания протромбина в крови
- 2) в случае значительного увеличения протромбинового времени
- 3) только при повторной тромбоэмболии
- 4) для уменьшения агрегации тромбоцитов
- 5)+ для профилактики тромбообразования

165. Фибрилляция желудочков у больных инфарктом миокарда чаще развивается

- 1)+ в первые 1,2-2 часа от начала заболевания
- 2) на 2-3 сутки от начала заболевания
- 3) на 7-10 сутки от начала заболевания
- 4) на 20 сутки от начала заболевания
- 5) спустя 30 суток от начала заболевания

166. Критерием дисфункции синусового узла является: 1. пауза в синусовых импульсах продолжительностью 3 сек; 2. синоатриальная блокада II-III степени; 3. синусовая брадикардия менее 50 вмин; 4. урежение частоты сердечных сокращений до 60 в минуту

- 1)+ если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

167. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является: 1. является вариантом нормы; 2. характеризует доброкачественное течение гипертонии; 3. часто приводит к развитию недостаточности кровообращения; 4. факторам риска развития мозгового инсульта

- 1) если правильны ответы 12 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

168. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны

- 1)+ гипергликемия
- 2) гипогликемия
- 3) лейкопения
- 4) лимфоцитоз
- 5) глюкозурия

169. Механизмами повышения АД могут быть: 1. повышение общего периферического сосудистого сопротивления; 2. увеличение массы циркулирующей крови; 3. увеличение минутного объема сердца; 4. повышение концентрации ренина плазмы крови

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

170. Для гиперлипотеидемии типа II "Б" характерно: 1. повышение уровня холестерина ; 2. повышение уровня триглицеридов; 3. снижение уровня холестерина и повышение триглицеридов; 4. повышение уровня холестерина и триглицеридов

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

171. При повышении артериального давления, сочетающегося с энцефалопатией, из перечисленного целесообразно применять

- 1)+ диуретики
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) препараты раувольфии
- 4) сердечные гликозиды
- 5) антагонисты кальция

172. Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертензии является

- 1) неспецифический аортоартериит
- 2) фибромышечная дисплазия
- 3) аневризмы почечных артерий
- 4)+ атеросклероз почечных артерий
- 5) тромбозы и эмболии почечных артерий

173. В передней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контуру образована

- 1) ушком левого предсердия
- 2) дугой аорты
- 3) нисходящей аортой
- 4)+ легочной артерией
- 5) левым желудочком

174. При радионуклидной вентрикулографии можно определить: 1. ударный объем левого желудочка; 2. минутный объем левого желудочка; 3. сердечный индекс; 4. фракцию выброса желудочков

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

175. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции позволяет оценить функцию синусового узла с помощью определения: 1. времени восстановления функции синусового узла; 2. скорректированного времени восстановления функции синусового узла; 3. времени синоатриального проведения; 4. частоты сердечных сокращений после прекращения стимуляции

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

176. Снижение уровня калия в сыворотке крови может наблюдаться при: 1. первичном альдостеронизме; 2. вторичном альдостеронизме; 3. приеме диуретиков; 4. применении ингибиторов АПФ

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

177. Для диагностики инфаркта миокарда правого желудочка используется 1. эхокардиография; 2. инвазивное исследование гемодинамики; 3. ЭКГ; 4. ангиография

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

178. Односторонние отеки ног характерны для больных с: 1. сердечной недостаточностью; 2. заболеваниями вен; 3. гипотиреозом; 4. поражением лимфатических сосудов

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

179. В норме систолический градиент артериального давления между аортой и левым желудочком

- 1) составляет 20-30 мм рт. ст
- 2) составляет 50-70 мм рт. ст
- 3) составляет 100-120 мм рт. ст
- 4) отсутствует
- 5)+ составляет 10 мм рт. ст

180. Ранний диастолический шум (сразу после 2-го тона) характерен для

- 1) митрального стеноза
- 2)+ аортальной недостаточности
- 3) открытого артериального протока
- 4) дефекта межпредсердной перегородки
- 5) митральной недостаточности

181. Отличить гипертрофию левого предсердия от ритма коронарного синуса позволяет: 1. продолжительность зубца Р в отведениях I, aVL > 0,10 сек; 2. наличие двугорбого зубца Р в отведениях I, aVL, V5-V6; 3. положительный зубец Р во II отведении; 4. отрицательный зубец Р в отведениях I и aVL

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

182. При гипертрофии правого желудочка изменения ЭКГ позволяют предположить также наличие гипертрофии левого желудочка, если имеется: 1. глубокий S в отведениях V1-V2; 2. угол альфа равный - 30 градусов; 3. косонисходящая депрессия ST в V5-V6; 4. смещение переходной зоны к левым грудным отведениям

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

183. Для узловой пароксизмальной тахикардии характерно: 1. наличие отрицательного зубца Р во II, III, aVF отведениях перед комплексом QRS; 2. резкое удлинение PQ в момент возникновения тахикардии; 3. обязательное уширение комплекса QRS при большой частоте сердечных сокращений; 4. наличие отрицательного зубца Р в I, II, aVL отведениях

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

184. При наличии патологического зубца Q во II, III и aVF отведениях очаговые изменения локализуются

- 1) в задне-базальной области левого желудочка
- 2) в верхне-боковой области левого желудочка
- 3) в правом желудочке
- 4) в передне-перегородочной области
- 5)+ в области задней стенки

185. В отведениях V3-V4 регистрируется зубец Q продолжительностью 0,02, глубиной 2 мм. Можно предположить наличие: 1. блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса; 2. гипертрофии межжелудочковой перегородки; 3. крупноочагового инфаркта миокарда; 4. очаговых изменений передней локализации

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

186. У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса появление зубцов Q в отведениях aVL, I, V5-V6 является признаком инфаркта миокарда: 1. передне-перегородочной локализации; 2. нижней локализации; 3. задней стенки; 4. боковой локализации

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

187. При передозировке антагонистов кальция эффективно: 1. введение хлористого кальция; 2. введение изупрела (изадрина); 3. введение добутамина; 4. нитроглицерина

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2 3 и 4

188. Постуральную гипотонию могут вызвать: 1. изобарин; 2. пентамин; 3. празозин (адверзутен); 4. нитроглицерин

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2,3 и 4

189. Лидокаину свойственные следующие побочные эффекты: 1. головокружение; 2. парестезии; 3. спутанность сознания, ступор; 4. тошнота, рвота

- 1)+ если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

190. Побочные эффекты никотиновой кислоты связаны в основном с: 1. вазоконстрикцией; 2. гиповитаминозом; 3. аллергическими реакциями; 4. вазодилатацией

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3 и 4

191. При приеме антагонистов кальция: 1. наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови; 2. наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови; 3. липидный состав крови неблагоприятно изменяется через 6 месяцев терапии; 4. существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3 и 4

192. Госпитализация больных впервые возникшей стенокардией: 1. решается индивидуально; 2. не показана; 3. показана в отдельных случаях; 4. показана всем больным

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3 и 4

193. Приступы стенокардии напряжения не возникают при медленной ходьбе по ровному месту у больных

- 1) I функционального класса
- 2) II функционального класса
- 3)+ I и II функциональных классов
- 4) III функционального класса
- 5) II и III функциональных классов

194. Проба с физической нагрузкой расценивается как положительная в случае

- 1)+ развития депрессии сегмента ST ишемического типа
- 2) развития инверсии зубца "Т"
- 3) появления частых экстрасистол высоких градаций
- 4) появления блокады правой ножки пучка Гиса
- 5) возникновения пароксизма мерцательной аритмии

195. Уменьшение потребности миокарда в кислороде при приеме бета-блокаторов обусловлено, в основном

- 1) отрицательным инотропным эффектом
- 2) отрицательным хронотропным эффектом
- 3)+ как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом
- 4) уменьшением преднагрузки на левый желудочек
- 5) уменьшением постнагрузки на левый желудочек

196. У больных ИБС с застойной недостаточностью кровообращения следует предпочесть

- 1) надолол (коргард)
- 2) верапамил
- 3) дилтиазем
- 4) ганаприлин
- 5)+ нитраты

197. У больных ИБС с синдромом слабости синусового узла следует избегать назначения

- 1) нитратов
- 2) корватона
- 3)+ бета-блокаторов и верапамила
- 4) коринфара
- 5) фуросемида

198. Из перечисленных антиангинальных препаратов синдром отмены не свойственен

- 1) пропранололу
- 2)+ нитросорбиду
- 3) атенололу
- 4) метопрололу
- 5) надололу

199. Синдром отмены бета-блокаторов у больных ИБС может проявляться: 1. учащением приступов стенокардии; 2. появлением приступов стенокардии в покое; 3. снижением толерантности к физической нагрузке; 4. развитием инфаркта миокарда

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

200. Из перечисленных антиангинальных препаратов в наибольшей степени подавляет автоматизм синусового узла

- 1) сустак
- 2) корватон
- 3)+ кардил (дилтиазем)
- 4) коринфар
- 5) нитросорбид

201. Современная классификация ИБС включает: 1. стенокардию; 2. инфаркт миокарда; 3. постинфарктный кардиосклероз; 4. нарушение ритма сердца

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

202. Самым специфичным признаком ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии), является

- 1) изменения сегмента ST и зубца T
- 2)+ признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS)
- 3) блокада ветвей пучка Гиса
- 4) нарушения ритма сердца
- 5) нарушение атриовентрикулярной проводимости

203. Признаками выраженного поражения коронарных артерий при проведении пробы с физической нагрузкой являются: 1. максимальная достигнутая ЧСС менее 120 в минуту; 2. очень раннее появление депрессии сегмента ST (на первых минутах нагрузки); 3. длительное сохранение депрессии сегмента ST после прекращения нагрузки (в течение 6-8 мин); 4. появление депрессии сегмента ST во многих отведениях

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

204. Развитию сердечной недостаточности у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, может способствовать: 1. гипертрофия правого желудочка; 2. возникновение митральной недостаточности, вследствие дисфункции папиллярных мышц; 3. локализация инфаркта миокарда в задней стенке левого желудочка; 4. формирование аневризмы левого желудочка

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

205. Средством первого выбора для лечения частой желудочковой экстрасистолии в остром периоде инфаркта миокарда считается

- 1) новокаиномид
- 2) кордарон
- 3)+ лидокаин
- 4) бета-блокаторы
- 5) сердечные гликозиды

206. Признаками гиповолемии при физикальном обследовании являются: 1. спадение подкожных вен; 2. снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или отсутствие ее пульсации); 3. отсутствие хрипов в легких; 4. отсутствие ортопноэ

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1,2 3 и 4

207. К основным показателям, используемым для определения прогноза у больных, перенесших инфаркт миокарда, относятся: 1. определение фракции выброса; 2. оценка степени поражения коронарных артерий; 3. наличие и выраженность желудочковых аритмий; 4. возраст больного

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

208. К препаратам, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда, относятся

- 1) дипиридамол (курантил)
- 2) верапамил (финоптин)
- 3) бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью (тразикор, вискен)
- 4)+** бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности (анаприлин, метопролол)
- 5) антиаритмические препараты

209. При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура

- 1) появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания
- 2)+** появляется, обычно, на второй день заболевания
- 3) появляется на 3-4 день заболевания
- 4) появляется на 5-6 день заболевания
- 5) появляется в более поздние сроки

210. В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит: 1. гиповолемия; 2. стрессовая реакция на боль; 3. артериальная гипотония; 4. резкое снижение сократительной функции левого желудочка

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

211. Критериями эффективности тромболитической терапии у больных с острым инфарктом миокарда являются: 1. уменьшение болевого синдрома; 2. "реперфузионные" аритмии; 3. быстрое возвращение сегмента ST на ЭКГ к изолинии; 4. урежение ЧСС до 60 в минуту

- 1)+** если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

212. Введение лидокаина больным в первые сутки инфаркта миокарда: 1. уменьшает вероятность возникновения фибрилляции желудочков; 2. не влияет на частоту возникновения фибрилляции желудочков; 3. увеличивает частоту асистолии желудочков; 4. увеличивает частоту развития блокады левой ножки пучка Гиса

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+** если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

213. Классификация нестабильной стенокардии по Braunwald предусматривает следующие формы

- 1) стенокардия напряжения, вазоспастическая, безболевая ишемия миокарда
- 2)+** прогрессирующая стенокардия напряжения, стенокардия покоя подострая, стенокардия покоя острая
- 3) острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST и без подъема ST
- 4) стабильная стенокардия II ф.кл
- 5) стабильная стенокардия IV ф.кл

214. При остром коронарном синдроме следует использовать следующие низкомолекулярные гепарины: 1. эноксапарин; 2. дальтепарин; 3. надропарин; 4. тиклопидин

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

215. Для выявления наличия инфаркта миокарда рекомендуют определять маркеры: 1. МВ фракция КФК; 2. общая КФК; 3. сердечные тропонины I и T; 4. ЛДГ

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

216. ЭКГ признаки нестабильной коронарной болезни сердца: 1. смещение сегмента ST; 2. частые желудочковые экстрасистолы; 3. изменение зубца T; 4. фибрилляция предсердий

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2 3 и 4

217. Больным с подозрением на острый коронарный синдром без подъема сегмента ST рекомендуют начинать следующее лечение: 1. аспирин; 2. гепарин (НМГ или НФГ); 3. бета-блокаторы; 4. милдронат

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

218. Показаниями к проведению нагрузочных проб у больных ИБС являются: 1. дифференциальная диагностика ИБС и ее форм; 2. определение толерантности к физической нагрузке; 3. экспертиза трудоспособности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; 4. оценка прогноза и эффективности лечения

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

219. Показаниями к коронарографии являются: 1. определение возможности реваскуляризации миокарда; 2. уточнение диагноза; 3. прогрессирование заболевания; 4. наличие у больного в анамнезе вазоспастической стенокардии или опасных желудочковых нарушений ритма

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 и 4

220. Клиническими и электрокардиографическими критериями вазоспастической стенокардии являются: 1. безболевая ишемия миокарда; 2. ангинозные приступы, возникающие в ночное время; 3. отрицательный зубец Т на ЭКГ; 4. сопровождается переходящим подъемом сегмента ST на ЭКГ

- 1) если правильны ответы 12 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+** если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 12 3 и 4

221. Особенности ИБС в пожилом возрасте являются: 1. атеросклеротическое поражение нескольких коронарных артерий; 2. множество сопутствующих заболеваний; 3. высокая распространенность атипичной стенокардии; 4. снижение сократительной функции левого желудочка

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильны ответы 1 2 33 и 4

222. Под кардиальным синдромом X подразумевают: 1. стенокардию Принцметалла; 2. нейроциркуляторную дистонию; 3. безболевую ишемию, проявляющуюся подъемом сегмента ST при физических нагрузках; 4. болевой синдром у лиц с нормальными или малоизмененными (по данным КАГ) коронарными артериями, но положительными нагрузочными тестами

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 12 3 и 4

223. Особенности течения стенокардии при сахарном диабете являются: 1. стенокардия протекает часто бессимптомно; 2. часто развитие нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда и ХСН; 3. часто диагностируется диффузное поражение коронарных артерий; 4. часто протекает по типу вазоспастической стенокардии

- 1)+** если правильны ответы 12 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

224. Основными лекарственными препаратами для лечения стабильной стенокардии являются: 1. антитромбоцитарные препараты; 2. бета-адреноблокаторы; 3. гиполипидемические средства; 4. кардиометаболики

- 1)+** если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

225. Наиболее частой формой ИБС у женщин является

- 1) инфаркт миокарда
- 2) внезапная смерть
- 3)+** стенокардия
- 4) нарушения сердечного ритма
- 5) безболевая ишемия

226. Основными клиническими симптомами ХСН являются: 1. одышка; 2. быстрая утомляемость; 3. сердцебиение; 4. кашель; 5. ортопноэ

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2, 3 4 и 5

227. К инвазивным методам диагностики ХСН относятся: 1. коронарная ангиография; 2. вентрикулография; 3. эндомикардиальная биопсия; 4. ЭхоКГ

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

228. Определение уровня натрийуретического пептида при ХСН позволяет: 1. оценивать выраженность левожелудочковой дисфункции; 2. определять показание к терапии ХСН; 3. оценивать долгосрочный прогноз; 4. определять стадию и функциональный класс ХСН

- 1)+ если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

229. Основными средствами в лечении больных ХСН являются: 1. ингибиторы АПФ; 2. бета-адреноблокаторы; 3. диуретики; 4. сердечные гликозиды; 5. антагонисты альдостерона

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если прравильны ответы 1 2 3 4 и 5

230. Для III ф.кл. ХСН характерны параметры физической активности (по тесту 6-минутной ходьбы):

- 1) >551 м
- 2) 301-425 м
- 3) <150 м
- 4)+ 151- 300 м
- 5) 140-250 м

231. Противопоказаниями к назначению бета-блокаторов при ХСН являются: 1. бронхиальная астма; 2. брадикардия менее 50 ударов вмин; 3. гипотония <85 мм рт. ст.; 4.ТЭЛА

- 1)+ еслии правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 и 4

232. Современная классификация ИБС включает все клинические формы ИБС, кроме

- 1) стенокардии
- 2) инфаркта миокарда
- 3) постинфарктного кардиосклероза
- 4)+ атеросклеротического кардиосклероза
- 5) нарушения ритма сердца

233. Назовите классы гипотензивных препаратов: 1. диуретики; 2. симпатолитики; 3. антагонисты кальция; 4. ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы; 5. вазодилататоры

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 4 и 5

234. Назовите осложнения развивающиеся при гипертонических кризах: 1. острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких); 2. острая коронарная недостаточность (нестабильная стенокардия, развитие инфаркта миокарда); 3. расслаивающаяся аневризма грудного отдела аорты; 4. энцефалопатия; 5. ОНМК

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 4 и 5

235. Выберите правильные показатели снижения уровня АД при осложненных кризах

- 1)+ в течение первых 30-120 мин снижения АД примерно на 15-25%, в течение последующих 2-6 часов - достичь АД 160/100 мм рт. ст
- 2) в течение первых 6 часов снижаем АД на 20 – 30%, затем в течение суток до целевого АД
- 3) в течение первых 12 часов снижаем АД до целевого АД
- 4) АД снижаем в течение 2 часов до нормальных значений
- 5) снижаем АД до нормальных показателей в течение 30 – 120 мин

236. Какие препараты используются для первичной профилактики ишемического инсульта на фоне гипертонической болезни: 1. диуретики; 2. ингибиторы АПФ; 3. β -блокаторы; 4. бета-блокаторы; 5. антагонисты кальция дигидропиридиновые

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3, 4 и 5

237. Какие препараты используются для вторичной профилактики ишемического инсульта на фоне гипертонической болезни: 1. ингибиторы АПФ; 2. антагонисты кальция дигидропиридиновые; 3. антагонисты рецепторов к ангиотензину II; 4. диуретики; 5. β -блокаторы

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1 2 3 4 и 5

238. Какие препараты используются для профилактики геморрагического инсульта на фоне гипертонической болезни: 1. диуретики; 2. ингибиторы АПФ; 3. α -блокаторы; 4. бета-блокаторы; 5. антагонисты кальция дигидропиридиновые

- 1) если правильны ответы 1 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1 2 3 4 и 5

Тема 5. гастроэнтерология.

1. Наследственная предрасположенность отмечается при следующих гастроэнтерологических заболеваниях: 1. язвенной болезни; 2. панкреатите; 3. калькулезном холецистите; 4. хронический гастрит

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

2. К наследственным энзимопатиям относят: 1. непереносимость лактозы; 2. глютеную болезнь; 3. амилазную недостаточность; 4. дисахаридазную недостаточность

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

3. К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий относят: 1. синдром Криггера-Найяра (Наджара); 2. синдром Ротора; 3. синдром Дубина (Дабина)-Джонсона; 4. постгепатитную гипербилирубинемию Калька

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

4. Желчный пузырь сокращается под влиянием

- 1) гастрина
- 2) панкреатического сока
- 3)+ холецистокинина
- 4) секретина
- 5) соляной кислоты

5. Иммунные механизмы играют роль в патогенезе: 1. первичного билиарного цирроза печени; 2. неспецифического язвенного колита; 3. глютенной болезни; 4. хронического гастрита

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

6. Амилазу секретируют: 1. околоушные слюнные железы; 2. кишечник; 3. поджелудочная железа; 4. желудок

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

7. Амилаза катализирует гидролиз: 1. клетчатки; 2. глюкозы; 3. дисахаридов; 4. крахмала

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

8. Активность трипсина в сыворотке крови повышается при: 1. перитоните; 2. обострении хронического панкреатита; 3. язвенной болезни; 4. остром панкреатите

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+** если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

9. Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента: 1. нуклеотидазы; 2. лейцинаминопептидазы; 3. кислой фосфатазы; 4. глюкуронилтрансферазы

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

10. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для: 1. гемолитической анемии; 2. функциональной гипербилирубинемии Жильбера; 3. синдрома Криглера-Найяра (Наджара); 4. талассемии

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

11. Повышение содержания в крови неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина происходит в результате: 1. увеличения образования билирубина; 2. снижения захвата билирубина печенью; 3. дефицита глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах; 4. повышения гемолиза эритроцитов

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

12. Уробилиноген образуется в : 1. желудке; 2. почках; 3. печени; 4. кишечнике

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

13. Повышение активности аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано: 1. некрозом гепатоцитов любой этиологии; 2. травмой скелетных мышц; 3. инфарктом миокарда; 4. заболеванием почек

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

14. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при: 1. хроническом активном гепатите; 2. активном циррозе печени; 3. инфаркте миокарда; 4. хроническом холестатическом гепатите

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

15. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается при: 1. внутрипеченочном холестазае; 2. вирусном гепатите; 3. первичном раке печени; 4. гемолитической анемии

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

16. Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать

- 1) присоединении вирусного гепатита
- 2) некрозе гепатоцитов
- 3) печеночной недостаточности
- 4) портальной гипертензии
- 5)+ циррозе-раке

17. Гипоальбуминемия характерна для: 1. хронического персистирующего гепатита; 2. острой атрофии печени; 3. гепатомы; 4. цирроза печени

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

18. Причиной гипоальбуминемии у больных с отеками могут быть: 1. заболевания печени; 2. избыточная потеря белка через кишечник; 3. избыточная потеря белка через почки; 4. длительный голод

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

19. Повышение концентрации общих липидов в крови наблюдается при: 1. сахарном диабете; 2. билиарном циррозе; 3. холестатическом гепатите; 4. алкоголизме

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

20. Гиперхолестеринемия наблюдается при: 1. атеросклерозе; 2. холестазе; 3. сахарном диабете; 4. гипотиреозе

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

21. Желчь подвергается реабсорбции в: 1. двенадцатиперстной кишке; 2. тощей кишке; 3. прямой кишке; 4. начальном отделе толстой кишки

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

22. Для печеночного цитолитического синдрома характерно: 1. повышение активности аланиновой аминотрансферазы; 2. повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы; 3. повышение активности альдолазы; 4. повышение уровня сывороточного железа

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

23. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является

- 1)+ повышение активности аланиновой аминотрансферазы
- 2) повышение активности альдолазы
- 3) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
- 4) гипоальбуминемия
- 5) повышение уровня сывороточного железа

24. Внутрпеченочный холестаз характеризуется: 1. билирубинурия; 2. увеличение в крови активности щелочной фосфатазы; 3. гиперхолестеринемия; 4. появление желчных кислот в моче

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

25. В диагностике холестатического синдрома имеет значение: 1. повышение активности щелочной фосфатазы крови; 2. повышение прямого (связанного) билирубина крови; 3. повышение холестерина; 4. повышение активности ГТП (глутамилтранспептидазы)

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

26. При холестатическом синдроме уробилиноген в моче: 1. снижается; 2. повышается; 3. исчезает; 4. не изменяется

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

27. Появление билирубина в моче указывает на: 1. вирусный гепатит С; 2. подпеченочную желтуху; 3. гемолитическую желтуху; 4. паренхиматозную желтуху

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

28. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при: 1. микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника; 2. микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта; 3. неспецифическом язвенном колите; 4. употреблении мяса в пищу

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

29. Снижение стеркобилина в кале наблюдается при: 1. паренхиматозной желтухе; 2. гемолитической анемии; 3. механической желтухе; 4. жировом гепатозе

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

30. Креаторея наблюдается при: 1. ахилии; 2. гнилостной диспепсии; 3. недостаточности внешней секреции поджелудочной железы; 4. хроническом холецистите

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

31. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна для: 1. механической желтухи; 2. паренхиматозной желтухи; 3. хронического панкреатита; 4. хронического гастрита

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

32. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
- 3) дивертикул пищевода
- 4)+** астматическое состояние
- 5) рак кардиального отдела желудка

33. Внутривенная холеграфия является информативным методом для диагностики: 1. расширения общего желчного протока; 2. хронического активного гепатита; 3. хронического калькулезного холецистита; 4. болезни Жильбера

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+** если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

34. Плохо выявляются при ультразвуковом исследовании

- 1) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс)
- 2) холелитиаз
- 3) гемангиома печени
- 4) кисты и абсцессы поджелудочной железы
- 5)+** рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска)

35. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике

- 1) микронодулярного цирроза печени
- 2) гепатита
- 3)+** очагового поражения печени
- 4) макронодулярного цирроза печени
- 5) застойного фиброза печени

36. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет

- 1) пероральная холецистография
- 2) внутривенная холеграфия
- 3) сцинтиграфия печени
- 4)+** ретроградная панкреатохолангиография
- 5) прямая спленопортография

37. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при: 1. болезни Уиппла; 2. глютеновой болезни; 3. склеродермии; 4. болезни Крона

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

38. Колоноскопия позволяет выявить: 1. неспецифический язвенный колит; 2. рак толстой кишки; 3. болезнь Крона; 4. дивертикулез толстой кишки

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+** если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

39. Лапароскопию назначают: 1. при подозрении на первичный рак печени; 2. при подозрении на метастатический рак печени; 3. для уточнения причины асцита; 4. при подозрении на камни желчного пузыря

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

40. Компьютерная томография позволяет выявить: 1. активный гепатит; 2. кисты поджелудочной железы; 3. асцит; 4. опухоли брюшной полости

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

41. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются: 1. ощущением комка в горле; 2. дисфагией при употреблении жидкой пищи; 3. дисфагией при употреблении плотной пищи; 4. постоянной дисфагией

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

42. Этиологическими факторами дискинезии пищевода являются: 1. нарушение иннервации пищевода; 2. рефлекторное влияние с соседних органов; 3. заболевания центральной нервной системы; 4. инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия)

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

43. Гиперкинетическая форма дискинезии пищевода обусловлена: 1. эрозивным эзофагитом; 2. язвой пищевода; 3. расстройством нервного аппарата пищевода; 4. неврозами

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

44. Гипокинетическая форма дискинезии пищевода проявляется в виде: 1. гипотонии пищевода; 2. атонии пищевода; 3. ахалазии кардии; 4. укорочения пищевода

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

45. Дисфагия может наблюдаться при: 1. грыже пищеводного отверстия диафрагмы; 2. ахалазии кардии; 3. склеродермии; 4. раке пищевода

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

46. Основными методами диагностики ахалазии кардии являются: 1. рентгенологический метод; 2. эзофагоскопия; эзофаготономография; фармакологические пробы

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

47. При ахалазии кардии показано: 1. щадящая диета; 2. приподнятый головной конец кровати; 3. холиномиметические средства; 4. спазмолитические средства

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

48. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнении, усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Наиболее вероятной причиной дисфагии является

- 1)+ идиопатическая гиперкинезия пищевода
- 2) рак пищевода
- 3) пептическая язва пищевода
- 4) аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 5) герпетическое поражение пищевода

49. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнении, усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Для исключения другой патологии и подтверждения диагноза следует назначить: 1. общий анализ крови; 2. рентгеноскопию пищевода и желудка; 3. эзофагогастродуоденоскопию; 4. компьютерную томографию

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

50. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнении, усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Основными условиями рентгенологического исследования в этом случае являются: 1. исследование пищевода в положении стоя; 2. исследование пищевода в положении лёжа; 3. исследование с густой бариевой взвесью; 4. исследование с жидкой бариевой взвесью

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

51. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появилась в дальнейшем при волнения, усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Больной следует рекомендовать

- 1) жидкое питание
- 2)+ лечение невроза
- 3) вяжущие и обволакивающие средства
- 4) физиотерапию
- 5) витаминотерапию

52. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением лёгких. В данном случае можно предположить

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) пищеводно-бронхиальный свищ
- 3)+ дивертикул пищевода
- 4) стеноз пищевода
- 5) ахалазию пищевода

53. В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением лёгких. Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести

- 1)+ рентгеноскопию пищевода
- 2) электрокардиографию
- 3) анализ крови на гемоглобин
- 4) гастроскопию
- 5) рентгеноскопию органов грудной клетки

54. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Предположительный диагноз

- 1) опухоль средостения
- 2) шейный лимфаденит
- 3) флегмона шеи
- 4)+ перфорация пищевода
- 5) медиастинальная эмфизема

55. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Тактика врача

- 1)+ немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение
- 2) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо
- 3) провести эзофагоскопию
- 4) назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня
- 5) вызвать на консультацию отоларинголога

56. Из заболеваний, которые стать причиной эзофагогастродуоденального кровотечения, кровавая рвота наименее характерна для

- 1) язвы желудка
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) варикозного расширения вен
- 4) язвы двенадцатиперстной кишки
- 5)+ дивертикула пищевода

57. Симптомами продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются: 1. рвота "кофейной гущей" или свежей кровью; 2. ухудшение общего состояния больного; 3. ухудшение показателей гемодинамики; 4. снижение уровня гемоглобина

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

58. Для постановки диагноза опухоли пищевода необходимы: 1. медиастиноскопия; 2. рентгеноскопия пищевода; 3. рентгенография грудной клетки; 4. эзофагоскопия

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

59. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены: 1. недостаточностью кардии; 2. рефлюксом желудочного содержимого в пищевод; 3. пептическим эзофагитом; 4. спазмом пищевода

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

60. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, относятся

- 1) нарушения проходимости комка пищи
- 2) растяжение грыжевого мешка
- 3)+ рефлюкс в пищевод
- 4) спазм пищевода
- 5) ничего из перечисленного

61. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища; они не купируются полностью альмагелем. Отмечается также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью - рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все перечисленное позволяет заподозрить

- 1)+ аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит
- 2) рак пищевода
- 3) бронхиальную астму
- 4) хронический гастрит
- 5) ахалазию кардии

62. Для снятия болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы наиболее эффективен

- 1) атропин
- 2) платифиллин
- 3) но-шпа
- 4)+ церукал
- 5) седуксен

63. При бессимптомном течение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы следует: 1. назначить щадящую диету; 2. исключить подъем тяжестей; 3. назначить частое дробное питание; 4. назначить антацидные препараты

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

64. Показаниями к оперативному лечению при грыже пищеводного отверстия диафрагмы являются: 1. повторные кровотечения; 2. пептическая язва пищевода; 3. стриктура пищевода

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 3
- 4) если правильный ответ 3

65. Профилактика осложнений при грыже пищеводного отверстия диафрагмы включает: 1. режим питания; 2. режим труда; 3. борьбу с запорами; 4. сон с приподнятым изголовьем

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

66. Для дифференциальной диагностики болезней сердца и пищевода применяются: 1. эзофагоскопия; 2. кимоззофагография; 3. электрокардиография; 4. прием антацидов

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

67. При псевдокоронарном (эзофагальном) синдроме боль купирует

- 1) нитроглицерин
- 2)+ изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
- 3) транквилизаторы
- 4) холинолитики
- 5) спазмолитики

68. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Предполагаемый диагноз

- 1)+ развитие рака пищевода
- 2) развитие рака желудка
- 3) ущемление грыжи
- 4) развитие рака печени
- 5) развитие ценкеровского дивертикула

69. У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе. Для подтверждения диагноза у данного больного необходимо в первую очередь провести: 1. анализа кала на скрытую кровь; 2. рентгеноскопии и рентгенографии пищевода; 3. эзофагогастроскопии; 4. цитологического исследования эксфолиативного материала

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

70. Появление дисфагии при употреблении плотной пищи при аксиальной (скользящей) грыже пищеводного отверстия диафрагмы может указывать на развитие: 1. дивертикула пищевода; 2. пептической язвы пищевода; 3. эзофагоспазма; 4. рака пищевода

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

71. Стриктура пищевода обычно обусловлена

- 1)+ пептической язвой пищевода
- 2) хронической пневмонией
- 3) язвенной болезнью
- 4) катаральным рефлюкс-эзофагитом
- 5) ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

72. Пептический эзофагит (рефлюкс-эзофагит) возникает вследствие заброса в пищевод: 1. желудочного сока; 2. кишечного содержимого; 3. желчи; 4. трипсина

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

73. Патологические механизмы рефлюкс-эзофагита включают: 1. рефлюкс желудочного содержимого в пищевод; 2. воспаление дистальной части пищевода; 3. недостаточность кардии (ахалазия); 4. спазм пищевода

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

74. Для кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита характерно: 1. боли за грудиной; 2. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия; 3. связь боли с положением тела; 4. страх смерти

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

75. Наиболее частыми осложнениями эрозивного рефлюкс-эзофагита являются: 1. рак пищевода; 2. изъязвления; 3. стриктура пищевода; 4. микроворотечения

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

76. Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита и стенокардии в первую очередь применяется: 1. нитроглицерин; 2. пищевая сода; 3. электрокардиография; 4. эзофагоскопия

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

77. При рефлюкс-эзофагите рекомендуется: 1. вяжущие и обволакивающие средства; 2. церукал (реглан); 3. подъем головного конца кровати; 4. частое дробное питание

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

78. Главные клетки слизистой оболочки желудка вырабатывают: 1. пепсиноген; 2. соляную кислоту; 3. химозин; 4. секретин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

79. Parietalные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

- 1)+ соляную кислоту
- 2) молочную кислоту
- 3) гастромукопротеид
- 4) муцин
- 5) пепсиноген

80. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют

- 1)+ муцин
- 2) бикарбонаты
- 3) гастрин
- 4) секретин
- 5) внутренний фактор Касла

81. Эндокринные клетки, входящие в состав эпителиальной выстилки фундальных желез желудка, вырабатывают: 1. серотонин; 2. гистамин; 3. глюкагон; 4. соматостатин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

82. Эндокринные клетки пилорических желез желудка секретируют: 1. секретин; 2. кейлоны; 3. гастрин; 4. бомбезин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

83. Гастрин секретируется

- 1)+ антральным отделом желудка
- 2) фундальным отделом желудка
- 3) слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки
- 4) Бруннеровыми железами
- 5) поджелудочной железой

84. Кислотность желудочного сока снижают: 1. соматостатин; 2. секретин; 3. глюкагон; 4. инсулин.

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

85. Выделяют следующие типы желудочной секреции: 1. возбудимый; 2. астенический; 3. инертный; 4. тормозной

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

86. Общие принципы лечения функциональных расстройств желудка включают: 1. дробное питание; 2. психотерапию; 3. физиотерапию; 4. рефлексотерапию

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

87. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся: 1. анализ желудочного сока; 2. гастроскопия; 3. рентгеноскопия желудка; 4. морфологическое исследование слизистой оболочки желудка

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

88. Хронический гастрит необходимо дифференцировать с: 1. язвенной болезнью желудка; 2. раком желудка; 3. хроническим панкреатитом; 4. хроническим холециститом

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

89. К предраковым заболеваниям относятся: 1. хронический атрофический гастрит с секреторной недостаточностью; 2. полип желудка на широком основании; 3. полипоз желудка; 4. аутоиммунный гастрит

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

90. Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает: 1. вяжущие и обволакивающие средства; 2. метилурацил; 3. витамины; 4. заместительную терапию

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

91. Для улучшения трофических процессов при хроническом атрофическом гастрите назначают: 1. витамины; 2. анаболические стероидные гормоны; 3. рибоксин; 4. ферментные препараты

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

92. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах рекомендуется назначить: 1. де-нол; 2. метронидазол; 3. ампициллин; 4. омепразол

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

93. Физиотерапия в лечении гастритов противопоказана при: 1. аутоиммунном гастрите; 2. полипозе желудка; 3. геморрагическом гастрите; 4. эозинофильном гастрите

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

94. Профилактика гастритов основана на: 1. правильном режиме и характере питания; 2. устранении профессиональных вредностей; 3. отказе от алкоголя; 4. лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

95. Этиологическими факторами язвенной болезни являются: 1. алкоголь; 2. никотин; 3. нарушение питания; 4. эмоциональные стрессы

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

96. Из местных механизмов ulcerogenesis основная роль отводится: 1. моторно-эвакуаторным нарушениям; 2. кислотно-пептическому фактору; 3. состоянию защитного слизистого барьера; 4. обратной диффузии ионов водорода

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

97. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке относятся: 1. кислотно-пептический фактор; 2. ускоренная эвакуация; 3. "кислые" стазы в двенадцатиперстной кишке; 4. хеликобактер пилори

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

98. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка относятся: 1. дуоденогастральный рефлюкс; 2. хеликобактер пилори; 3. антральный гастрит; 4. высокая кислотообразующая функция желудка

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

99. Инфекция хеликобактер пилори способствует развитию: 1. язвы пилороантрального отдела желудка; 2. язвы кардиального отдела желудка; 3. язвы луковицы двенадцатиперстной кишки; 4. эрозивного дуоденита

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

100. Механизмы боли при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки обусловлены: 1. кислотно-пептическим фактором; 2. спазмом пилорoduodenальной зоны; 3. повышением давления в желудке и двенадцатиперстной кишке; 4. периульцерозным воспалением

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

101. Запоры при язвенной болезни возникают вследствие воздействия: 1. щадящей диеты; 2. постельного режима; 3. повышения тонуса блуждающего нерва; 4. медикаментозной терапии

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

102. Для язвенной болезни редко рецидивирующего течения обострения наступают

- 1) 1-2 раза в 2-3 года
- 2) 2 раза в год
- 3) 3 раза в год
- 4)+ 1 раз в 5 лет
- 5) не наступает вообще

103. Для язвенной болезни непрерывно рецидивирующего течения обострения возникают: 1 раз в год; 2. 4 и более раз в год; 3. 2 раза в год; 4. периодов ремиссии не существует

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

104. Для язвенной болезни характерно: 1. "голодные" боли в эпигастриальной области; 2. ночные боли; 3. изжога; 4. хронический гастродуоденит

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

105. Для постбульбарной язвы характерно: 1. боли через 3-4 часа после еды; 2. боли с иррадиацией в левое и/или правое подреберье; 3. "пульсирующие" боли; 4. кровотечение

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

106. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является

- 1) рвота желчью
- 2) урчание в животе
- 3) резонанс под пространством Траубе
- 4)+ шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
- 5) видимая перистальтика

107. Подтвердить пенетрацию язвы может: 1. уменьшение ответной реакции на антациды; 2. появление болей в спине; 3. усиление болей; 4. изменение характерного ритма язвенных болей

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

108. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается

- 1)+ активность амилазы
- 2) активность липазы
- 3) уровень глюкозы
- 4) активность щелочной фосфатазы
- 5) активность трансаминазы

109. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни

- 1) стенозе выходного отдела желудка
- 2)+ малигнизации язвы
- 3) пенетрации язвы
- 4) микрокровоотечении из язвы
- 5) перфорации язвы

110. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении

- 1)+ органическом стенозе пилорoduоденальной зоны
- 2) функциональном стенозе
- 3) малигнизации язвы
- 4) пенетрации язвы
- 5) перфорации язвы

111. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются

- 1) локализация язвы
- 2) величина язвы
- 3)+ отсутствие хронического рецидивирующего течения
- 4) кровотечение
- 5) частая пенетрация

112. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет к

- 1)+ снижению кислотности желудочного содержимого
- 2) повышению кислотности желудочного содержимого
- 3) повышению уровня пепсина в желудочном содержимом
- 4) снижению уровня пепсина в желудочном содержимом
- 5) снижению уровня секрета

113. Продукцию соляной кислоты снижает: 1. циметидин; 2. гастрорепин; 3. ранитидин; 4. атропин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

114. Из противоязвенных средств в лечении пилорoduоденальных язв могут использоваться: 1. гастрорепин; 2. ранитидин; 3. циметидин; 4. вентер

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

115. Противопоказаниями к назначению антихолинергических средств могут быть: 1. запоры; 2. замедление опорожнения желудка; 3. гипокINETическая дискинезия желчного пузыря; 4. атропинорезистентная гиперхлоргидрия

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

116. Терапия гелем алюминия нередко вызывает: 1. гиперкальциемию; 2. гипокальциемию; 3. гиперфосфатемию; 4. гипофосфатемию

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

117. Цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки обладают: 1. де-нол; 2. солкосерил; 3. сукральфат; 4. витамины группы

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

118. Из немедикаментозных методов лечения язвенной болезни используют: 1. рефлексотерапию; 2. магнитотерапию; 3. гипербарическую оксигенацию; 4. лазеротерапию

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

119. После проведенного адекватного курса противоязвенной терапии язва желудка зарубцевалась. Дальнейшие действия по ведению больного включают

- 1) продолжение поддерживающей терапии в течение трех месяцев с назначением в последующем курсов противорецидивной терапии осенью и весной
- 2) продолжение поддерживающей терапии в течение шести месяцев
- 3) продолжение поддерживающей терапии в течение всего года
- 4) прекращение лечения
- 5)+ направление больного на санаторно-курортное лечение

120. Язва желудка на фоне четырехнедельного лечения не зарубцевалась, сохраняются боли постоянного характера в эпигастрии, сниженный аппетит, продолжается потеря массы тела. Дальнейшая тактика ведения больного включает

- 1) продолжение прежнего лечения
- 2) внесение коррекции в лечение
- 3)+ проведение эндоскопии, с прицельной биопсией и гистологическим исследованием
- 4) постановка вопроса о хирургическом лечении
- 5) перерыв в лечении

121. К симптоматическим гастродуоденальным язвам относятся: 1. стрессовые; 2. эндокринные; 3. медикаментозные; 4. язвы при патологических состояниях других внутренних органов

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

122. Медикаментозные язвы вызываются следующими лекарственными препаратами: 1. кортикостероидами; 2. ацетилсалициловой кислотой; 3. индометацином; 4. резерпином

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

123. К функциональным постгастрорезекционным расстройствам относятся: 1. демпинг-синдром; 2. гипогликемический синдром; 3. постгастрорезекционная дистрофия; 4. функциональный синдром приводящей петли

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

124. К органическим постгастрорезекционным расстройствам относятся: 1. синдром приводящей петли; 2. деформация и сужение анастомоза; 3. острый (хронический) холецистопанкреатит; 4. пептическая язва культи желудка или анастомоза

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

125. Патогенез демпинг синдрома обусловлен: 1. ускоренной эвакуацией пищи из культи желудка в тонкую кишку; 2. повышением осмотического давления в тонкой кишке; 3. раздражением рецепторов слизистой оболочки тонкой кишки; 4. активацией симпатико-адреналовой системы

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

126. Для демпинг синдрома, протекающего по симпатико-адреналовому типу, характерно: 1. слабость после приема пищи; 2. головные боли, головокружение; 3. повышение артериального давления; 4. брадикардия

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

127. Для демпинг синдрома, протекающего по ваготоническому типу, характерно: 1. сонливость и слабость после еды; 2. диспептический синдром; 3. понижение артериального давления; 4. тахикардия

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

128. Демпинг синдром чаще развивается после употребления: 1. молочных блюд; 2. жидких каш; 3. сладких блюд; 4. вино-водочных изделий

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

129. Основными методами диагностики демпинг синдрома являются: 1. рентгеноскопия; 2. гастроскопия; 3. определение уровня серотонина в крови; 4. УЗИ печени

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

130. При демпинг синдроме назначают

- 1)+ антихолинергические средства
- 2) диету с высоким содержанием углеводов
- 3) диету с большим количеством жидкостей
- 4) диету с высоким содержанием жиров
- 5) антациды

131. В момент проявления демпинг синдрома необходимо: 1. уложить больного; 2. назначить новокаин, анестезин; 3. назначить холинолитики; 4. назначить гастропептин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

132. При демпинг синдроме, протекающем по симпатико-адреналовому типу, можно назначить: 1. симпатолитические средства; 2. холинолитические средства; 3. транквилизаторы; 4. местно анестезирующие средства

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

133. При демпинг-синдроме, протекающему по ваготоническому типу, целесообразно назначить: 1. беллоид; 2. супрастин; 3. холинолитики; 4. резерпин, исмелин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

134. Для гипогликемического синдрома характерно: 1. сонливость через 2-3 часа после еды; 2. чувство голода; 3. сердцебиение, головокружение; 4. схваткообразные боли в эпигастрии

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

135. Основными клиническими проявлениями постгастрорезекционной дистрофии являются: 1. диарея; 2. резкое похудание; 3. гиповитаминоз; 4. анемия

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

136. Лечение постгастрорезекционной дистрофии включает: 1. диетотерапию; 2. заместительную терапию (ферментами); 3. парентеральное питание; 4. витаминотерапию

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

137. При лечении больных с пептической язвой анастомоза назначают: 1. щадящую диету; 2. алмагель; 3. гастропепсин; 4. репаранты

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

138. Для клинической картины дуоденостаза характерно: 1. постоянные боли в пилородуоденальной зоне; 2. рвота; 3. тошнота; 4. иррадиация боли в правое и левое подреберья

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

139. Основными методами диагностики дуоденостаза являются: 1. рентгеноскопия; 2. гастроскопия; 3. баллонный метод исследования моторики; 4. компьютерная томография

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

140. В этиологии хронического гепатита важное место занимают: 1. инфекционные факторы; 2. токсические факторы (в том числе алкоголизм); 3. токсико-аллергические факторы; 4. недостаточность кровообращения

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

141. Причиной жировой дистрофии печени может быть: 1. беременность; 2. сахарный диабет; 3. лечение кортикостероидами; 4. голодание

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

142. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови

- 1)+ гамма-глобулинов
- 2) холестерина
- 3) активности щелочной фосфатазы
- 4) билирубина
- 5) альбумина

143. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является

- 1)+ увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина
- 2) билирубинурия
- 3) увеличение активности трансаминаз
- 4) ретикулоцитоз
- 5) гипоальбуминемия

144. Для гемолитической желтухи характерно: 1. увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина; 2. нормальная активность сывороточной щелочной фосфатазы; 3. нормальная активность сывороточных трансаминаз и гамма-глутамилтранспептидазы; 4. ретикулоцитоз

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

145. Уровень конъюгированного (связанного) билирубина в крови возрастает при: 1. синдроме Ротора; 2. синдроме Дабина-Джонсона; 3. хроническом активном гепатите; 4. первичном билиарном циррозе печени

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

146. При гемолитической желтухе имеет место: 1. ретикулоцитоз; 2. повышение неконъюгированного (несвязанного) билирубина; 3. спленомегалия; 4. гиперплазия костного мозга

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

147. Высокий уровень активности трансаминаз в сыворотке крови указывает на

- 1) микронодулярный цирроз
- 2) холестаз
- 3)+ вирусный гепатит
- 4) первичный билиарный цирроз
- 5) аминазиновую желтуху

148. Клиническими проявлениями билиарного синдрома при хронических болезнях печени являются: 1. желтуха; 2. кожный зуд; 3. ксантелазмы; 4. высокий уровень активности щелочной фосфатазы сыворотки крови

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

149. Морфологический субстрат хронического гепатита в отличие от холестатического гепатита составляют

- 1)+ ступенчатые некрозы
- 2) отложения меди
- 3) жировая дистрофия
- 4) отложения железа
- 5) нарушение архитектоники печеночных долек

150. К субъективным проявлениям хронического гепатита относятся

- 1)+ астения
- 2) запоры
- 3) геморрагии
- 4) лихорадка
- 5) поносы

151. Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны для

- 1) хронического гепатита вирусной этиологии
- 2)+ гемохроматоза
- 3) цирроза печени
- 4) гиперфункции надпочечников
- 5) болезни Вильсона-Коновалова

152. Для синдрома гиперспленизма, возникшего при хроническом активном гепатите, характерно: 1. гранулоцитопения; 2. тромбоцитопения; 3. геморрагический синдром; 4. анемия

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

153. Сочетание цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов характерно для

- 1) острого вирусного гепатита А
- 2) острого вирусного гепатита В
- 3)+ хронического гепатита
- 4) гепатоза
- 5) гемохроматоза

154. При хроническом активном гепатите с синдромом гиперспленизма прогностически опасным являются

- 1) снижение содержания эритроцитов
- 2)+ снижения содержания тромбоцитов до $50-30 \cdot 10^9/\text{л}$
- 3) лейкопения
- 4) отсутствие эффекта при суточной дозе преднизолона 15-20 мг
- 5) лимфопения

155. Для лечения активного хронического гепатита "В" предпочтительно применять

- 1) делагил
- 2) кортикостероиды
- 3) легалон
- 4)+ реоферон
- 5) эссенциале

156. Из хронических заболеваний печени классическим показанием для иммунодепрессивной терапии является

- 1) вторичный билиарный цирроз
- 2) хронический активный гепатит
- 3)+ хронический аутоиммунный гепатит
- 4) новообразования печени
- 5) жировой гепатоз

157. Главным местом метаболизма алкоголя в организме является

- 1) жировая ткань
- 2) почки
- 3)+ печень
- 4) головной мозг
- 5) желудочно-кишечный тракт

158. При избыточном употреблении алкоголя возможными механизмами жировой дистрофии печени являются: 1. повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани; 2. увеличение синтеза жирных кислот в печени; 3. уменьшение выделения жиров печенью; 4. некроз гепатоцитов

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) правильны ответы 1, 2, 3 и 4

159. Хроническая алкогольная интоксикация приводит к: 1. жировой дистрофии; 2. хроническому персистирующему и активному гепатиту; 3. циррозу печени; 4. холангиту

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

160. Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течение показана диета с

- 1)+ общим полноценным рационом
- 2) преобладанием углеводов
- 3) преобладанием белков
- 4) преобладанием жиров
- 5) преобладанием железа

161. При хроническом алкогольном гепатите адекватным лечением является назначение

- 1)+ преднизолона
- 2) азатиоприна
- 3) эссенциале
- 4) фестала
- 5) холензима

162. Переход хронического активного гепатита в цирроз печени характеризует: 1. гипоальбуминемия; 2. спленомегалия; 3. желтуха; 4. варикозное расширение вен пищевода

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

163. Для цирроза печени не характерны морфологические изменения

- 1) некроз
- 2) фиброз
- 3)+ жировая дистрофия
- 4) регенерация
- 5) перестройка архитектоники печени

164. При алкогольном циррозе печени можно обнаружить

- 1) снижение зрения
- 2) увеличение околоушных желез
- 3) ригидность ушных раковин
- 4) высокое небо
- 5)+ контрактуры Дюпюитрена

165. Наиболее редким физикальным признаком цирроза печени является

- 1) пальпируемая печень
- 2) асцит
- 3)+ желтуха
- 4) пальпируемая селезенка
- 5) сосудистые звездочки

166. Характерной чертой первичного билиарного цирроза печени является

- 1) злокачественное клиническое течение
- 2) выраженная гепатомегалия
- 3)+ желтуха немеханической природы
- 4) повышение сывороточных липидов
- 5) повышение активности аминотрансфераз

167. При диагностике первичного билиарного цирроза необходимо исключить: 1. вирусный цирроз печени с холестазом; 2. хронический склерозирующий холангит и перихолангит; 3. механическую желтуху; 4. болезнь Жильбера

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

168. Первичному билиарному циррозу соответствует симптомокомплекс

- 1)+ желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
- 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

169. Вирусному гепатиту соответствует симптомокомплекс

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
- 2)+ желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
- 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

170. Острому холециститу соответствует симптомокомплекс

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
- 5)+ желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

171. Хроническому гепатиту соответствует симптомокомплекс

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
- 3)+ желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- 4) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
- 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

172. Острой дистрофии печени соответствует симптомокомплекс

- 1) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокая активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
- 2) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
- 3) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
- 4)+ желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
- 5) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

173. При первичном билиарном циррозе рекомендуется: 1. Урсосан; 2. кортикостероиды; 3. холестирамин; 4. фестал

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

174. В развитии асцита при циррозе печени имеет патогенетическое значение: 1. портальная гипертензия; 2. гипоальбуминемия; 3. увеличение продукции печеночной лимфы; 4. увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

175. Для асцита характерно наличие следующих симптомов: 1. одышки при физической нагрузке; 2. снижения суточного диуреза; 3. увеличения веса; 4. диарея

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

176. Упорный, не поддающийся воздействию диуретиков асцит встречается при: 1. болезни Бадда-Киари; 2. хроническом тромбозе воротной вены; 3. констриктивном перикардите; 4. гепатоме

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

177. У больных с асцитом парацентез применяется для: 1. диагностических целей; 2. компенсации дыхательных расстройств; 3. быстрого устранения асцита; 4. уменьшения портальной гипертензии

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

178. Противопоказаниями к проведению диагностического парацентеза у больного циррозом печени и асцитом являются: 1. лихорадка; 2. нарастание симптомов печеночной энцефалопатии; 3. синдром гиперспленизма; 4. постинфарктный кардиосклероз

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

179. При лечении асцита у больного циррозом печени диуретиками не является осложнением: 1. гиповолемия; 2. гипокалиемия; 3. гиперкалиемия; 4. азотемия

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 3
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

180. Рациональными мероприятиями при лечении асцита при циррозе печени являются: 1. соблюдение диеты с ограничением поваренной соли до 3 г; 2. ограничение суточного потребления жидкости до 1 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 ммоль/л; 3. увеличение суточного диуреза; 4. применение внутрь от 100 до 400 мг верошпирона с учетом суточного диуреза

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

181. При отечно-асцитическом синдроме, связанном с циррозом печени, рациональная терапия диуретиками контролируется: 1. взвешиванием больного; 2. измерением суточного диуреза; 3. определением натрия и калия в сыворотке крови; 4. по количеству выпитой жидкости

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

182. Наиболее часто причиной застойного цирроза является: 1. аортальная недостаточность; 2. митральный стеноз; 3. стеноз устья легочного ствола; 4. констриктивный перикардит

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

183. При венозном застое, обусловленном сердечной недостаточностью, в печени чаще всего наблюдается: 1. перипортальное воспаление; 2. ступенчатые некрозы; 3. фокальные некрозы; 4. центролобулярные некрозы

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

184. Наиболее редким осложнением застойного цирроза печени является

- 1)+ кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- 2) печеночная кома
- 3) желтуха
- 4) асцит
- 5) отеки

185. Печеночная кома развивается в результате

- 1)+ массивного некроза клеток печени
- 2) обширного фиброза
- 3) нарушения микроциркуляции в печени с тромбообразованием
- 4) сопутствующей почечной недостаточности
- 5) холангита

186. Печеночная кома бывает осложнением: 1. острого гепатита; 2. цирроза печени; 3. токсического гепатита; 4. лекарственного гепатита

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

187. Большое количество аммония превращается печенью в

- 1) глютамин
- 2) альфа-кетоглутарат
- 3) ангиназу
- 4)+ мочевины
- 5) меркаптан

188. Печеночный запах связан с обменом

- 1) холина
- 2) билирубина
- 3)+ метионина
- 4) глютамина
- 5) альфа-кетоглутаровой кислоты

189. При тяжелых заболеваниях печени развитию печеночной энцефалопатии предшествует: 1. лихорадка; 2. желудочно-кишечные кровотечения; 3. белковая нагрузка на организм; 4. гиподинамия

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

190. Для лечения хронической печеночной энцефалопатии рекомендуется: 1. лактулоза; 2. орнитетил; 3. неомицин, канамицин и другие антибиотики; 4. диета с низким содержанием белка

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

191. Лечение эндогенной печеночной комы в качестве базисной терапии включает введение: 1. глюкозы; 2. антибиотиков; 3. креон; 4. витаминов С и группы В

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

192. В лечении печеночной комы наиболее эффективна оксигенотерапия, применяемая в виде: 1. ингаляций кислорода; 2. кислородных коктейлей; 3. постоянной перфузии артериализованной крови через печень; 4. гипербарической оксигенации

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

193. Классификация дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей включает: 1. гипокINETическую форму; 2. гиперкинетическую форму; 3. смешанную форму; 4. нормокINETическую форму

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

194. Гиперкинетическая форма дискинезий желчного пузыря характеризуется: 1. коликообразными или схваткообразными болями; 2. болью, появляющейся через 1-2 часа после еды, обычно иррадиирующей в правую лопатку, ключицу, нередко - в поясницу и подложечную область; 3. сокращением желчного пузыря и ускоренным его опорожнением, выявленными при рентгенологическом исследовании; 4. частым сочетанием с хроническим панкреатитом

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

195. ГипокINETическая форма дискинезий желчного пузыря характеризуется: 1. ноющими болями в правом подреберье; 2. удлинением, расширением, замедленным опорожнением желчного пузыря, выявленных при рентгенологическом исследовании; 3. частым сочетанием с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом; 4. частым сочетанием с хроническим гепатитом

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

196. Диагноз дискинезий желчного пузыря основывается на: 1. клинических данных; 2. данных пятифазного дуоденального зондирования; 3. рентгенологических данных; 4. результатах компьютерной томографии

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

197. В лечении гиперкинетической формы дискинезий желчного пузыря используют

- 1) H₂-блокаторы гистамина
- 2) сукралфат и его аналоги
- 3)+ спазмолитические средства
- 4) беззондовые тюбажи
- 5) хирургическое лечение

198. В лечении гипокINETической формы дискинезий желчного пузыря используют

- 1)+ холекинетики
- 2) спазмолитики
- 3) хирургическое лечение
- 4) антациды
- 5) ферменты

199. Этиологическими факторами развития холецистита являются: 1. количественные и качественные отклонения в режиме питания; 2. моторно-секреторные нарушения в системе желчного пузыря и желчных путей; 3. инфекция; 4. курение

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

200. К основным патогенетическим звеньям развития ферментативного холецистита относятся: 1. панкреатопузырный рефлюкс; 2. стаз желчи; 3. изменение соотношения давления в панкреатическом и общем желчном протоке; 4. дуоденогастральный рефлюкс

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

201. Болевой синдром при холециститах вызывается: 1. спазмом мускулатуры желчного пузыря; 2. растяжением стенки желчного пузыря или протоков; 3. повышением давления в желчевыводящей системе; 4. инфекцией

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

202. К "пузырным" симптомам относятся: 1. симптом Поргеса; 2. симптом Мейо-Робсона; 3. симптом Ортнера; 4. симптом Образцова

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

203. Хронический холецистит может осложняться: 1. холангитом; 2. холелитиазом; 3. водянкой желчного пузыря; 4. перитонитом

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

204. К основным принципам лечения холецистита относятся: 1. диетотерапия; 2. фармакотерапия; 3. физиотерапия; 4. санаторно-курортное лечение

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

205. В лечении холецистита используют следующие препараты: 1. но-шпа; 2. эуфиллин; 3. ганглерон; 4. промедол

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

206. К холеретикам относится: 1. холензим; 2. аллохол; 3. оксафенамид; 4. олиметин

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

207. К холекинетикам относится: 1. холагол; 2. ровахол; 3. сорбит; 4. аллохол

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

208. Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют

- 1) левомицетин
- 2)+ фуразолидон
- 3) канамицин
- 4) невигамон
- 5) энтеросептол

209. В качестве противовоспалительной терапии при холециститах чаще используют

- 1)+ антибиотики широкого спектра действия
- 2) препараты фурадоинового ряда
- 3) препараты налidikсовой кислоты
- 4) сульфаниламидные препараты
- 5) аминогликозиды

210. Действие, которое оказывают физиотерапевтические процедуры при холециститах: 1. тепловое; 2. спазмолитическое; 3. седативное; 4. усиление желчеобразования и желчеотделения

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

211. Основными этиологическими факторами желчнокаменной болезни являются: 1. моторно-секреторные нарушения; 2. нарушение процессов метаболизма в организме; 3. количественные и качественные отклонения в режиме питания; 4. наследственная предрасположенность

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

212. Основными патогенетическими звеньями образования камней в желчевыводящей системе являются: 1. нарушение метаболизма холестерина и билирубина; 2. изменение pH желчи; 3. холестаз; 4. продукция печеночной клеткой литогенной желчи

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

213. Желчные камни чаще всего состоят из

- 1) солей желчных кислот
- 2)+ холестерина
- 3) оксалатов
- 4) мочевой кислоты
- 5) цистина

214. При желчнокаменной болезни имеет место

- 1)+ снижение соотношения желчных кислот и холестерина
- 2) снижение уровня билирубина желчи
- 3) повышение уровня желчных кислот
- 4) повышение уровня лецитина
- 5) снижение уровня белков желчи

215. При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести: 1. дуоденальное зондирование; 2. внутривенную холеграфию; 3. обзорную рентгенографию органов брюшной полости; 4. ультразвуковое исследование

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

216. Приступ желчной колики сопровождается: 1. острой болью; 2. рвотой; 3. лихорадкой; 4. диареей

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

217. Локализация вентильного камня в пузырном протоке сопровождается: 1. кратковременными болями; 2. переполнением и растяжением желчного пузыря; 3. повторяющейся кратковременной желтухой; 4. постоянной тошнотой

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

218. Растворение камней в желчном пузыре вызывают: 1. хенофальк; 2. холестирамин; 3. урсофальк; 4. олиметин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

219. При лечении желчнокаменной болезни при меняют

- 1) холевую кислоту
- 2)+ хенодезоксихолевую кислоту
- 3) литохолевую кислоту
- 4) граурохолевую кислоту
- 5) дегидрохолевую кислоту

220. Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью

- 1)+ растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре
- 2) снижения уровня холестерина в сыворотке крови
- 3) улучшения утилизации жиров в кишечнике
- 4) улучшения утилизации углеводов в кишечнике
- 5) повышения тонуса желчного пузыря

221. Показаниями к литотрипсии являются: 1. одиночные камни; 2. камни диаметром менее 2 см; 3. холестериновые камни; 4. желтуха

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

222. К причинам постхолецистэктомического синдрома относятся: 1. ошибки предоперационной диагностики; 2. технические дефекты операции; 3. наличие осложнений; 4. сопутствующие заболевания

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

223. Для диагностики постхолецистэктомического синдрома наиболее предпочтительно

- 1) рентгенологический метод исследования
- 2)+ эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
- 3) эхография
- 4) фракционное дуоденальное зондирование
- 5) радиорентгенохромодиагностика

224. В лечении постхолецистэктомического синдрома применяются: 1. но-шпа; 2. левомецетин; 3. тазепам; 4. холагол

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

225. Лечение постхолецистэктомического синдрома направлено на: 1. устранение дискинезии; 2. усиление желчеотделения; 3. подавление инфекции; 4. ликвидацию холестаза

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

226. Наиболее информативным методом диагностики патологии поджелудочной железы является: 1. рентгенологический; 2. ультразвуковой; 3. биохимический; 4. компьютерная томография

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

227. Секрцию панкреатического сока наиболее активно стимулируют: 1. соматостатин; 2. секретин; 3. гастрин; 4. холецистокинин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

228. Среди клинических форм хронического панкреатита выделяют: 1. болевую форму; 2. хроническую рецидивирующую форму; 3. безболевую форму; 4. псевдо опухолевую (гиперпластическую) форму

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

229. Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является

- 1) развитие сахарного диабета
- 2)+ снижение функции внешней секреции (гипоферментемия)
- 3) желтуха
- 4) повышение активности аминотрансфераз
- 5) гепатомегалия

230. Больному хроническим панкреатитом с латентным течением показано

- 1) общий полноценный рацион
- 2) диета с преобладанием жиров
- 3) диета с преобладанием углеводов
- 4)+ умеренная углеводно-белковая диета
- 5) диета с повышенным содержанием железа

231. Для лечения хронического панкреатита в фазе ремиссии применяются

- 1) кортикостероиды
- 2) контрикал (трасилол)
- 3) ферментные препараты
- 4)+ диета
- 5) спазмолитики

232. При обострении хронического панкреатита для купирования болевого синдрома в комплексную терапию целесообразно включить: 1. баралгин; 2. контрикал (трасилол) либо гордокс; 3. жидкие антациды; 4. блокаторы H₂-рецепторов гистамина

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

233. При хроническом панкреатите в фазе выраженного обострения с синдромом "уклонения ферментов" принципы медикаментозной терапии включают назначение: 1. М-холиноблокатора гастропина; 2. альмагеля в больших количествах; 3. антиферментного препарата трасилола или контрикала; 4. ферментных препаратов

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 4
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

234. Локализация болей при панкреатите: 1. чаще локализуется в левом подреберье; 2. чаще локализуется в верхней половине живота; 3. носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине; 4. чаще локализуется в правом подреберье

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

235. Наиболее частыми последствиями хронического панкреатита являются

- 1)+ экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- 2) перитонит
- 3) псевдокисты
- 4) асцит
- 5) опухоль поджелудочной железы

236. Диета у больных с обострением панкреатита в первые 2 дня

- 1) белковая
- 2) углеводная
- 3) жировая
- 4)+ голод
- 5) белково-углеводная

237. Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стали беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность. В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых оболочек, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин - 96 г/л, лейкоциты - $9,5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 60 мм/час, билирубин - 34,2 мкмоль/л (прямой - 5,2). Активность амилазы крови и мочи, а также уровень сахара в пределах нормы. Для установления правильного диагноза следует использовать: 1. дуоденальной зондирование; 2. ультразвуковое исследование; 3. холецистографию; 4. рентгенологическое исследование

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

238. Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стали беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность. В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых оболочек, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин - 96 г/л, лейкоциты - $9,5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 60 мм/час, билирубин - 34,2 мкмоль/л (прямой - 5,2). Активность амилазы крови и мочи, а также уровень сахара в пределах нормы. Прежде всего можно заподозрить: 1. рак поджелудочной железы; 2. псевдоопухолевую форму хронического панкреатита; 3. рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска); 4. сопутствующий хронический калькулезный холецистит

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

239. Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стали беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность. В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых оболочек, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин - 96 г/л, лейкоциты - $9,5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 60 мм/час, билирубин - 34,2 мкмоль/л (прямой - 5,2). Активность амилазы крови и мочи, а также уровень сахара в пределах нормы. Диагноз позволит подтвердить: 1. рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки; 2. ультразвуковое исследование; 3. гастродуоденоскопия с прицельной биопсией; 4. анализ анамнестических данных

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

240. Причинами развития хронического энтероколита являются: 1. оперативные вмешательства на органах брюшной полости; 2. предшествующие хронические болезни других органов пищеварения; 3. ранее перенесенные острые кишечные инфекции; 4. алиментарные нарушения и злоупотребление алкогольными напитками

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

241. Для хронического энтероколита в фазе обострения характерно: 1. поносы; 2. нарушение электролитного состава крови; 3. снижение веса; 4. асцит

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

242. При копрологическом исследовании у больных хроническим энтероколитом встречается: 1. креаторея; 2. жирные кислоты; 3. внутриклеточный крахмал; 4. внеклеточный крахмал

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3а
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

243. К возможным осложнениям хронического энтероколита относятся: 1. анемия гипохромного характера; 2. анемия гиперхромного характера; 3. дисбактериоз; 4. остеопороз

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

244. Характерными симптомами хронического энтероколита при длительном течении являются: 1. поносы; 2. боли в костях; 3. дефицит веса и общая слабость; 4. анемия

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

245. Больному хроническим энтероколитом в остром периоде, осложненным дисбактериозом кишечника, в первые дни показано следующее лечение: 1. диета; 2. антибактериальные препараты целенаправленного действия; 3. внутривенное введение солевых и дезинтоксикационных растворов; 4. биологические препараты

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

246. Больному хроническим энтероколитом в фазе ремиссии при наличии дисбактериоза кишечника показано лечение: 1. биологическими препаратами; 2. антиферментными препаратами; 3. препаратами ферментного действия; 4. спазмолитиками

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

247. Нормализации деятельности кишечника при поносах способствуют следующие пищевые продукты: 1. картофель; 2. плоды черемухи; 3. грецкие орехи; 4. черника

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

248. Эффективными препаратами ферментного действия являются: 1. холензим; 2. панкреатин; 3. мезим форте; 4. фестал

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 2, 3 и 4

249. При копрологическом исследовании при синдроме раздраженной толстой кишки выявляют

- 1) мыльную стеаторею
- 2) йодофильную флору
- 3)+ отсутствие элементов воспаления
- 4) большое количество лейкоцитов
- 5) мышечные волокна без исчерченности

250. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки следует включить

- 1) семя льна
- 2)+ пшеничные отруби
- 3) сок капусты
- 4) чернику
- 5) морковь

251. Обострение неспецифического язвенного колита может быть связано с: 1. прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином; 2. беременностью; 3. нарушением диеты; 4. интеркуррентной инфекцией

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

252. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются: 1. кишечные кровотечения; 2. боли в животе; 3. поносы; 4. периаанальные абсцессы

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

253. Внешнекишечными проявлениями неспецифического язвенного колита являются: 1. артрит; 2. поражение кожи; 3. поражение печени; 4. тромбозы

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

254. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки

- 1) увеличение диаметра кишки
- 2) множественные гаустрации
- 3) картина "булыжной мостовой"
- 4) мешковидные выпячивания по контуру кишки
- 5)+ изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки

255. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите являются: 1. гиперемия и отек слизистой оболочки; 2. контактная кровоточивость; 3. сужение просвета кишки и ее ригидность; 4. поверхностные дефекты слизистой оболочки

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

256. В диагностике неспецифического язвенного колита ведущее значение имеет: 1. колоноскопия; 2. анализ кала на скрытую кровь; 3. ирригоскопия; 4. физикальное обследование

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

257. В профилактике рецидивов неспецифического язвенного колита достоверное значение имеет

- 1) щадящая диета
- 2)+ прием сульфасалазина в дозе 1-2 г в сутки
- 3) ограничение физической нагрузки
- 4) прием седативных средств
- 5) прием ферментных препаратов

258. При обострении неспецифического язвенного колита рекомендуется

- 1)+ диета с исключением молока
- 2) безбелковая диета
- 3) протертая пища
- 4) диета с исключением моносахаридов
- 5) диета с пониженным количеством жира

259. При неспецифическом язвенном колите средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является

- 1)+ кортикостероиды
- 2) фталазол
- 3) левомицетин
- 4) сульфасалазин
- 5) ампициллин

260. Стероидные гормоны при неспецифическом язвенном колите применяются: 1. для лечения прогрессирующих форм заболевания; 2. для ускорения клинической ремиссии; 3. при угрожающих жизни состояниях; 4. при тяжелых формах с целью подготовки больного к операции

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

261. Больной неспецифическим язвенным колитом получает бификол. В связи с повышением температуры больному назначают тетрациклин. Под влиянием антибиотика биологическая активность бификола

- 1) повысится
- 2)+ снизится
- 3) не изменится
- 4) действие препаратов взаимно усилится
- 5) действие препаратов взаимно ослабится

262. Показаниями к оперативному лечению при неспецифическом язвенном колите является: 1. перфорация кишки; 2. неэффективность консервативного лечения; 3. рак на фоне заболевания; 4. тотальное поражение толстой кишки

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

263. В развитии дисбактериоза кишечника имеет значение: 1. недостаточность продукции соляной кислоты; 2. истощение экскреторной функции поджелудочной железы; 3. изменения рН кишечного сока; 4. длительное применение антибиотиков, дефицит белка и витаминов группы В

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

264. При протейном дисбактериозе рационально назначать: 1. производных нитрофурана; 2. протейного бактериофага; 3. эубиотиков; 4. ампициллина

- 1)+ если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

265. Для нормализации состава кишечной флоры при дисбактериозе используются: 1. эубиотики; 2. производные нитрофурана; 3. антибиотики широкого спектра; 4. бактериофаги

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5)+ если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

266. При кандидамикозе (кандидозе) следует назначить: 1. неовигамон; 2. левомецетин; 3. ламизил; 4. леворин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+ если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

267. Препараты нитрофурановой группы оказывают преимущественное действие на следующие микробы: 1. стафилококки; 2. протей; 3. синегнойную палочку; 3. эшерихии (патологические штаммы); 4. стрептококки

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+ если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

268. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы: 1. протей; 2. клебсиеллу; 3. эшерихии (патологические штаммы); 4. стрептококки

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+ если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

269. дисбактериозе, вызванном клебсиеллой, следует назначить: 1. вибрамицин; 2. клиндамицин; 3. тетрациклин; 4. амикацин

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4)+** если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

270. При дисбактериозе, вызванном синегнойной палочкой, лучше назначить: 1. ципрофлоксацин; 2. амикацин; 3. эритромицин; 4. цефепим

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3)+** если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

271. При стафилококковом дисбактериозе наиболее рационально назначить антибиотики из группы: 1. макролидов; 2. тетрациклинов; 3. цефалоспоринов; 4. аминогликозидов

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+** если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

272. Нарушению нормального состава микрофлоры кишечника способствуют: 1. сульфаниламидов; 2. эубиотиков; 3. антибиотиков; 4. биологических препаратов

- 1) если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2)+** если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

273. Язвенная болезнь желудка чаще возникает в возрасте

- 1) 10-20 лет
- 2) 20-30 лет
- 3) до 10 лет
- 4) после 40 лет
- 5)+** в любом возрасте

274. Асцит при циррозе печени является следствием: 1. вторичного гиперальдостеронизма; 2. гипоальбуминемии; 3. портальной гипертензии; 4. сердечной недостаточности

- 1)+** если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

275. Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при

- 1) язвенной болезни
- 2)+** холелитиазе
- 3) постгастрорезекционном синдроме
- 4) хроническом колите
- 5) лямблиозе

276. Выбрать правильное положение о секретине

- 1) ингибирует сокращение желчного пузыря
- 2) усиливает сокращение желчного пузыря
- 3) синтезируется главным образом в антральном отделе желудка
- 4) основным действием является стимуляция секреции панкреатических ферментов
- 5)+ основным действием является стимуляция секреции бикарбонатов

277. Выбрать правильное положение о холецистокиnine

- 1) ингибирует сокращение желчного пузыря
- 2)+ усиливает сокращение желчного пузыря
- 3) синтезируется главным образом в антральном отделе желудка
- 4) основным действием является стимуляция секреции панкреатических ферментов
- 5) основным действием является стимуляция секреции бикарбонатов

278. Секреция соляной кислоты и пепсина в желудке обеспечивается в основном

- 1)+ фундальными железами
- 2) кардиальными железами
- 3) пилорическими железами
- 4) хеликобактером
- 5) париетальными клетками

279. Среднее время нахождения пищи в желудке

- 1) от 3 до 8-10 часов
- 2)+ 1-3 часа
- 3) 3-5 часов
- 4) 6-8 часов
- 5) 10-12 часов

280. Длина тонкой кишки у взрослого человека

- 1)+ 4-6 м
- 2) 6-8 м
- 3) 2-4 м
- 4) 1-3 м
- 5) 3,5 м

281. Общий желчный проток и проток поджелудочной железы открывается в

- 1)+ нисходящей части двенадцатиперстной кишки, в области большого сосочка
- 2) горизонтальных отделах двенадцатиперстной кишки
- 3) просвет тощей кишки
- 4) антральном отделе желудка
- 5) просвет поперечно-ободочной кишке

282. Общий желчный проток образуется при слиянии

- 1)+ пузырного протока и общего печеночного протока
- 2) правого и левого печеночных протоков
- 3) протока поджелудочной железы и пузырного протока
- 4) протока поджелудочной железы и левого печеночного протока
- 5) протока поджелудочной железы и общего печеночного протока

283. Центральная вена печеночной долики относится к

- 1)+ системе нижней полой вены
- 2) портальной системе
- 3) системе верхней полой вены
- 4) системе селезеночной вены
- 5) системе вен малого таза

284. Общая длина толстой кишки

- 1)+ 1,5-2 м
- 2) 0,5-1,5 м
- 3) 2-3 м
- 4) 3-5 м
- 5) 6 м

285. Назовите вирус, который практически не вызывает хронического гепатита

- 1)+ вирус типа А
- 2) вирус типа В
- 3) вирус типа С
- 4) вирус типа D
- 5) вирус типа G

286. Решающим в постановке диагноза хронического гепатита является

- 1) данные анамнеза о перенесенном вирусном гепатите
- 2)+ данные гистологического исследования печени
- 3) выявление в сыворотке крови австралийского антигена
- 4) периодический субфебрилитет, иктеричность склер, боли в правом подреберье
- 5) гипербилирубинемия

287. Основным лекарственным препаратом в лечении хронического активного гепатита вирусной этиологии

- 1) сирепар
- 2)+ интерферон
- 3) преднизолон
- 4) делагил
- 5) энтеродез

288. Антимитохондриальные антитела характерны для

- 1) цирроза вирусной этиологии
- 2) алкогольного цирроза
- 3)+ первичного билиарного цирроза
- 4) цирроза, обусловленного болезнью Вильсона-Коновалова
- 5) цирроза печени при саркоидозе

289. Непрямая (неконъюгированная) гипербилирубинемия характерна для желтухи

- 1)+ гемолитической
- 2) гепатоцеллюлярной (паренхиматозной)
- 3) механической (обтурационной)
- 4) только при вирусном гепатите С
- 5) при серповидноклеточной анемии

290. При следующем заболевании желтуха обусловлена генетическими нарушениями конъюгации непрямого билирубина

- 1) врожденный микросфероцитоз
- 2) талассемия
- 3) гемоглобинопатия
- 4)+** синдром Жильбера
- 5) синдром Ротора

291. Признак, отличающий болезнь Крона от язвенного колита

- 1) понос
- 2) боли в животе
- 3) кровь в кале
- 4)+** образование наружных и внутренних свищей
- 5) лихорадка

292. В возникновении язвенной болезни участвует

- 1) кишечная палочка
- 2)+** *helicobacter pylori*
- 3) вирусы
- 4) риккетсии
- 5) хламидии

293. Самый надежный диагностический метод исследования при язвенной болезни

- 1) рентгенологический
- 2) анализ кала на скрытую кровь
- 3) исследование желудочной секреции
- 4) физикальные (пальпация, перкуссия)
- 5)+** эндоскопический

294. В диф. диагностике между язвенной болезнью и раком желудка самым важным является

- 1) рентгенологическое исследование
- 2) исследование желудочной секреции с гистамином
- 3) исследование кала на скрытую кровь
- 4)+** эндоскопическое исследование с биопсией
- 5) УЗИ органов брюшной полости

295. В толстой кишке всасываются

- 1) белки
- 2) жиры
- 3)+** вода
- 4) углеводы
- 5) ненасыщенные жирные кислоты

296. У лиц с врожденной недостаточностью лактозы отмечается плохая переносимость

- 1)+** молока
- 2) яиц
- 3) сахарозы
- 4) глюкозы
- 5) галактозы

297. На функцию желчевыводящих путей влияет

- 1) секретин
- 2)+ холецистокинин
- 3) нтерогастрон
- 4) гастрин
- 5) соляная кислота

298. Механическая желтуха развивается при обтурации

- 1) общего печеночного протока
- 2) пузырного протока
- 3)+ общего желчного протока
- 4) левого печеночного протока
- 5) правого печеночного протока

299. Главные клетки желудка в основном располагаются в

- 1) кардиальном отделе желудка
- 2)+ теле
- 3) антральном отделе
- 4) пилорическом отделе
- 5) дне желудка

300. Клетки, вырабатывающие гастрин, располагаются в

- 1) кардиальном отделе желудка
- 2) теле
- 3)+ антральном отделе
- 4) пилорическом отделе
- 5) дне желудка

301. Диета у больных с обострением панкреатита в первые 2 дня

- 1) белковая
- 2) углеводная
- 3) жировая
- 4)+ голод
- 5) белково-углеводная

302. При каком заболевании атропин противопоказан

- 1) бронхиальная астма
- 2) гипертоническая болезнь
- 3)+ глаукома
- 4) АВ-блокада II степени
- 5) перемежающаяся хромота

303. Назвать нормальный уровень амилазы крови

- 1) 9-10 мг/ч.л
- 2)+ 12-32 мг/ч.л
- 3) 43-52 мг/ч.л
- 4) 64-70 мг/ч.л
- 5) 80-90 мг/ч.л

304. Нормальный уровень амилазы мочи

- 1) 140-180 мг/г.мл
- 2)+ 40,0-120 мг/г.мл
- 3) 200-400 мг/г.мл
- 4) 500-640 мг/г.мл
- 5) 1000 мг/г.мл

generated at geetest.ru

Table of Contents

Тема 1. методы обследования терапевтических больных.	2
Тема 2. функциональные методы исследования в терапии.	8
Тема 3. болезни органов дыхания.	18
Тема 4. болезни сердечно-сосудистой системы.	39
Тема 5. гастроэнтерология.	76