

Green Test



Тест по Терапии
(для интернов)
ТУВ-1

Тест по Терапии (для интернов) ТУВ-1

Тест для сдачи государственного экзамена слушателей интернатуры.

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

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

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

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

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

- 1) Наличие антител к тиреоглобулину
- 2) Наличие антител к тиропероксидазе
- 3) Нормальное СОЭ
- 4)+ Ускоренное СОЭ при умеренном лейкоцитозе
- 5) Высокий лейкоцитоз

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

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

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

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

6. В исходе аутоиммунного тиреоидита развивается:

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

7. Для диагностики аутоиммунного тиреоидита необходимо:

- 1) Определить титр антител к компонентам ткани щитовидной железы
- 2) Выполнить УЗИ щитовидной железы
- 3) Выявить клинические проявления гипотиреоза
- 4) Подтвердить гипотиреоз данными лабораторного определения плазменных уровней гормонов щитовидной железы и ТТГ
- 5)+ Выполнить все вышеперечисленное

8. Наиболее оптимальной лечебной тактикой при подостром тиреоидите является:

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

9. Для субклинического гипотиреоза характерно:

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

10. Для диффузного токсического зоба характерно:

- 1) Повышение титра антител к тиреоглобулину
- 2) Повышение титра антител к тиропероксидазе
- 3)+ Повышение титра антител к рецепторам ТТГ
- 4) Повышение титра антител к глютаматдекарбоксилазе
- 5) Нормальные титры антител к компонентам ткани щитовидной железы

11. Симптом Мебиуса проявляется

- 1) Отставанием верхнего века от радужки при взгляде вверх
- 2) Отставанием верхнего века от радужки при взгляде вниз
- 3) Отсутствием наморщивания лба при взгляде вверх
- 4)+ Потерей способности фиксировать взгляд на близком расстоянии
- 5) Гиперпигментацией вокруг глаз

12. Эндокринная офтальмопатия является:

- 1)+ Самостоятельным аутоиммунным заболеванием
- 2) Осложнением аутоиммунного тиреоидита
- 3) Осложнением тиреоидита Риделя
- 4) Осложнением тиреоидита де Кервена
- 5) Осложнением диффузного токсического зоба

13. Для претибиальной микседемы характерно то, что она:

- 1) Является проявлением гипотиреоза
- 2) Является проявлением тиреотоксикоза
- 3)+ Является аутоиммунным заболеванием
- 4) Является следствием травматических повреждений
- 5) Развивается после 45 лет

14. Первичный гипотиреоз обусловлен:

- 1)+ Патологией щитовидной железой со снижением синтеза тиреоидных гормонов
- 2) Снижением секреции ТТГ
- 3) Снижением секреции тиролиберина
- 4) Секрцией биологически неактивного ТЗ
- 5) Секрцией биологически неактивного Т4

15. Вторичный гипотиреоз обусловлен:

- 1) Торможением синтеза тиреоидных гормонов из-за недостатка йода в организме
- 2)+ Снижением секреции ТТГ
- 3) Снижением секреции тиролиберина

16. Для лечения гипотиреоза наиболее целесообразно использовать:

- 1) Тиреоидин
- 2) Тиреотом
- 3) Тирекомб
- 4) Трийодтиронин
- 5)+ Эутирокс

17. В лечении эндемического зоба предпочтительнее использовать:

- 1) Препараты йода
- 2) Тиреоидные гормоны
- 3) Глюкокортикоиды
- 4)+ Комбинацию препаратов йода и тиреоидных гормонов
- 5) Радиоактивный йод

18. Особенностью функциональной автономии щитовидной железы, является:

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

19. Унифокальная функциональная автономия щитовидной железы представляет собой:

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

20. Норма ежедневного потребления йода для взрослых составляет:

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

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

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

22. Для клинической картины эндемического зоба характерно:

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

23. Для клинической картины аутоиммунного тиреоидита характерно:

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

24. Для сканограммы при аутоиммунном тиреоидите характерно:

- 1) Наличие "горячего" узла
- 2) Наличие "холодного" узла
- 3)+ Неравномерное поглощение радиофармпрепарата /РФП/
- 4) Отсутствие поглощения РФП
- 5) Ничего из перечисленного

25. Показанием к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита является:

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

26. Синонимом фиброзного тиреоидита является:

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

27. По данным пальпации щитовидная железа при фиброзном тиреоидите:

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

28. Лечение фиброзного тиреоидита:

- 1) Медикаментозное
- 2) Физиотерапевтическое
- 3) Рентгенотерапевтическое
- 4)+ Хирургическое**
- 5) Лазеротерапия

29. Для диагностики аутоиммунного тиреоидита функциональные пробы:

- 1) Необходимы
- 2)+ Не имеют существенного значения**

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

- 1) 2-3 месяцев
- 2) 4-6 месяцев
- 3) 7-11 месяцев
- 4)+ 12-18 месяцев**
- 5) 19-24 месяцев

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

- 1) Отсутствие эффекта от длительной консервативной терапии
- 2) Небольшие размеры зоба у лиц старше 40 лет
- 3)+ Рецидив тиреотоксикоза у лиц молодого возраста**
- 4) Наличие сердечно-сосудистой недостаточности, как осложнения тиреотоксикоза, и являющейся противопоказанием к хирургическому лечению
- 5) Рецидив тиреотоксикоза после хирургического вмешательства

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

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

33. Гипергонадотропный гипогонадизм выявляется при:

- 1) Синдроме Каллмана
- 2) Синдроме Тернера
- 3) Синдроме Штейн-Левенталя
- 4) Синдроме Клайнфельтера
- 5)+ При всем перечисленном**

34. Для гипогонадотропного гипогонадизма характерно все перечисленное, кроме:

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

35. Причиной развития сахарного диабета 1 типа является:

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

36. В патогенезе сахарного диабета 1 типа играет роль:

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

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

- 1) Отсутствует
- 2)+ Имеется

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

- 1)+ Не доказана
- 2) Доказана

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

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

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

- 1) >5, 5 ммоль/л
- 2) >6, 0 ммоль/л
- 3)+ >5, 5 ммоль/л, но < 6,1 ммоль/л
- 4) >5, 5 ммоль/л, но < 7,0 ммоль/л
- 5) >5, 5 ммоль/л, но < 7,8 ммоль/л

41. Диагностическим лабораторным критерием нарушенной толерантности к глюкозе является:

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

42. В подавляющем большинстве случаев инсулинорезистентность обусловлена:

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

43. В каком случае следует ожидать гиперинсулинемию ?

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

44. Гипергликемия лежит в основе:

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

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

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

46. При сахарном диабете 2 типа склонность к развитию кетоацидоза:

- 1) Имеется
- 2)+ Отсутствует

47. Легкой степени тяжести сахарного диабета соответствует ситуация:

- 1) Адекватная компенсация углеводного обмена достигается инсулинотерапией, отсутствуют любые осложнения сахарного диабета
- 2) Адекватная компенсация углеводного обмена достигается сочетанием диеты с таблетированным сахаропонижающим препаратом, отсутствуют любые осложнения сахарного диабета
- 3)+ Адекватная компенсация углеводного обмена достигается одной диетой, отсутствуют любые осложнения сахарного диабета
- 4) Адекватная компенсация углеводного обмена достигается одной диетой, имеется диабетическая макроангиопатия
- 5) Адекватная компенсация углеводного обмена достигается сочетанием диеты с таблетированным сахаропонижающим препаратом, имеется автономная форма диабетической нейропатии

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

- 1) Менее 7,5 ммоль/л
- 2)+ 7,5-8 ммоль/л
- 3) 8,1-8,5 ммоль/л
- 4) 8,6-9 ммоль/л
- 5) Менее 9 ммоль/л

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

- 1) HbA1c >5,5%
- 2) HbA1c >6%
- 3) HbA1c >6,5%
- 4) HbA1c >7%
- 5)+ HbA1c >7,5%

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

- 1) HbA1c >5%
- 2) HbA1c >5,5%
- 3) HbA1c >6%
- 4)+** HbA1c >6,5%
- 5) При всех перечисленных значениях

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

- 1) Менее 20 мг
- 2) Менее 30 мг
- 3) 20-200 мг
- 4)+** 30-300 мг
- 5) Более 300 мг

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

57. Для лечения диабетической полинейропатии используют:

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

58. На чувствительность тканей к инсулину не оказывает влияние:

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

59. Основным механизмом действия препаратов сульфонилмочевины является:

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

60. К препаратам сульфонилмочевины 3 поколения относится:

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

61. К бигуанидам относится:

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

62. К ингибиторам альфа-глюкозидазы относится:

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

63. К инкретиномиметикам относится:

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

64. Является недопустимой комбинация препаратов:

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

65. В случае неэффективности диеты и физических нагрузок у больного с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа при гликемии натощак 6,0-8,0 ммоль/л и значениях ИМТ >25 кг/м² следует назначить:

- 1)+ Метформин
- 2) Препараты сульфонилмочевины 2 поколения
- 3) Препараты сульфонилмочевины 3 поколения
- 4) Акарбозу
- 5) Меглитиниды

66. Адренергические проявления гипогликемии:

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

67. Нейрогликопенические проявления:

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

68. Для патологического гиперкортицизма не является характерным:

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

69. Для подтверждения гиперкортицизма необходимо:

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

70. Большая проба с дексаметазоном проводится с целью:

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

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

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

72. Целесообразно назначить протонотерапию в случае:

- 1) При гипоталамическом синдроме
- 2) Нодулярной гиперплазии коры надпочечников
- 3) АКТГ-эктопированной опухоли
- 4) Доказанной болезни Иценко-Кушинга при визуализации аденомы гипофиза
- 5)+ Доказанной болезни Иценко-Кушинга при отсутствии аденомы гипофиза

73. Для активной стадии акромегалии не является характерным:

- 1) Увеличение черт лица, кистей и стоп
- 2) Отеки
- 3)+ Снижение АД
- 4) Боли в суставах
- 5) Потливость

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

- 1) Незначительно повышается
- 2)+ Значительно повышается
- 3) Не изменяется
- 4) Значительно понижается
- 5) Незначительно понижается

75. К причинам симптоматической гиперпролактинемии не относится:

- 1)+ Пролактинома
- 2) Первичный гипотиреоз
- 3) Поликистоз яичников
- 4) Почечная недостаточность
- 5) Длительный прием препаратов с антидофаминомиметической активностью

76. Основным методом лечения гиперпролактинемического гипогонадизма неопухолевого генеза является:

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

77. Для оценки эффективности лечения гиперпролактинемии дофаминомиметиками:

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

78. Для пролактиномы характерно:

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

79. При несахарном диабете осмолярность плазмы крови соответствует значениям:

- 1) 200-220 мосм/л
- 2) 221-240 мосм/л
- 3) 241-260 мосм/л
- 4) 261-290 мосм/л
- 5)+** Превышает 290 мосм/л

80. При несахарном диабете осмолярность мочи соответствует значениям:

- 1)+** Менее 300 мосм/л
- 2) 300-330 мосм/л
- 3) 331-360 мосм/л
- 4) 361-390 мосм/л
- 5) Более 390 мосм/л

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

- 1) Хлорпропамид
- 2) Препараты лития
- 3) Диметилхлортетрациклин
- 4)+** Минирин
- 5) Адиурекрин

82. Механизм длительного действия паратгормона обусловлен:

- 1) Увеличением активности остеокластов
- 2) Понижением реабсорбции фосфатов в почечных канальцах
- 3) Повышением синтеза активной формы витамина D
- 4)+** Всем перечисленным
- 5) Ничем из перечисленного

83. На наличие первичного гиперпаратиреоза могут указывать следующие состояния, кроме:

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

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

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

85. При первичном гиперпаратиреозе наиболее характерны ранние изменения костей:

- 1)+ Кистей
- 2) Таза
- 3) Черепа
- 4) Позвоночника
- 5) Грудины

86. Наиболее частой причиной хронической недостаточности коры надпочечников:

- 1) Кровоизлияние в гипофиз
- 2) Кровоизлияние в надпочечники
- 3) Аденолейкодистрофия
- 4) Инфекционное поражение надпочечников
- 5)+ Аутоиммунная деструкция коры надпочечников

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

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

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

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

89. Для глюкостеромы характерно все перечисленное, кроме:

- 1) Гипокалиемии
- 2) Диспластического ожирения
- 3) Язвенных поражений ЖКТ
- 4) Артериальной гипертензии
- 5)+ Гиперпигментации кожных покровов и слизистых

90. Для глюкостеромы характерно:

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

91. Для диагностики феохромоцитомы определяют:

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

92. В предоперационный период больным с феохромоцитомой назначают:

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

93. Для первичного гиперальдостеронизма характерно все, кроме:

- 1) Стойкой артериальной гипертензии
- 2) Мышечной слабости
- 3) Гипокалиемии
- 4) Нарушения функции почек
- 5)+** Выраженных отеков

94. К основным клиническим вариантам кетоацидотической комы не относится:

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

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

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

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

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

97. Для гиперосмолярной комы характерно:

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

98. Для купирования криза при феохромоцитоме используют:

- 1) Феноксibenзамин
- 2) Пропранолол
- 3)+** Реджитин
- 4) Клонидин
- 5) Каптоприл

99. Возможен ли переход острого гломерулонефрита в хронический гломерулонефрит:

- 1) Да
- 2)+** Нет

100. Частота острого гломерулонефрита составляет:

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

101. Морфологические изменения, характеризующие острый гломерулонефрит:

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

102. Препараты, используемые для лечения острого гломерулонефрита:

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

103. Ранняя смертность при остром гломерулонефрите составляет:

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

104. Что не характерно для IgA-нефропатии:

- 1)+ Анемия
- 2) Макрогематурия
- 3) Прогноз благоприятный
- 4)+ Нефротический синдром
- 5) Артериальная гипертензия

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

- 1) Антитела к антигенам базальной мембраны клубочка
- 2) Комплемент сыворотки
- 3) Циркулирующие иммунные комплексы
- 4) Зрелые Т-лимфоциты
- 5)+ Ранние лимфоидные предшественники – TdT+клетки

106. При хроническом гломерулонефрите показанием для назначения глюкокортикоидов является:

- 1) Артериальная гипертензия
- 2) Мочевой синдром
- 3)+ Нефротический синдром
- 4) Почечная недостаточность

107. Ингибиторы АПФ:

- 1) Снижают тонус афферентной артериолы
- 2) Повышают тонус афферентной артериолы
- 3)+ Снижают тонус эфферентной артериолы
- 4) Повышают тонус эфферентной артериолы

108. Пиелонефрит чаще встречается у:

- 1) Мужчин
- 2)+ Женщин

109. Диагностически значимой бактериурией является:

- 1) Более 103 микробных тел в 1 мл мочи
- 2) Более 104 микробных тел в 1 мл мочи
- 3)+ Более 105 микробных тел в 1 мл мочи
- 4) Более 106 микробных тел в 1 мл мочи

110. Факторами риска пиелонефрита не являются:

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

111. Почки больных хроническим пиелонефритом на стадии ХПН:

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

112. Для лечения хронического пиелонефрита не используются:

- 1)+ Глюкокортикоиды
- 2) Ингибиторы АПФ
- 3) Антибиотики
- 4)+ Цитостатики
- 5) Фитопрепараты

113. Массивная протеинурия - это потеря белка с мочой:

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

114. В основе нефротического синдрома лежат следующие морфологические изменения:

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

115. Осложнением нефротического синдрома не является:

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

116. Для лечения нефротического синдрома не используются:

- 1) Антикоагулянты
- 2) Глюкокортикоиды
- 3)+ Нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) Мочегонные средства
- 5) Ингибиторы АПФ

117. Основная причина закрепления АГ при заболеваниях почек:

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

118. Морфологическим эквивалентом закрепления АГ является:

- 1)+ Склероз интерстиция мозгового слоя почек
- 2) Кортикальный некроз
- 3) Мезангиальная пролиферация
- 4) “Облысение” ножек подоцитов

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

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

120. В понятие «диабетическая нефропатия» не входит:

- 1) Гломерулосклероз
- 2) Артерионефросклероз
- 3)+ Пиелонефрит
- 4) Хронический интерстициальный нефрит
- 5) Различные повреждения канальцев почки

121. В основе современной классификации диабетической нефропатии лежит:

- 1) Нефротический синдром
- 2) Протеинурия
- 3)+ Микроальбуминурия

122. Микроальбуминурия – экскреция белка с мочой в количестве:

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

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

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

124. Почки больных СД на стадии ХПН:

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

125. Причинами вторичного амилоидоза могут быть:

- 1)+ Туберкулез
- 2) Хронический тонзиллит
- 3) Язвенная болезнь
- 4)+ Ревматоидный артрит
- 5) Гепатит

126. Морфологические изменения при амилоидозе почек включают:

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

127. Лечение амилоидоза на стадии почечной недостаточности включает:

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

128. Частота тубуло-интерстициального нефрита составляет:

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

129. Под тубуло-интерстициальным нефритом понимают:

- 1) Инфекционное диффузное поражение интерстиция и канальцев почек
- 2)+ Неинфекционное диффузное поражение интерстиция и канальцев почек
- 3) Инфекционное и неинфекционное диффузное поражение интерстиция и канальцев почек

130. Переход острого тубулоинтерстициального нефрита в хронический тубулоинтерстициальный нефрит:

- 1) Возможен
- 2)+ Не возможен

131. Какое утверждение является верным:

- 1) 80% больных с острым тубулоинтерстициальным нефритом нуждаются в специальном лечении
- 2)+ 80% больных с острым тубулоинтерстициальным нефритом не нуждаются в специальном лечении

132. В остром периоде лекарственных нефропатий в гемодиализе нуждаются:

- 1) 20-25% больных
- 2)+ 30-35% больных
- 3) 40-45% больных
- 4) 50-55% больных

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

- 1) 1 года
- 2) 2 лет
- 3)+ 3 лет
- 4) 4 лет

134. Наиболее частая причина ренальной ОПН:

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

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

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

136. Для ренальной ОПН характерно:

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

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

- 1) Повышение уровня мочевины плазмы более 50 ммоль/л
- 2) Стабильное повышение уровня калиемии более 6,5 ммоль/л
- 3) ВЕ более 14-16 ммоль/л
- 4)+ Повышение уровня креатинина сыворотки крови до 0,6 ммоль/л**
- 5) Суточная экскреция натрия с мочой более 30 ммоль/л

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

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

139. ХПН IIБ стадии характеризуется:

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

140. Основными уремическими токсинами считают:

- 1) Мочевину
- 2) Мочевую кислоту
- 3)+ “Средние молекулы”**
- 4) Ионы магния
- 5)+ Паратгормон**

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

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

142. Консервативное лечение ХПН включает:

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

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

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

144. У пациентов, получающих хронический диализ, диурез:

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

145. Преимущества трансплантации почки:

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

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

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

147. Для гломерулонефрита в пожилом и старческом возрасте характерны:

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

148. Клинически паранеопластическая нефропатия характеризуется:

- 1) Нефротическим синдромом
- 2) Наличием опухолей
- 3) Снижением массы тела
- 4) Анемическим синдромом
- 5)+ Все вышеперечисленным

149. При старческом амилоидозе нефротический синдром обычно:

- 1) Наблюдается
- 2)+ Не наблюдается

150. В каком году была предложена пункционная биопсия почек?

- 1) 1931
- 2) 1941
- 3)+ 1951
- 4) 1961
- 5) 1971

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

- 1) F.Volhard
- 2)+** C.E.Mogensen
- 3) Th.Fahr
- 4) Priscilla S.Kincaid-Smith
- 5) P.Kimmelstiel

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

- 1) 1 месяца
- 2) 2 месяцев
- 3)+** 3 месяцев
- 4) 4 месяцев
- 5) 6 месяцев

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

- 1) 60-89 мл/мин
- 2)+** 30-59 мл/мин
- 3) 15-29 мл/мин
- 4) Менее 15 мл/мин

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

- 1) 60-89 мл/мин
- 2) 30-59 мл/мин
- 3)+** 15-29 мл/мин
- 4) менее 15 мл/мин

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

- 1) 60-89 мл/мин
- 2) 30-59 мл/мин
- 3) 15-29 мл/мин
- 4)+** менее 15 мл/мин

156. Составными частями нефрона являются:

- 1)+** Сосудистый клубочек
- 2)+** Капсула клубочка
- 3) Интерстициальная ткань
- 4)+** Почечные канальцы
- 5) Собирательные трубки

157. Какой метод является определяющим в диагностике вазоренальной гипертензии?

- 1) Радиоизотопная ренография
- 2) Ультразвуковое исследование почек
- 3)+** Ангиография

158. Что такое дыхание?

- 1)+** Физиологический процесс, обеспечивающий газообмен как одно из звеньев обмена веществ в организме
- 2) Газообмен между альвеолярным воздухом и кровью
- 3) Вдох и выдох
- 4) Вентиляция легких

159. Глюкокортикоидная активность какого препарата наиболее высокая?

- 1) Гидрокортизон
- 2) Преднизолон
- 3)+ Десаметазон
- 4) Кортизон

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

- 1) Альвеолы
- 2) Интерстициальная ткань, плевра
- 3) Легочные сосуды
- 4) Бронхи и бронхиолы
- 5)+ Все компоненты респираторной системы

161. Какие особенности плеврального выпота при системной красной волчанке?

- 1)+ Экссудат с высоким титром антинуклеарного фактора и низким уровнем комплемента
- 2) Транссудат
- 3) Гнойный экссудат
- 4) Преимущественно лимфоцитарный экссудат

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

- 1)+ Общая плетизмография + исследование диффузионной способности легких
- 2) Компьютерная спирография
- 3) Исследование иммунного статуса
- 4)+ Компьютерная томография легких с высоким разрешением
- 5) Бронхоскопия

163. Что такое синдром Каплана?

- 1) Смешанное заболевание соединительной ткани /синдром Шарпа/ + пневмокониотические узелки
- 2) Полимиозит + пневмокониотические узелки
- 3) Системная красная волчанка + пневмокониотические узелки
- 4) Системная склеродермия + пневмокониотические узелки
- 5)+ Ревматоидный артрит + пневмокониотические узелки

164. Основной принцип диагностики рака легкого?

- 1) Установление клинико-анатомической формы заболевания с указанием локализации первичной опухоли
- 2) Определение точных границ распространения опухолевого процесса, т.е. стадии заболевания по системе TNM
- 3) Морфологическая верификация опухоли с уточнением ее гистологической структуры и степени катаплазии / дифференцировки/
- 4) Определение функциональных возможностей жизненно важных органов и систем организма
- 5)+ Выполнение всех перечисленных принципов

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

Рентгенографию в двух проекциях, срединную томографию и в срезе новообразования, компьютерную томографию высокого

- 1)+ разрешения, цитологическое исследование мокроты /5-6 анализов/, бронхоскопию с катетербиопсией, чрескожную пункцию образования
- 2) Пневмоперитонеум, торакоскопию и медиастиноскопию
- 3) Флюорографию, бронхографию, торакотомию

166. Бронхиальное дерево начинает формироваться:

- 1)+ На 2-м месяце внутриутробной жизни
- 2) На 1-м месяце внутриутробной жизни
- 3) На 6-м месяце внутриутробной жизни

167. Какие методы лечения кистозной гипоплазии доли легкого?

- 1)+ Хирургическое
- 2) Консервативное
- 3) Не требуется

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

- 1) Очагового туберкулеза
- 2) Периферического рака легких
- 3)+ Центрального рака легких
- 4) Саркоидоза органов дыхания
- 5) Очаговой пневмонии

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

- 1) ХОБЛ
- 2) Очаговая пневмония
- 3) Бронхиальная астма
- 4)+ Саркоидоз легких I ст.
- 5) Диссеминированный туберкулез легких

170. Патологоанатомическая диагностика саркоидоза основывается на выявлении:

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

171. Относительная плотность транссудата:

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

172. Относительная плотность экссудата:

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

173. Содержание белка в экссудате:

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

174. Аускультативный признак сухого плеврита:

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

175. Для какого заболевания не характерен эозинофильный плеврит?

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

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

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

177. При лечении абсцедирующей пневмонии не используется:

- 1) Санационные бронхоскопии
- 2) Отхаркивающие средства
- 3) Ингаляции
- 4) Интрабронхиальное введение протеолитических ферментов
- 5)+ Лучевая терапия

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

- 1) Эндобронхиальное введение протеолитических ферментов
- 2)+ Дренирование плевральной полости
- 3) Муколитики
- 4) Лучевая терапия
- 5) Нестероидные противовоспалительные средства

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

- 1) Большой размер гнойной полости
- 2) Недостаточный бронхиальный дренаж
- 3) Наличие секвестра легочной ткани в полости абсцесса
- 4) Неадекватное лечение
- 5)+ Анаэробный характер флоры

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

- 1) Эритромицин
- 2) Доксциклин
- 3) Ципрофлоксацин
- 4)+ Ванкомицин
- 5) Бензилпенициллин

181. Осложнением острого абсцесса легкого может быть:

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

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

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

183. Основными клиническими симптомами эмфиземы легких являются

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

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

- 1) Пресистолического шума Флинта
- 2)+ Глухости сердечных тонов
- 3) Интенсивного систолического шума на верхушке
- 4) Ритма "перепела"
- 5) Ослабления II тона на аорте

185. Эмфизема легких – это:

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

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

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

187. Каков генез развития хронического легочного сердца?

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

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

- 1) Повторные тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
- 2) Геморрагический васкулит
- 3) Узелковый периартериит
- 4) Атеросклероз легочной артерии
- 5)+ Все перечисленные

189. Каковы важнейшие причины легочной гипертензии?

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

190. Кто является автором отечественной классификации легочного сердца?

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

191. Какие клинические симптомы не характерны для эмфиземы легких?

- 1) Одышка
- 2) Цианоз
- 3)+ Кровохарканье
- 4) Кашель
- 5) Снижение массы тела

192. Симптом Грехема-Стилла является признаком:

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

193. Каковы клинические признаки гипертрофии правого желудочка?

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

194. Какие симптомы обусловлены дыхательной недостаточностью?

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1)+ Нитроглицерин
- 2) Рибоксин
- 3) Панангин
- 4) Аспирин
- 5) Азатиоприн

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

- 1) Гемолитический стрептококк
- 2) Золотистый стафилококк
- 3)+ Пневмококк
- 4) Клебсиелла
- 5) Гемофильная палочка

200. Какой патоген чаще всего вызывает абсцедирование при пневмонии?

- 1) Хламидия
- 2) Гемофильная палочка
- 3) Пневмококк
- 4)+ Золотистый стафилококк
- 5) Моракселла

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

- 1) Артериальная гипертензия
- 2) Ишемическая болезнь сердца
- 3) Ревматоидный артрит
- 4)+ Гастроэзофагально-рефлюксная болезнь
- 5) Эмфизема легких

202. Какие признаки определяются при очаговой пневмонии?

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

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

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

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

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

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

- 1)+ Тяжелый сепсис
- 2)+ Бактериемия
- 3) Абсцесс легкого
- 4)+ Сепсис
- 5)+ Септический шок

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

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

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

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

208. Что является основанием к продолжению антибактериальной терапии?

- 1) Субфебрилитет
- 2) Наличие хрипов в легких при аускультации
- 3) Сохраняющиеся рентгенологические изменения в виде усиления легочного рисунка
- 4)+ Нарастающий лейкоцитоз
- 5)+ Прогрессирование инфильтрации в легочной ткани

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

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

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

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

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

- 1) Амоксициллин
- 2)+ Амоксициллин/клавуланат
- 3) Ампициллин
- 4) Оксациллин
- 5) Эритромицин

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

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

213. Основным клиническим проявлением при идиопатическом фиброзирующем альвеолите является:

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

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

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

215. Информативность открытой биопсии легких при идиопатическом фиброзирующем альвеолите достигает:

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

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

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

217. Синдром Леффрена включает в себя все вышеперечисленное, кроме:

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

218. Первое место по поражению саркоидозом занимает:

- 1)+ Лимфатическая система
- 2) Бронхопульмональная система
- 3) Пищеварительная система
- 4) Сердечно-сосудистая система
- 5) Костно-суставная система

219. В основе развития гистиоцитоза Х лежит :

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

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

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

221. Поражение почек при Синдроме Гудпасчера проявляется:

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

222. Для подтверждения диагноза амилоидоза легких основным методом является:

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

223. Какому определению соответствует термин «дыхательный объем»?

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

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

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

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

- 1) Дыхательный объем
- 2)+ Остаточный объем
- 3) Резервный объем вдоха
- 4) Резервный объем выдоха

226. Жизненная емкость легких примерно равна?

- 1) 1-2 л
- 2)+ 3-5 л
- 3) 7-9 л
- 4) 10-12 л

227. Какой формуле соответствует термин «индекс Тиффно»?

- 1) $\text{ОФВ1}/\text{ФЖЕЛ}$
- 2)+ $\text{ОФВ1}/\text{ЖЕЛ}$
- 3) $\text{МВЛ}/\text{ЖЕЛ}$
- 4)+ $\text{ДО} \cdot \text{ЧД}$

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

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

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

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

230. При астматическом статусе 2 следующее лечение, кроме:

- 1) Бронхолитики
- 2) Кортикостероиды
- 3)+ ИКС
- 4) Коррекция ацидоза
- 5) Введение жидкостей

231. Признаками недостаточности правых камер сердца являются:

- 1) Снижение артериального давления /АД/
- 2)+ Повышение центрального венозного давления /ЦВД/
- 3) Снижение ЦВД
- 4) Анемия
- 5) Полицитемия

232. Правильно проводимый непрямой массаж сердца:

- 1) Обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию
- 2)+ Должен проводиться в положении больного на твердой поверхности
- 3)+ Требуется освобождения дыхательных путей
- 4) Обеспечивает до 50% от нормального сердечного выброса
- 5)+ Может сопровождаться переломами одного и более ребер

233. К препаратам, применяющимся при асистолии относятся:

- 1) Новодрин
- 2) Норэпинефрин
- 3)+ Бикарбонат натрия
- 4)+ Атропин
- 5) Пропранолол

234. Причинами внезапной смерти являются:

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

235. При фибрилляции желудочков наиболее эффективна:

- 1) Механическая дефибрилляция
- 2)+ Электрическая дефибрилляция
- 3) Пропранолол
- 4) Новокаиномид
- 5) Лидокаин

236. Механическая дефибрилляция предусматривает:

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

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

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

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

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

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

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

240. При АВ-блокаде II степени оптимальным является следующий режим кардиостимуляции:

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

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

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

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

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

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

- 1) Не применяются
- 2)+ Применяются в сочетании с симпатомиметиками
- 3) Применяются в сочетании с сердечными гликозидами
- 4) Применяются в сочетании с глюконатом кальция
- 5) Применяются в сочетании с пропранололом

244. Оптимальная скорость введения ганглиоблокаторов при отеке легких определяется:

- 1)+ По клиническим признакам
- 2) По ЭКГ-признакам
- 3)+ По величине ЦВД
- 4) Задаётся аппаратом "инфузомат"
- 5)+ По показателям АД

245. При истинном кардиогенном шоке наблюдается снижение диуреза до:

- 1) 100 мл/час
- 2) 50 мл/час
- 3) 40 мл/час
- 4)+ 20 мл/час
- 5) 5 мл/час

246. Нормосистолическая форма мерцательной аритмии при ИМ требует назначения:

- 1) Электрической дефибрилляции
- 2) Новокаиномиды
- 3) Пропранолола
- 4)+ Тактика определяется выраженностью и динамикой недостаточности кровообращения
- 5) Сердечных гликозидов

247. При пароксизмальной тахикардии у больного ИМ с выраженной недостаточностью кровообращения применяются:

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

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

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

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

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

250. Острая почечная недостаточность является частым осложнением при состояниях:

- 1)+ Отравления солями тяжелых металлов
- 2) Острого апостематозного пиелонефрита
- 3)+ Ожоговой болезни
- 4)+ Синдрома длительного раздавливания
- 5)+ Острой гемолитической анемии

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

- 1)+ Допамин
- 2) Мезатон
- 3) Норэпинефрин
- 4) Преднизолон

252. Что характерно для кровотечения при язвенной болезни?

- 1) Усиление боли в эпигастриальной области после кровотечения
- 2)+ Прекращение боли после кровотечения
- 3) Появлению кровотечения предшествует возникновение болей в эпигастриальной области
- 4) Непосредственно перед кровотечением боли в животе стихают
- 5) Появляется иррадиация в левую подреберную область или в спину

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

- 1)+ Снижение АД и центрального венозного давления
- 2) Снижение скорости кровотока
- 3)+ Дефицит ОЦК
- 4)+ Гипоксия миокарда
- 5)+ Гипоксия головного мозга

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

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

255. Укажите основные признаки кровотечения легочного происхождения :

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

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

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

257. Частота встречаемости варикозного расширения вен пищевода у больных циррозом печени:

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

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

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

259. Типичными осложнениями крупозной пневмонии являются:

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

260. С каким заболеванием следует дифференцировать приступ бронхиальной астмы?

- 1)+ Острая левожелудочковая недостаточность
- 2) Печеночная колика
- 3) Острая пневмония
- 4) Фиброзирующий альвеолит
- 5) Прободная язва желудка

261. Какие препараты применяются для купирования приступов бронхиальной астмы?

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

262. Симптом "немного легкого" является проявлением:

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

263. Какие препараты используются для купирования астматического статуса?

- 1) Беротек
- 2)+ Преднизолон
- 3)+ Эуфиллин
- 4) Бекотид
- 5)+ Изотонический раствор NaCl
- 6) Интал

264. Какие препараты противопоказаны при астматическом статусе?

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

265. Какие исследования противопоказаны при легочном кровотечении?

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

266. Признаками развития "status asthmaticus" являются:

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

267. Что является показанием для интубации и проведения искусственной вентиляции легких при астматическом статусе?

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

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

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

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

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

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

- 1)+ Тромбоцитопения
- 2)+ Количество фибриногена снижено
- 3) Количество протромбина повышено
- 4)+ Время свертывания крови увеличено
- 5) Время свертывания крови нормальное
- 6) Количество протромбина нормальное

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

- 1)+ Введение реополиглюкина
- 2)+ Инфузии свежзамороженной плазмы
- 3) Применение гепарина
- 4) Трансфузии консервированной цельной крови
- 5)+ Переливание тромбоконцентрата
- 6) Применение эpsilon-аминокапроновой кислоты

272. При сохранении в течение суток температуры $> 38^{\circ}\text{C}$ у больных острым лейкозом с постцитостатическим агранулоцитозом необходимо:

- 1) Назначить антибиотики при наличии клинических признаков инфекции
- 2)+ Начать в/в введение антибиотиков
- 3) Назначить антибиотики при выявлении патогенной флоры
- 4) Начать пероральный прием антибиотиков
- 5) Перелить лейкоконцентрат

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

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

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

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

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

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

276. При гипер кетонемической /кетоацидотической/ коме наблюдается:

- 1)+ Снижение содержания калия в сердечной мышце
- 2)+ Нормо- или гиперкалиемия, сменяющаяся гипокалиемией после назначения инсулинотерапии
- 3) Гипокалиемия, сменяющаяся нормокалиемией после назначения инсулинотерапии
- 4) Признаки гиперкалиемии на ЭКГ
- 5)+ Признаки гипокалиемии на ЭКГ

277. При лечении диабетических ком используются следующие инсулины:

- 1) НПХ
- 2) Смесь НПХ и простого инсулина
- 3) Гларгин
- 4)+ Простой инсулин
- 5) Детемир

278. К диабетическим комам относятся:

- 1)+ Гиперкетонемическая /кетоацидотическая/
- 2)+ Гиперосмолярная
- 3) Гипохлоремическая
- 4)+ Гиперлактацидемическая

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

- 1) 1-1,5 ммоль/л
- 2) 3 ммоль/л
- 3)+ 5 ммоль/л
- 4) 10 ммоль/л
- 5) Ограничения отсутствуют

280. Гиперосмолярная кома чаще развивается:

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

281. Для гиперосмолярной комы характерно:

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

282. Лечение гиперлактацидемической комы включает:

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

283. В патогенезе тиреотоксического криза играют роль:

- 1)+ Значительное повышение уровня тиреоидных гормонов в крови
- 2)+ Относительная недостаточность коры надпочечников
- 3)+ Активация симпато-адреналовой системы
- 4)+ Энцефалопатия
- 5) Нарушение азотовыделительной функции почек

284. Лечение тиреотоксического криза включает в себя:

- 1)+ Высокие дозы мерказолила
- 2)+ Внутривенное капельное введение натрия йодида на 5% растворе глюкозы
- 3)+ Бета-адреноблокаторы
- 4)+ Глюкокортикоиды
- 5)+ Барбитураты в сочетании с резерпином

285. Лечение гипотиреоидной /микседематозной/ комы проводится:

- 1)+ Трийодтиронином ,вводимым в желудок через зонд
- 2)+ Парентеральным введением тироксина
- 3)+ Глюкокортикоидами
- 4) Массивной инфузионной терапией
- 5) Оксипутиратом натрия

286. Наиболее частой причиной острого гипопаратиреоза является:

- 1) Аутоиммунный полиэндокринный синдром
- 2) Опухоль паращитовидной железы
- 3) Гипогликемические состояния
- 4) Острая пневмония
- 5) Инфекционный эндокардит
- 6)+ Струмаэктомия

287. Для купирования приступа тетании при остром гипопаратиреозе применяется:

- 1) Внутримышечное введение препаратов паратгормона
- 2) Пероральный прием 1 млн ЕД витамина Д₂
- 3)+ Внутривенное струйное введение 10-15 мл 10% раствора кальция хлорида или глюконата
- 4) Внутривенное введение сернокислой магнезии
- 5) Внутривенное или внутримышечное введение реланиума

288. При гиперпаратиреозном кризе наблюдаются:

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

289. Лечение гиперпаратиреозного криза включает в себя:

- 1) Прием больших доз витамина Д₂
- 2)+ Удаление паратиреоаденомы или 3-3,5 гиперплазированных околощитовидных желез
- 3)+ Форсированный диурез
- 4)+ Внутривенное капельное введение фосфатного буфера и этилендиаминтетрацетата
- 5) Применение нейролептиков

290. Развитие аддисонического криза при хронической надпочечниковой недостаточности может быть вызвано:

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

291. При острой надпочечниковой недостаточности наблюдается:

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

292. Основными направлениями в лечении аддисонического криза являются:

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

293. При лечении аддисонического криза гидрокортизоном суточная доза в первый день составляет /мг/:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

300. Поражения почек при инфекционном эндокардите представлены:

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

301. При инфекционном эндокардите наркоманов чаще всего поражается:

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

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

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

303. Назовите показания к проведению пункции перикарда:

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

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

- 1) Стенокардия напряжения
- 2) Развитие сердечной недостаточности
- 3) Полная блокада левой ножки пучка Гиса
- 4)+ Желудочковая аритмия

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

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

306. Какие из липопротеинов /ЛП/ являются атерогенными:

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

307. Какие из липопротеинов /ЛП/ являются антиатерогенными:

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

308. Наиболее информативный сывороточный маркер инфаркта миокарда:

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

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

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

310. Наибольшее верифицирующее диагноз ХСН значение имеет определение уровня в крови:

- 1) Альдостерона
- 2) Норадреналина
- 3) Вазопрессина
- 4)+ Мозгового натрийуретического пептида

311. Ингибитором АПФ короткого действия является:

- 1) Квинаприл
- 2) Лизиноприл
- 3)+ Каптоприл
- 4) Эналаприл
- 5) Моэксиприл

312. В качестве базисной терапии коррекции аритмии используются:

- 1) Калия оротат
- 2) Кальция глюконат
- 3)+ Магния оротат
- 4)+ Калия хлорид
- 5) Натрия гидрокарбонат

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

- 1) Кордарон
- 2)+ Изоптин
- 3)+ АТФ
- 4) Бета-блокаторы
- 5) Лидокаин

314. Для поддержания нормосистолии при постоянной фибрилляции предсердий должны использоваться:

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

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

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

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

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

317. В соответствии с отечественными рекомендациями по артериальной гипертензии /2008 г./ к числу признаков гипертензивного поражения органов-мишеней не относят:

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

318. Оптимальный уровень АД для общей популяции составляет:

- 1)+ < 140/
- 2) < 130/
- 3) < 120/
- 4) < 180/

319. Изолированная систолическая АГ – это сочетание:

- 1)+ Систолическое АД > 140 и диастолическое АД < 90 мм рт.ст.
- 2) Систолическое АД > 160 и диастолическое АД < 90 мм рт.ст.
- 3) Систолическое АД > 180 и диастолическое АД < 90 мм рт.ст.

320. Для коарктации аорты характерно:

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

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

- 1)+ < 130/
- 2) < 115/
- 3) < 120/
- 4) < 160/
- 5) < 180/

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

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

323. При подагре у больного артериальной гипертензией противопоказаны:

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

324. Наиболее характерными инфекционными агентами острого миокардита являются:

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

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

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

326. Наиболее частой опухолью сердца является:

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

327. Для синдрома Бругада характерен признак:

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

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

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

329. Какой фактор может вызвать острую левожелудочковую недостаточность?

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

330. Типичное клиническое проявление острой левожелудочковой недостаточности:

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

331. Какой рентгенологический признак характерен для интерстициального отека легких?

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

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

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

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

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

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

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

335. Признаками нестабильной стенокардии являются:

- 1)+ Изменение длительности и интенсивности болевых приступов
- 2) Нарушение ритма и проводимости
- 3) Снижение АД без гипотензивной терапии
- 4) Появление патологического зубца Q на ЭКГ

336. Что является патоморфологическим субстратом атеросклероза?

- 1)+ Фиброзная /атеросклеротическая/ бляшка
- 2) Врожденное сужение сосуда
- 3) Внутрисосудистый тромб

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

- 1) Разрыв бляшки
- 2) Кальцификация бляшки
- 3) Кровоизлияние в бляшку
- 4)+ Плотной фиброзной покрывки

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

- 1) Дислипидемии
- 2) Артериальная гипертензия
- 3)+ Занятия спортом
- 4) Курение

339. К немодифицируемым факторам риска атеросклероза относят:

- 1)+ Пол
- 2) Ожирение
- 3) Гиподинамия

- 340.** Микроскопически жировые полоски состоят из:
- 1)+ Крупных пенистых клеток макрофагального происхождения
 - 2) Лимфоцитов
 - 3) Адвентиции
- 341.** Свободный холестерин является главным компонентом:
- 1) Панкреатического сока
 - 2)+ Клеточных мембран
 - 3) Липопроотеидов
- 342.** АПО - белок необходим для:
- 1)+ Связывания частиц ЛП с клеточными рецепторами
 - 2) Для построения мембран клеток
 - 3) Для синтеза гормонов
- 343.** Синтез холестерина в печени активируется таким ферментом, как:
- 1) Метилглутарил КоА
 - 2) Транспептиза
 - 3)+ ГМГ КоА редуктаза
- 344.** Главная функция ЛПВП:
- 1)+ Обратный транспорт холестерина из тканей в печень
 - 2) Участвовать в формировании фиброзной бляшки
 - 3) Способствовать перекисному окислению липидов
- 345.** Триглицериды транспортируются, в основном, в составе:
- 1) ЛПВП
 - 2)+ ЛПОНП
 - 3) Фосфолипидов
- 346.** Для общей популяции предполагается следующий уровень общего холестерина:
- 1)+ Менее 5,0 ммоль/л
 - 2) Менее 5,8 ммоль/л
 - 3) Менее 3,3 ммоль/л
- 347.** Какой препарат не относится к холестеринснижающим?
- 1) Симвастатин
 - 2) Холестирамин
 - 3)+ Верошпирон
 - 4) Никотиновая кислота
- 348.** Самым опасным осложнением при лечении статинами является:
- 1) Диспептические расстройства
 - 2)+ Рабдомиолиз
 - 3) Повышение трансаминаз
 - 4) Повышение ЛДГ
- 349.** Механизм действия фибратов:
- 1) Ингибирование ГМГ коа редуктазы
 - 2)+ Активация α -рецептора пролифератора пероксисом
 - 3) Снижение всасывания ЛПНП

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

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

351. Признаками сосудистой дистонии при НЦА не являются:

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

352. Для повышения АД при НЦА характерно:

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

353. Повышение артериального давления при феохромоцитоме и парананглиомах имеет характер:

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

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

- 1) Интимы
- 2)+ Медия
- 3) Адвентиция

355. В клинической картине ТЭЛА нехарактерны:

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

356. Показаниями к тромболитической терапии при ТЭЛА являются:

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

357. К числу признаков метаболического синдрома не относится:

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

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

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

359. К критериям диагноза злокачественной артериальной гипертензии относятся:

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

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

- 1) Каптоприл
- 2)+** Моксонидин
- 3) Нифедипин
- 4) Клонидин
- 5)+** Индапамид

361. Причинами развития раннего инфекционного эндокардита протезированных клапанов являются:

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

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

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

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

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

364. Лечение алкогольной миокардиодистрофии должно обязательно включать:

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

365. Проведение антиаритмической терапии целесообразно при:

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

366. Ваша тактика при перикардитах неясного генеза:

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

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

- 1) Ввести гепарин
- 2) Ввести стрептокиназу
- 3) Промыть желудок и ввести атропин
- 4) Ввести викасол + атропин
- 5)+ Назначить нитроглицерин и аспирин

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

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

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

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

370. Абсолютное противопоказание для селективного бета-адреноблокатора

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

371. Наибольший регресс гипертрофии левого желудочка обеспечивают

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

372. При недостаточности клапана аорты может выявляться функциональный шум?

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

373. Для митральной недостаточности характерно?

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

374. Пресистолический шум митрального стеноза обусловлен?

- 1)+ Систолай предсердия
- 2) Систолай желудочка

375. Наиболее характерный признак митральной недостаточности?

- 1)+ Убывающий систолический шум
- 2) Нарастающий систолический шум
- 3) Интервальный протодиастолический шум
- 4) Безинтервальный протодиастолический шум

376. Для аортального стеноза наиболее характерен?

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

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

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

378. Какому определению соответствует термин «дыхательный объем»?

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

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

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

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

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

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

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

382. Какому определению соответствует термин «емкость вдоха»?

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

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

- 1) Спазм гладкой мускулатуры бронхов
- 2) Склероз мышечно-эластических структур, облитерация бронхов
- 3) Отечно-воспалительные изменения бронхов
- 4) Коллапс трахеи и крупных бронхов
- 5)+ Коллапс мелких бронхов

384. Какие нарушения преобладают при острой пневмонии?

- 1) Нарушения вентиляции
- 2)+ Нарушения вентиляционно-перфузионных соотношений
- 3) Нарушения диффузионной способности легких

385. Какие нарушения преобладают при фиброзирующем альвеолите?

- 1) Нарушения вентиляции
- 2) Нарушения вентиляционно-перфузионных соотношений
- 3)+ Нарушения диффузионной способности легких

386. Уменьшение остаточного объема легких наблюдается при?

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

387. Наиболее информативным показателем бронхиальной обструкции является?

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

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

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

389. Индекс Тиффно в норме составляет?

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

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

- 1)+ Часть минутного объема дыхания, которая достигает альвеол и участвует в газообмене с кровью
- 2) Объем воздуха, вентилируемого за 1 минуту при условии предельного увеличения глубины и скорости дыхания
- 3) Объем воздуха, вентилируемого легкими в течение 1 минуты в покое

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

- 1) 15-25 мм рт.ст.
- 2)+ 35-45 мм рт.ст.
- 3) 55-65 мм рт.ст.
- 4) 75-85 мм рт.ст.

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

- 1)+ 75-80 мм рт.ст.
- 2) 25-30 мм рт.ст.
- 3) 35-45 мм рт.ст.
- 4) 15-20 мм рт.ст.

393. Выберите определение для термина «диспноэ»?

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

394. Выберите определение для термина «апноэ»?

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

395. В норме насыщение артериальной крови кислородом /SO₂, HbO₂/ составляет?

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

396. Напряжение кислорода в артериальной крови /PaO₂/ в норме колеблется в пределах?

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

397. Насыщение крови кислородом может быть определено с помощью?

- 1) Спирографа
- 2) Бодиплетизмографа
- 3)+ Оксиметра
- 4) Масс-спектрометра

398. Причиной артериальной гипоксемии могут быть?

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

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

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

400. Для функционирования дополнительного пути Джеймса характерны признаки:

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

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

- 1) Постепенное увеличение интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса
- 2)+ Отсутствие постепенного увеличения интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса
- 3) Правильный ритм сердечных сокращений
- 4)+ Неправильный ритм сердечных сокращений

402. Выберите определение для монотопных мономорфных экстрасистол?

- 1) Различные по форме экстрасистолы с устойчивым интервалом сцепления
- 2)+ Одинаковые по форме экстрасистолы с устойчивым интервалом сцепления
- 3) Различные по форме экстрасистолы с разным интервалом сцепления
- 4) Одинаковые по форме экстрасистолы с различным интервалом сцепления

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

- 1)+ Асинхронного сокращения
- 2) Изометрического сокращения
- 3) Быстрого изгнания
- 4) Медленного изгнания

404. Выберите определение для монотопных полиморфных экстрасистол?

- 1)+ Различные по форме экстрасистолы с устойчивым интервалом сцепления
- 2) Одинаковые по форме экстрасистолы с устойчивым интервалом сцепления
- 3) Различные по форме экстрасистолы с разным интервалом сцепления
- 4) Одинаковые по форме экстрасистолы с различным интервалом сцепления

405. Выберите определение для экстрасистолической бигеминии?

- 1) Соотношение синусовых и экстрасистолических циклов 3:1
- 2) Соотношение синусовых и экстрасистолических циклов 2:1
- 3)+ Соотношение синусовых и экстрасистолических циклов 1:1

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

- 1) Меньшая, чем сумма двух циклов основного ритма
- 2)+ Большая, чем сумма двух циклов основного ритма
- 3) Равная сумме двух циклов основного ритма

407. «Индекс преждевременности» для сверхранных экстрасистол?

- 1) Более 1
- 2) От 0,85 до 1
- 3)+ Менее 0,85

- 408.** Выберите ЭКГ-признаки, характерные для термина «блокированная предсердная экстрасистола»?
- 1) Измененный зубец Р, абберрантный комплекс QRS
 - 2) Измененный зубец Р, комплекс QRS суправентрикулярной формы
 - 3)+ Измененный зубец Р, отсутствие комплекса QRS
- 409.** Комплекс QRS экстрасистолы изменен по типу блокады левой ножки пучка Гиса. Эти признаки характерны для?
- 1) Экстрасистол из передней стенки левого желудочка
 - 2) Экстрасистол из задней стенки левого желудочка
 - 3)+ Правожелудочковых экстрасистол
 - 4) Левожелудочковых экстрасистол
- 410.** Комплекс QRS экстрасистолы изменен по типу блокады правой и левой задней ветвей пучка Гиса. Эти признаки характерны для?
- 1)+ Экстрасистол из передней стенки левого желудочка
 - 2) Экстрасистол из задней стенки левого желудочка
 - 3) Правожелудочковых экстрасистол
 - 4) Левожелудочковых экстрасистол
- 411.** Для конкордантных верхушечных желудочковых экстрасистол характерно?
- 1) Преобладание зубца R во всех грудных отведениях
 - 2)+ Преобладание зубца S во всех грудных отведениях
- 412.** Для конкордантных базальных желудочковых экстрасистол характерно?
- 1)+ Преобладание зубца R во всех грудных отведениях
 - 2) Преобладание зубца S во всех грудных отведениях
- 413.** Тахикардия с наличием измененного зубца Р перед уширенным и деформированным комплексом QRS. Эти признаки характерны для?
- 1) Пароксизмальной желудочковой тахикардии
 - 2) Пароксизмальной предсердной тахикардии
 - 3)+ Пароксизмальной предсердной тахикардии с блокадой ветви пучка Гиса
- 414.** Тахикардия с наличием измененного зубца Р перед синусовым комплексом QRS. Эти признаки характерны для?
- 1) Пароксизмальной желудочковой тахикардии
 - 2)+ Пароксизмальной предсердной тахикардии
 - 3) Пароксизмальной предсердной тахикардии с блокадой ветви пучка Гиса
- 415.** Желудочковые «захваты» характерны для?
- 1)+ Желудочковой пароксизмальной тахикардии
 - 2) Предсердной пароксизмальной тахикардии
- 416.** Вагусные приемы при суправентрикулярной тахикардии:
- 1)+ Могут восстановить синусовый ритм или уменьшить частоту сердечных сокращений
 - 2) Не подавляют тахикардию, не влияют на частоту сердечных сокращений
- 417.** При ортодромной реципрокной АВ-тахикардии желудочковые комплексы:
- 1)+ Узкие
 - 2) Широкие
- 418.** Амплитуда зубца Р во 2 стандартном отведении в норме:
- 1) Более 1 см
 - 2) 5 мм
 - 3)+ Не более 2,5 мм
 - 4) 1,5 см

419. Зубец Р в норме может иметь отрицательную фазу:

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

420. Синусовый узел располагается в:

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

421. Время активации правого предсердия:

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

422. При гипертрофии правого предсердия индекс Макруза составляет:

- 1)+ Менее 1,1
- 2) 1,1-1,6
- 3) Более 1,6

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

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

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

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

425. Синдрома WPW обусловлен:

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

426. Для интермиттирующего синдрома WPW характерно:

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

427. Диагностическими признаками синдрома LGL являются:

- 1) Наличие дополнительной дельта волны на комплексе QRS
- 2)+ Укорочение интервала PQ
- 3) Ширина комплекса QRS более 0,12 с
- 4) Отклонение электрической оси сердца влево

428. Изменения, характерные для острой стадии инфаркта миокарда сохраняются:

- 1) 3 дня
- 2)+ Неделю
- 3)+ 2 недели
- 4) Месяц

429. Для инфаркта миокарда переднесептальных отделов характерны изменения в отведениях:

- 1)+ V1-V3
- 2) aVL
- 3) II, III, AVF
- 4) V5-V6

430. В каких отведениях выражены реципрокные изменения при боковом ИМ?

- 1)+ V1-V2
- 2) V3-V4
- 3) aVL
- 4) I, II и aVL
- 5) II

431. В каких отведениях выражены реципрокные изменения при инфаркте миокарда высоких боковых отделов?

- 1) V5-V6
- 2)+ V1-V2
- 3) I, II и aVL
- 4) V7- V9

432. Характерные признаки ИМ задней стенки ЛЖ выявляются:

- 1)+ II, III и aVF
- 2)+ В отведениях Dorsalis по НЕБУ
- 3) В отведениях Anterior по Небу
- 4) V3-V6
- 5) V5-V6

433. Заднебазальный инфаркт миокарда обусловлен:

- 1) Оклюзией заднебоковых ветвей левой огибающей артерии
- 2)+ Оклюзией задней нисходящей ветви правой коронарной артерии
- 3) Оклюзией диагональной артерии
- 4) Оклюзией передней нисходящей артерии

434. Прямые признаки заднебазального ИМ локализуются:

- 1) II, III и aVF
- 2)+ В отведениях Dorsalis по НЕБУ
- 3)+ V7- V9
- 4) V5-V6
- 5) В отведениях Anterior по Небу

435. Характерные изменения при глубоком перегородочном ИМ наблюдаются

- 1) В отведениях Inferior по НЕБУ
- 2)+ II, III и aVF
- 3)+ V3-V4
- 4)+ В отведениях Dorsalis по НЕБУ
- 5) V1-V2

436. Для атриовентрикулярной блокады I степени характерны:

- 1) Постепенное увеличение интервала PQ перед выпадением желудочкового комплекса
- 2)+ Постоянное увеличение интервала PQ более 0,20 с
- 3) Уменьшение интервала PQ менее 0,12 с
- 4)+ Правильный ритм сердечных сокращений
- 5) Неправильный ритм сердечных сокращений

437. Для инфаркта сосочковых мышц характерно:

- 1) Снижение сегмента ST в III и aVF
- 2) Смещение сегмента ST выше изоэлектрической линии, выпуклостью вниз
- 3)+ Наличие отрицательного зубца U
- 4) Косовосходящее снижение сегмента ST при значимом снижении ST в точке j+0,08 с

438. Синусовая брадикардия может быть связана с:

- 1) Повышением тонуса симпатической нервной системы
- 2)+ Повышением тонуса парасимпатической нервной системы
- 3) Повышением температуры тела
- 4)+ Гипотиреозом
- 5) Тиреотоксикозом

439. Отличие полной поперечной блокады от АВ диссоциации:

- 1) Наличие двух водителей ритма
- 2) Наличие антеградного проведения и отсутствие ретроградного проведения
- 3) Частота ритма желудочков выше частоты ритма предсердий
- 4) Предсердный импульс проводится к желудочкам, образуя желудочковый захват
- 5)+ Частота ритма предсердий выше частоты ритма желудочков

440. При постоянной форме трепетания предсердий трепетание существует:

- 1) Более недели
- 2) Более 2-х дней
- 3) Более 1,5 недель
- 4)+ Более 2 недель

441. Признаками функционального характера желудочковых экстрасистол являются:

- 1)+ Амплитуда QRS > 20 мм
- 2) Амплитуда QRS
- 3)+ Ширина QRS не превышает 0,12 с, комплекс без зазубрин
- 4) Ширина QRS > 0,12 с
- 5) Сегмент ST и зубец T направлены в одну сторону от QRS /конкордантность/

442. Для желудочковой тахикардии характерно:

- 1)+ Изменение комплексов QRS, которые приобретают вид, свойственный блокаде одной из ножек пучка Гиса
- 2)+ Наличие синусовых захватов в цепи тахикардических комплексов
- 3) После каждого комплекса QRS имеется зубец P';
- 4) Частота ритма синусового узла значительно выше частоты желудочкового ритма

443. ЭКГ-признаками реципрокной АВ-узловой тахикардии являются:

- 1)+ Наличие зубцов P', которые либо совпадают с узкими комплексами QRS, либо располагаются непосредственно за комплексами QRS
- 2) Длительность интервала R-P' на ЭКГ значительно больше 100 мс
- 3) Частота ритма может изменяться, характерны периоды «разогрева» и «охлаждения»
- 4)+ Частота ритма устанавливается сразу же и сохраняется в течение всего приступа

444. Показания для проведения велоэргометрии:

- 1) Стенокардия напряжения IV ФК
- 2)+ Стенокардия напряжения II ФК
- 3) Отсутствие нарушений ритма и проводимости

445. Планируемая ЧСС у больных, перенёсших ИМ от субмаксимальной ЧСС при проведении пробы с физической нагрузкой составляет:

- 1) 50%
- 2) 60%
- 3)+ 75%
- 4) 85%
- 5) 90%

446. Показаниями к проведению калиевой пробы являются:

- 1)+ Нарушение процессов реполяризации /зубец Т сглажен или /-/, сегмент ST снижен в отведениях I, II, V4 - V6 /
- 2) Синдром удлинённого интервала QT
- 3) Необходимость провоцирования ишемических изменений сегмента ST-T
- 4) Исключение парасимпатических влияний на миокард

447. Синокаротидная проба проводится с целью:

- 1) Уточнения генеза изменений конечной части желудочкового комплекса
- 2)+ Купирования пароксизмов наджелудочковой пароксизмальной тахикардии
- 3) Увеличения потребности сердечной мышцы в кислороде за счёт усиления симпатических влияний

448. Асистолия при приступах Морганьи-Адамса-Стокса длится:

- 1) 1-4 с
- 2) 5-20 с
- 3)+ 20-40 с

449. Физиологически стареющими можно признать:

- 1) 1-2% пожилых и старых людей
- 2)+ 3-6% пожилых и старых людей
- 3) 7-10% пожилых и старых людей
- 4) 10-15% пожилых и старых людей

450. Тромбоз легочной артерии чаще встречается:

- 1) У людей в возрасте до 30 лет
- 2) У людей в возрасте до 50 лет
- 3)+ У пожилых людей

451. Среди пороков сердца в пожилом возрасте чаще встречается

- 1) Митральная недостаточность
- 2)+ Стеноз устья аорты
- 3) Митральный стеноз
- 4) Аортальная недостаточность

452. Хроническим лимфолейкозом болеют в основном люди:

- 1)+ Пожилого и старческого возраста
- 2) Молодого возраста

453. Язвенные кровотечения чаще встречаются:

- 1) У молодых больных с язвенной болезнью
- 2) У больных с язвенной болезнью в возрасте от 30 до 40 лет
- 3)+ У пожилых больных

454. Характерными признаками острого панкреатита в пожилом возрасте являются:

- 1) Типичное течение
- 2) Четкая связь с употреблением алкоголя и желчнокаменной болезнью
- 3)+ Отсутствие этой связи в большинстве случаев, чаще идиопатическое течение

455. Гипокортицизм и гипотиреоз:

- 1) Легче выявляется у пожилых больных
- 2)+ Труднее выявляется у пожилых, чем у молодых

456. У пожилых мужчин с резистентной к лечению гипертензией необходимо прежде всего исключить:

- 1) Системную красную волчанку
- 2)+ Проявления атеросклеротического стеноза почечных артерий
- 3) Острый нефрит

457. Билирубинурия встречается при:

- 1) Гемолитической желтухе
- 2)+ Обтурационной желтухе
- 3) Оба ответа верны
- 4) Оба ответа не верны

458. Основные причины развития подпеченочной желтухи

- 1)+ Закрытие просвета общего желчевыводящего протока
- 2) Закрытие камнем протока желчного пузыря при холелитиазе
- 3) Отравление грибным ядом
- 4) Рак каудального отдела поджелудочной железы
- 5) Рак пилорического отдела желудка

459. Болезнь Жильбера сопровождается следующими нарушениями лабораторных показателей

- 1) Гипербилирубинемия за счет конъюгированного билирубина
- 2)+ Гипербилирубинемия за счет неконъюгированного билирубина
- 3) Гиперуробилинурия
- 4) Повышение сывороточных аминотрансфераз
- 5) Повышение щелочной фосфатазы

460. На какие из звеньев ulcerogenesis оказывает влияние фамотидин?

- 1) Нервный
- 2)+ Гуморальный
- 3) Механизм защиты слизистой оболочки
- 4) Механизм регенерации слизистой оболочки

461. Какие из нижеприведенных средств НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО назначать больным желудочно-пищеводным рефлюксом

- 1) Антациды
- 2) Метаклопрамид
- 3)+ Адrenomиметики
- 4)+ Антихолинергические препараты
- 5) Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

462. Из нижеследующих признаков выделите НАИМЕНЕЕ характерный для портальной гипертензии:

- 1) Развитие коллатералей
- 2) Кровотечение из варикозно-расширенных вен
- 3) Асцит
- 4)+ Лихорадочный синдром
- 5) Спленомегалия

463. Какие из указанных средств НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО назначать больному неспецифическим язвенным колитом с нерезко выраженной активностью процесса?

- 1) Салазопроизводные сульфамидов
- 2) Глюкокортикоиды
- 3)+ Антибиотики
- 4) Ферменты
- 5) Спазмолитики

464. Какие исследования следует провести в первую очередь при подозрении на синдром Золлингера-Эллисона?

- 1)+ Компьютерную томографию поджелудочной железы
- 2) pH-метрию желудочного сока
- 3)+ УЗИ поджелудочной железы
- 4)+ Определение гастрина в крови
- 5) Пробу с секретинном

465. В каком отделе ободочной кишки наиболее часто развиваются экзофитные формы опухоли?

- 1) Левый угол ободочной кишки
- 2) Поперечная ободочная кишка.
- 3)+ Слепая и восходящая кишка
- 4) Сигмовидная кишка.

466. У больных раком пищевода в начале заболевания наиболее часто отмечаются:

- 1) Осиплость голоса
- 2) Кашель с кровохарканьем
- 3)+ Дисфагия
- 4)+ Боли при глотании
- 5) Слюнотечение

467. Физикальные методы, позволяющие исследовать двигательную функцию кишечника:

- 1) Поверхностная пальпация
- 2) Ощупывание прямой кишки пальцем
- 3)+ Глубокая методическая пальпация
- 4)+ Аускультация
- 5) Тепловидение

468. При каких заболеваниях наблюдается профузное желудочно-кишечное кровотечение?

- 1)+ Цирроз печени
- 2) Язвенный эзофагит
- 3) Диафрагмальная грыжа
- 4) Геморрагический панкреатит
- 5)+ Синдром Меллори-Вейса

469. Какие препараты усиливают образование защитной слизи при язвенной болезни:

- 1) Тагомет
- 2)+ Карбеноксолон
- 3) Эглонил
- 4) Гастроцепин
- 5)+ Де-нол

470. Мелена характерна для:

- 1) Кровоточащего геморроя
- 2) Язвенного колита
- 3)+ Желудочного кровотечения
- 4) Трещины ануса
- 5) Рака сигмы

471. О какой локализации опухоли в кишечнике можно думать при упорных запорах

- 1) Слепая кишка
- 2) Сигмовидная
- 3) Поперечно-ободочная
- 4) Восходящая ободочная
- 5)+ Любой отдел

472. При каком из перечисленных заболеваний отмечается ахоличный кал:

- 1) Цирроз печени
- 2) Хронический гепатит
- 3)+ Рак головки поджелудочной железы
- 4) Хронический холангит
- 5) Хронический холецистит

473. При хронических панкреатитах боль чаще всего возникает:

- 1) После простудных заболеваний
- 2) После рвоты
- 3)+ После употребления жирной пищи
- 4) После кофе
- 5) После тряской езды

474. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:

- 1) Боль
- 2) Поносы, запоры
- 3) Рвота
- 4)+ Желтуха
- 5) Сахарный диабет

475. Заражения трихинеллезом происходит при употреблении:

- 1) Некипяченой воды
- 2) Плохо прожаренной рыбы
- 3)+ Мяса свиней или диких животных
- 4) Грязных овощей
- 5) Лесных ягод

476. При подозрении на рак толстой кишки необходимо срочно произвести:

- 1) Реакцию Грегерсена
- 2)+ Ирригоскопию
- 3)+ Колоноскопию
- 4) Пальцевое исследование прямой кишки
- 5) Ректороманоскопию

477. У подавляющего большинства больных первым признаком рака прямой кишки служит:

- 1) Лентовидный кал
- 2) Ложные позывы к дефекации
- 3)+ Появление крови и слизи в кале
- 4) Чувство неудовлетворенности после акта дефекации
- 5) Боли внизу живота, в крестце

478. Механическая желтуха при желчнокаменной болезни возникает в случае:

- 1) Блокирования желчного пузыря в области шейки
- 2) Закупорки пузырного протока
- 3)+ Закупорки общего желчного протока
- 4) Закупорки панкреатического протока

479. Из перечисленных групп антибиотиков какие являются гепатотоксичными:

- 1) Природные пенициллины
- 2) Полусинтетические пенициллины
- 3)+ Тетрациклины
- 4) Макролиды
- 5)+ Рифампицины

480. Раннее формирование портальной гипертензии характерно для:

- 1) Крупноузлового цирроза печени
- 2) Первичного билиарного цирроза печени
- 3)+ Мелкоузлового цирроза печени
- 4) Первичного рака печени

481. Какое действие оказывает стимуляция парасимпатической нервной системы на моторику желудочно-кишечного тракта:

- 1)+ Увеличивает
- 2) Тормозит
- 3) Не влияет

482. Стеаторея характерна для:

- 1) Хронического анацидного гастрита
- 2) Язвенной болезни
- 3) Энтероколита
- 4) Дисбактериоза кишечника
- 5)+ Хронического панкреатита

483. Что характерно для язвенного колита из перечисленных изменений в периферической крови?

- 1) Замедление СОЭ
- 2) Эритроцитоз, ретикулоцитоз
- 3)+ Увеличение СОЭ
- 4) Тромбоцитоз
- 5) Лейкопения

484. При хроническом холецистите ведущим синдромом в клинике является:

- 1) Астеноневротический
- 2) Желтухи
- 3) Гепатолиенальный
- 4) Лихорадочный
- 5)+ Болевой

485. Какие методы наиболее информативны при исследовании желчевыводящих путей

- 1)+ Холецистография
- 2) УЗИ
- 3)+ Фракционное дуоденальное зондирование
- 4) Компьютерная томография
- 5) Ирригоскопия

486. Среди желчегонных средств выберите холеретики

- 1)+ Хофитол
- 2) Атропин, папаверин
- 3) Сульфат магния, сорбит
- 4)+ Аллохол, холензим
- 5)+ Лиобил, холосас

487. Какие этиологические факторы признаны основными в развитии хронических гепатитов:

- 1) Алкоголь
- 2) Медикаменты
- 3) Химические воздействия
- 4) Вирусный гепатит
- 5)+ Все ответы верны

488. При каком из перечисленных заболеваний отмечается ахоличный кал:

- 1) Циррозе печени
- 2) Хроническом гепатите
- 3)+ Раке головки поджелудочной железы
- 4) Хроническом холангите
- 5)+ Калькулезном холецистите

489. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:

- 1) Боль
- 2) Поносы, запоры
- 3) Рвота
- 4)+ Желтуха
- 5) Сахарный диабет

490. Какой из перечисленных препаратов относится к ингибиторам протеолиза?

- 1) Фестал
- 2) Мезим
- 3)+ Аминокапроновая кислота
- 4) Карсил
- 5) Гастроцепин

491. У подавляющего большинства больных первым признаком рака прямой кишки служит:

- 1) Лентовидный кал
- 2) Ложные позывы к дефекации
- 3)+ Появление крови и слизи в кале
- 4) Чувство неудовлетворенности после акта дефекации
- 5) Боли внизу живота, в крестце

492. Установленный клинически рак прямой кишки требует подтверждения:

- 1) Иммунологического
- 2) Серологического
- 3)+ Гистологического
- 4) Ирригоскопического
- 5) Ректоскопического

493. Для лечения кожного зуда при хронических болезнях печени применяют всё перечисленное, КРОМЕ:

- 1) Холестирамина
- 2)+ Антагонистов H₂-гистаминовых рецепторов
- 3) Фенобарбитала
- 4)+ Полиферментные препараты
- 5) Урсодезоксихолевой кислоты

494. Основные причины развития подпеченочной желтухи:

- 1)+ Закрытие просвета общего желчевыводящего протока
- 2) Закрытие камнем протока желчного пузыря при холелитиазе
- 3) Отравление грибным ядом
- 4) Рак каудального отдела поджелудочной железы
- 5) Рак пилорического отдела желудка

495. Специфичным только для поджелудочной железы ферментом является:

- 1) Амилаза
- 2) Липаза
- 3)+ Трипсин
- 4) Рибонуклеаза
- 5) Калликреин

496. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает:

- 1) Полифекалия
- 2) Креаторея
- 3)+ Стеаторея
- 4) Амилорея

497. Какой механизм преобладает при надпеченочной желтухе?

- 1)+ Нарушение захвата билирубина гепатоцитом
- 2) Нарушение процесса конъюгации билирубина
- 3) Нарушение экскреции билирубина печенью
- 4) Нарушение выделения через желчные пути
- 5)+ Гемолиз

498. При каких заболеваниях наблюдается профузное желудочно-кишечное кровотечение?

- 1)+ Цирроз печени
- 2) Язвенный эзофагит
- 3) Диафрагмальная грыжа
- 4) Хронический панкреатит
- 5)+ Синдром Меллори-Вейса

499. На наличие у больного с заболеванием кишечника синдрома мальабсорбции указывают:

- 1) Дискинетический синдром
- 2) Бродильная диспепсия
- 3) Астеноневротический синдром
- 4)+** Анемический синдром
- 5)+** Дистрофический синдром

500. Цирроз-рак развивается при:

- 1) Микронодулярной форме цирроза
- 2) Хроническом вирусном гепатите "С"
- 3) Геммахроматозе
- 4) Вторичном билиарном циррозе печени
- 5)+** Макронодулярном циррозе печени

generated at geetest.ru