

Министерство здравоохранения России

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ

КАФЕДРА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
С КУРСОМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ ТЕСТ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ»

(учебное пособие)

Ижевск, 2016

УДК 616.1/4:378.2 (075.8)

ББК 53.5+74.58я73

С 232

Составители: **Л.Т.Пименов** (ред.), **И.Г. Брындина**, **Е.Г.Бутолин**, **Т.Г.Васева**, **В.К. Гасников**, **С.А.Гребнев** (отв. секретарь), **О.В.Григорьева**, **М.В.Дударев**, **А.В.Ежов**, **Р.М.Загртдинова**, **Л.А.Иванов**, **И.А. Казакова**, **Н.А.Кириянов**, **Ю.В.Ковалев**, **О.В. Малинин**, **А.В. Мокрушин**, **В.М.Напольских**, **Е.Н.Никитин**, **Е.В.Обухова**, **А.С. Осетров**, **О.Е.Русских**, **О.В.Рябова**, **Т.В.Савельева**, **Г.М.Сагдеева**, **Э.П.Сорокин**, **С.О.Старовойтов**, **Ф.К.Тетелютина**, **Т.Е.Чернышова**, **Е.Ю.Шкатова**, **С.В.Эшмаков**

Рецензенты: д-р мед.наук проф. **И.В.Логачева**, канд. мед. наук доц. **М.Ю.Васильев**

Рекомендовано к изданию центральным координационным методическим советом ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

С 232 Квалификационный тест по специальности «Терапия»: учебное пособие / сост. **Л.Т. Пименов**, **И.Г. Брындина** и др./.

- Ижевск, 2015. – 200 с.

Пособие составлено в соответствии с требованиями рабочей программы и квалификационных характеристик врача-терапевта. Учебное пособие является составляющей фонда оценочных средств, рекомендуется к использованию в учебном процессе с ординаторами, интернами, аспирантами и слушателями системы дополнительного профессионального образования по специальности «Терапия».

УДК 616.1/4:378.2 (075.8)

ББК 53.5+74.58я73

© **Л.Т.Пименов**, **И.Г.Брындина** и др.,
составление, 2016

© ГБОУ ВПО «Ижевская государственная
медицинская академия», 2016

Предисловие

Настоящий тест по терапии (1000 вопросов) представляет собой коллективный труд преподавателей - зав. кафедрами, профессоров, доцентов, докторов и кандидатов медицинских наук, ассистентов кафедр Ижевской государственной медицинской академии и врачей учреждений здравоохранения УР. В составлении теста участвовали: д-р мед. наук проф. И.Г. Брындина, д-р мед. наук проф. Е.Г.Бутолин, заместитель гл. врача ГКБ №9 по клинико-экспертной работе Т.Г.Васева, д-р мед. наук проф.В.К. Гасников, врач - пульмонолог высшей категории С.А.Гребнев, врач – физиотерапевт высшей категории О.В.Григорьева, д-р мед. наук доц. М.В. Дударев, д-р мед. наук доц. А.В.Ежов, д-р мед. наук проф. Р.М. Загртдинова, д-р мед. наук проф. Л.А.Иванов, д-р мед. наук проф. И.А. Казакова, д-р мед. наук проф. Н.А.Кириянов, д-р мед. наук проф. Ю.В.Ковалев, канд. мед. наук доц. О.В. Малинин, врач анестезиолог – реаниматолог высшей категории (отделение острых отравлений) А.В. Мокрушин, канд. мед. наук доц. В.М. Напольских, д-р мед. наук проф. Е.Н.Никитин, канд. мед. наук асс. Е.В. Обухова, д-р мед. наук проф.А.С. Осетров, д-р мед. наук доц. О.Е.Русских, врач-пульмонолог высшей категории О.В.Рябова, канд. мед. наук доц. Т.В. Савельева, канд. мед. наук асс. Г.М.Сагдеева, канд. мед. наук доц. Э.П. Сорокин, канд. мед. наук асс. С.О.Старовойтов, д-р мед. наук проф. Ф.К. Тетелютина, д-р мед. наук проф. Т.Е.Чернышова, д-р мед. наук доц. Е.Ю.Шкатова, канд. мед. наук асс. С.В.Эшмаков. Вопросы теста включают в себя как разделы внутренней медицины, так и многие другие, смежные, которые должен знать врач – терапевт любого уровня – первичного звена (амбулатории, поликлиники) и терапевтического отделения стационара.

Приносим большую благодарность нашим коллегам за их участие в составлении настоящего пособия.

Зав. кафедрой врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи д-р мед. наук проф. Л.Т.Пименов

Раздел 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:	<ol style="list-style-type: none">1. Это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения2. Это наука, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям жизнедеятельности человека3. Это система мероприятий по охране здоровья населения
02.1. Стандарты и порядки оказания медицинской помощи гражданам РФ устанавливаются на уровне:	<ol style="list-style-type: none">1. Лечебно-профилактического учреждения2. Региональном3. Федеральном
03.1. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:	<ol style="list-style-type: none">1. Генетические2. Природно-климатические3. Уровень и образ жизни населения4. Уровень, качество и доступность медицинской помощи5. Все вышеперечисленное
04.1. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают:	<ol style="list-style-type: none">1. Инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания2. Болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления3. Новообразования, травмы и отравления, болезни органов дыхания

<p>05.1. Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Право на ОМС и ДМС 2. Выбор страховой медицинской организации 3. Выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС 4. Получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса 5. Все вышеперечисленное
<p>06.1. Что составляет предмет врачебной тайны:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сведения о состоянии пациента в период его болезни 2. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента 3. Диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении 4. Все вышеперечисленное
<p>07.1. При каких обстоятельствах допускается предоставление сведений составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или законного представителя:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю 2. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений 3. По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством 4. В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей 5. При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий 6. Все вышеперечисленное

08.1. Является ли информирование добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Да 2. Нет
09.1. Управление-это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации 2. Предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю 3. Целенаправленное информационное воздействие одной системы на другую с целью изменения ее поведения в определенном направлении
10.1. Объектом управления являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ресурсы, процесс предоставления медицинских услуг и все виды деятельности, обеспечивающие этот процесс 2. Взаимоотношения между работниками 3. Процесс предоставления медицинских услуг, ресурсы, взаимоотношения между работниками
11.1. Медицинское страхование – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оплата медицинских услуг через страховую организацию 2. Форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья 3. Оплата лечения и лекарств за счет накопленных средств 4. Медицинское обслуживание населения за счет страховой организации

<p>12.1. Субъектами обязательного медицинского страхования в соответствии с Законом « О медицинском страховании граждан в РФ» являются все, кроме</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Территориального фонда медицинского страхования 2. Федерального фонда ОМС страховой организации 3. Страхователей органа государственного управления, местной администрации 4. Застрахованных лиц медицинского учреждения 5. Гражданина
<p>13.1. Под статистикой понимают:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Самостоятельную общественную науку, изучающую количественную сторону массовых явлений в неразрывной связи с их качественной стороной 2. Сбор, обработку и хранение информации, характеризующей количественные закономерности общественных явлений 3. Анализ массовых количественных данных с использованием статистическо-математических методов 4. Статистическо-математические методы при сборе, обработке и хранении информации
<p>14.1. Информация статистики здоровья включает в себя:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспеченность населения медицинскими кадрами 2. Анализ деятельности ЛПУ 3. Показатель общей смертности 4. Обеспеченность населения койками
<p>15.1. Раздел медицинской статистики, называемый «статистика здравоохранения», включает в себя:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нагрузку врача-терапевта на приеме в поликлинике 2. Показатели младенческой и общей смертности 3. Показатели общей заболеваемости 4. Показатели инвалидности

<p>16.1. Интенсивный показатель - это показатель, который:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Характеризует отношение между двумя не связанными друг с другом совокупностями 2. Указывает на отношение части к целому 3. Указывает во сколько раз или на сколько процентов произошло увеличение или уменьшение сравниваемых величин 4. Указывает на частоту изучаемого явления в среде
<p>17.1. Наибольшее влияние на здоровье человека оказывает:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Генетические факторы 2. Экономические факторы 3. Образ жизни 4. Уровень развития здравоохранения

Раздел 2. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

Инструкция: Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.2. Укажите аритмии, связанные с нарушением автоматизма сердца:	<ol style="list-style-type: none">1. Пароксизмальная тахикардия2. Трепетание предсердий3. Атриовентрикулярный ритм4. Синусовая брадикардия5. Экстрасистолия
02.2. Клиническими проявлениями хронической сердечной недостаточности (декомпенсации) являются:	<ol style="list-style-type: none">1. Отеки2. Анемия3. Полицитемия4. Метаболический алкалоз5. Метаболический ацидоз
03.2. К неврогенным болевым синдромам относятся	<ol style="list-style-type: none">1. Таламический синдром2. Болевой синдром при инфаркте миокарда3. Фантомные боли4. Невралгия тройничного нерва5. Болевой синдром при раке желудка
04.2. К основным механизмам развития нейродистрофического процесса относятся:	<ol style="list-style-type: none">1. Дефицит трофогенов2. Дефицит субстратов метаболизма3. Дефицит медиаторов4. Тканевая гипоксия5. Синтез патотрофогенов
05.2. При поражении коры надпочечников могут развиваться следующие эндокринопатии:	<ol style="list-style-type: none">1. Феохромацитома2. Болезнь Иценко – Кушинга3. Аденогенитальный синдром4. Гиперальдостеронизм5. Болезнь Аддисона

06.2. Укажите внежелезистые механизмы эндокринных расстройств:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение баланса либеринов и статинов в гипоталамусе 2. Нарушение транспорта гормонов 3. Изменение гормональных рецепторов в клетках мишенях 4. Снижение продукции гормонов в эндокринных железах 5. Нарушение обратной связи между эндокринной железой и гипоталамусом
07.2. Ренальная острая почечная недостаточность развивается при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мочекаменной болезни 2. Некронефрозе 3. Остром гломерулонефрите 4. Перегибе мочеточников
08.2. Выделите симптомы нефротического синдрома:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гематурия 2. Липидурия 3. Протеинурия 4. Отеки 5. Гипоальбуминурия
09.2. Надпеченочная (гемолитическая) желтуха характеризуется:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличением концентрации неконъюгированного (непрямого) билирубина в плазме крови 2. Увеличение концентрации уробилина в моче 3. Уменьшение количества эритроцитов в циркулирующей крови 4. Уменьшение концентрации стеркобилина в кале
10.2. Холемический синдром характеризуется:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение уровня артериального давления 2. Снижение уровня артериального давления 3. Урежение ЧСС (частоты сердечных сокращений) 4. Повышение кровоточивости
11.2. Основными проявлениями демпинг-синдрома являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тахикардия 2. Брадикардия 3. Гипотензия 4. Осмотическая диарея 5. Мышечная слабость

<p>12.2. Для обструктивных нарушений биомеханики дыхания характерно:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение сопротивления аэродинамическому воздушному потоку 2. Увеличение энергозатраты на дыхание 3. Ограничение расправления легких 4. Снижение проходимости дыхательных путей 5. Увеличение нагрузки на дыхательную мускулатуру
<p>13.2. При каких заболеваниях развивается рестриктивный тип альвеолярной гиповентиляции:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пневмоторакс 2. Бронхиальная астма 3. Ателектаз легких 4. Миозит межреберных мышц 5. Плеврит

Раздел 3. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Инструкция: Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.3. При декомпенсации "правого сердца" развивается:	1. Мускатная печень 2. Саговая селезенка 3. Бурая индурация легких 4. Тромбоэмболия легочной артерии
02.3. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) избирательно поражает:	1. В-лимфоциты 2. Т-хелперы 3. Т-супрессоры 4. Т-киллеры
03.3. Источником тромбоэмболии легочной артерии может быть:	1. Портальная вена 2. Глубокие вены голеней 3. Подключичная артерия 4. Бедренная артерия
04.3. В туберкулезной гранулеме преобладают:	1. Нейтрофильные лейкоциты 2. Плазматические клетки 3. Тучные клетки 4. Эпителиоидные клетки
05.3. Образное название сердца при ревматическом перикардите:	1. Волосатое сердце 2. Тигровое сердце 3. Бычье сердце 4. Легочное сердце
06.3. Аденома околощитовидных желез сопровождается:	1. Гипокальциемией 2. Гиперкальциемией 3. Гипокалиемией 4. Гиперкалиемией
07.3. К аутоиммунным тиреоидитам относят:	1. Зоб Хасимото 2. Струму Риделя 3. Тиреоидит де Кервена 4. Всё перечисленное

08.3. Родоначальной для клеток крови является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ретикулярная клетка 2. Стволовая клетка 3. Миелобласт 4. Гистиоцит
09.3. Зона, наиболее подверженная для развития дисплазии и рака шейки матки:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Влажная часть шейки матки 2. Цервикальный канал 3. Место стыка цервикального и плоского эпителия 4. Многослойный плоский эпители
10.3. Патоморфоз это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Морфологические проявления патологических процессов 2. Механизмы развития патологических процессов 3. Изменение клинико-морфологической картины болезней 4. Динамика морфологических изменений болезни
11.3. Для острого алкогольного гепатита характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тельца Каунсильмена 2. Тельца Мэллори 3. Тельца Леви 4. Тельца Барра
12.3. Распространенный меланоз развивается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. При альбинизме 2. При аддисоновой болезни 3. При меланоме 4. При невусе 5. При гломерулопатии
13.3. Заболеванием, в основе которого лежит нарушение обмена меди, является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемохроматоз 2. Болезнь Гоше 3. Болезнь Коновалова-Вильсона 4. Меланоз 5. Болезнь Гирке
14.3. Инфаркт – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прямой некроз 2. Ишемический некроз 3. Травматический некроз 4. Токсический некроз 5. Аллергический некроз

15.3. Исходом серозного воспаления является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рассасывание экссудата 2. Цирроз органов 3. Обызвествление 4. Некроз 5. Ослизнение
16.3. Экссудативное воспаление может быть:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Межуточным 2. Геморрагическим 3. Гранулематозным 4. Специфическим 5. Гнилостным
17.3. Фибриновое воспаление протекает по типу дифтеритического:	<ol style="list-style-type: none"> 1. В головном мозгу 2. В селезенке 3. В толстой кишке 4. В легких 5. В сердце
18.3. Гнойное воспаление может быть:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Межуточным 2. Флегмонозным 3. Гранулематозным 4. Серозным
19.3. В регенерации выделяются все ниже перечисленные виды, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Физиологической 2. Репаративной 3. Восстановительной 4. Патологической

Раздел 4. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Инструкция: Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.4. В основе проблемы избирательности действия лекарственных средств лежит понятие тропности (направленности). Какой из ниже перечисленных терминов Вы считаете ошибочным:	<ol style="list-style-type: none">1. “Орган-мишень”2. “Клетка-мишень”3. “Молекула-мишень”
02.4. Укажите необходимый этап в механизме регуляции стероидами генетической активности клеток-мишеней:	<ol style="list-style-type: none">1. Связывание стероидов с цитозольными рецепторами2. Связывание стероида с поверхностью плазматических мембран3. Связывание стероида с комплексом Гольджи
03.4. Возможно ли развитие осложнений после внезапного прекращения длительного применения гиполипидемических средств (синдрома отмены):	<ol style="list-style-type: none">1. Нет2. Нет, если применять курсами по 2-3 месяца3. Нет, если применять курсами по 6 месяцев4. Да5. Как правило нет, однако возможно при IV-V типах с очень высоким уровнем ТГ (больше 1000 мг/дл до лечения)
04.4. Наиболее эффективные нитраты пролонгированного действия у больных ИБС с безболевым ишемией миокарда (выявленной при Холтеровском мониторировании ЭКГ, на тредмиле, во время велоэргометрического теста):	<ol style="list-style-type: none">1. Микрокапсулированные формы депо - нитроглицерин (сустак-форте, нитронг-форте, нитрогранулонг-форте)2. Препараты изосорбида динитрата3. Препараты изосорбида-5-мононитрата4. Тетранитрат5. Все выше перечисленное

05.4. При недостаточном гипотензивном эффекте монотерапии ИАПФ какой из диуретических препаратов предпочтительнее добавить больному с артериальной гипертензией:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фуросемид 2. Триамтерен 3. Верошпирон 4. Урегит 5. Гипотиазид
06.4. Какое утверждение относительно антагонистов кальция неверно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Могут вызывать периферические отеки 2. Могут вызывать синдром “обкрадывания” 3. Используются в комплексном лечении легочного сердца 4. Длительный прием нифедипина приводит к снижению активности РААС, уровня катехоламинов 5. Пролонгированные антагонисты кальция эффективны у больных гипертонической болезнью при использовании их в режиме хронотерапии
07.4. С каким из лекарственных препаратов нецелесообразно сочетать бета-адреноблокаторы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипотиазид 2. Верапамил 3. Каптоприл 4. Аспирин 5. Мевакор
08.4. Какой диуретик может вызвать аллергические реакции, если имеется непереносимость сульфодиметоксина:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фуросемид 2. Урегит 3. Гипотиазид 4. Диакарб 5. Бриналидикс
09.4. К какому классу лекарственных препаратов относится фраксипарин:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тромболитики 2. Антитромбоцитарный препарат 3. Антагонист витамина К 4. Низкомолекулярный гепарин 5. Ингибитор протеазы

10.4. Какой из нижеперечисленных препаратов не относится к периферическим вазодилататорам:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пропранолол 2. Каптоприл 3. Нифедипин 4. Корватон 5. Празозин
11.4. Укажите препарат выбора для купирования желудочковых нарушений ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Амиодарон 2. Лидокаин 3. Хинидин 4. Верапамил 5. Дилтиазем
12.4. Укажите антибиотик, который является препаратом выбора при пневмонии у беременных:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Абактал 2. Линкомицин 3. Ровамицин 4. Гентамицин 5. Доксициклин
13.4. При сочетании глюкокортикостероидных препаратов с сердечными гликозидами происходит:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Усиление действия сердечных гликозидов 2. Ослабление действия сердечных гликозидов 3. Действие сердечных гликозидов не меняется
14.4. При лечении хронической обструктивной болезни легких применяются все препараты, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Теофиллин 2. Интал 3. Атровент 4. Беротек
15.4. Какой из перечисленных ниже препаратов показан при пищевой аллергии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кестин 2. Супрастин 3. Налкром 4. Интал 5. Бекотид
16.4. Какой из антибактериальных препаратов не рекомендуется применять в лечении внегоспитальной пневмонии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Таривид 2. Амоксиклав 3. Рулид 4. Гентамицин 5. Доксициклин

17.4. Какой препарат относится к базисной терапии БА:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аминофиллин 2. Тербуталин 3. Сальметерол 4. Фенотерол 5. Сальбутамол
18.4. На какие субпопуляции Т-лимфоцитов преимущественно направлено стимулирующее действие препаратов тимусного происхождения:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ts 2. Th 3. Te 4. Верно все
19.4. При лечении язвенной болезни 12 п.к., ассоциированной с <i>Helicobacteri pylori</i> , используют:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Трихопол 2. Кларитромицин 3. Де-нол 4. Ранитидин 5. Все перечисленные препараты
20.4. Какие рекомендации следует давать больным, принимающим антациды:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Принимать сразу после еды 2. Принимать за 30 минут до еды 3. Принимать с едой 4. Принимать через 1,5 часа после еды 5. Принимать через 30 минут после еды
21.4. Какие из лечебных мероприятий предпочтительны при ремиссии болезни Крона:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диета с ограничением лактазы и клетчатки 2. Плазмаферез 3. Глюкокортикоиды 4. Парентеральное введение аминокислот, альбумина, глюкозы, протеина 5. Сульгин
22.4. Выбрать неправильное положение для терапии панцитратом:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обязательно одновременный прием H₂-гистаминоблокаторов 2. При лечении возможны аллергические реакции 3. Противопоказан при остром панкреатите 4. Применяют курсами, постоянно или эпизодически 5. Максимальная суточная доза 400 ЕД (по липазе)

23.4. Прокинетическими свойствами, обусловленными блокадой допаминовых рецепторов обладают все перечисленные препараты, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сульпирида 2. Домперидона 3. Цизаприда 4. Метоклопрамида 5. Бромоприда
24.4. На какой лабораторный показатель следует ориентироваться при проведении цитостатической терапии нефротического синдрома:	<ol style="list-style-type: none"> 1. СОЭ выше 40 мм/час 2. Гемоглобин менее 90 г/л 3. Креатинин более 2 мг% 4. Лейкоциты менее 3,5 тыс. в мкл 5. Общий белок менее 35 г/л
25.4. При приеме препаратов железа внутрь могут возникать следующие побочные эффекты, кроме одного (укажите):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кашель 2. Диспептические расстройства 3. Дизурические расстройства 4. Окрашивание мочи в красный цвет 5. Нет

Раздел 5. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.5. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками:	<ol style="list-style-type: none">1. В осенне-зимний период2. Не следует применять вообще3. При выделении гнойной мокроты4. При появлении кровохарканья
02.5. Средствами выбора для лечения внебольничных пневмоний являются:	<ol style="list-style-type: none">1. Пенициллины2. Цефалоспорины третьего поколений3. Фторхинолоны4. Макролиды
03.5. Отметьте антибиотик, который не обладает антисинегнойным эффектом:	<ol style="list-style-type: none">1. Ципрофлоксацин2. Левофлоксацин3. Имипенем4. Амоксициллин
04.5. Антибиотики выбора у беременных (категория FDA) группа В:	<ol style="list-style-type: none">1. Амоксициллин, Амоксициллин/клавуланат2. Левофлоксацин3. Ампициллин, ампициллин/сульбактам4. Бензилпенициллин,5. Цефазолин, цефалексин
05.5. Какие препараты относятся к антибиотикам широкого спектра действия:	<ol style="list-style-type: none">1. Цефалоспорины 3 поколения2. Амоксициллин3. Кларитромицин4. Фосфомицин5. Линезолид
06.5. Какие препараты относятся к антистафилококковым антибиотикам:	<ol style="list-style-type: none">1. Амоксициллин2. Гентамицин3. Кларитромицин4. Ванкомицин5. Амикацин
07.5. Какие препараты относятся к антибиотикам узкого спектра действия:	<ol style="list-style-type: none">1. Левофлоксацин2. Амоксициллин3. Линкомицин4. Оксациллин5. Кларитромицин

08.5. Риск токсических эффектов возрастает при комбинации гентамицина с;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фуросемидом 2. Пенициллином 3. Метилксантинами 4. Макролидами 5. Глюкокортикоидами
09.5. Препараты выбора при лечении острого стрептококкового тонзиллофарингита:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оральные цефалоспорины 1 генерации 2. Аминопенициллины 3. Оральные цефалоспорины 2 генерации 4. Макролидами 5. Фторхинолоны
10.5. Амоксициллина клавуланат рекомендуется больным тонзиллофарингитом, которые:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не принимали антибиотики 2. Пришли курс макролидов без эффекта в течение 5-7 дней 3. Без эффекта антибактериальной терапии бета-лактамами на протяжении 2-3 недель 4. При рецидивирующем стрептококковом тонзиллофарингите
11.5. Режимы приема амоксициллинов:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 прием в сутки 2. 2 приема в сутки 3. 3 приема в сутки
12.5. Макролиды с противостафилококковой активностью:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спирамицин 2. Азитромицин 3. Кларитромицин 4. Джозамицин 5. Ванкомицин
13.5. Противогрибковыми антибиотиками являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Амфотерицин Б 2. Кетоконазол 3. Флюконазол 4. Кетопрофен 5. Кеторолак
14.5. Осложнения приема фторхинолонов:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Желудочно-кишечные расстройства: такие как тошнота, рвота 2. Электрическая нестабильность миокарда 3. Токсическое воздействие на хрящ

15.5. Антибиотики, действующие на грамотрицательную флору:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Монобактамы 2. Тетрациклины 3. Фторхинолоны 4. Аминогликозиды 5. Карбапенемы
16.5. Высокой антипневмококковой активностью обладают:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Макролидные антибиотики 2. Фторхинолоны 3. Тетрациклинов 4. Полиены 5. Бета-лактамы 6. Цефалоспорины 1-2 поколения
17.5. Показания к замене антибиотиков:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая неэффективность через 48 ч от начала лечения 2. Клиническая неэффективность через 24 ч от начала лечения 3. Высокая потенциальная токсичность антибиотика
18.5. Не обладают противопневмококковой активностью:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бета-лактамы 2. Тетрациклины 3. Фторхинолоны 4. Ванкомицин 5. Азилиды
19.5. Какие антибиотики не относятся к аминогликозидам:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гентамицин 2. Тобрамицин 3. Рифамицин 4. Ванкомицин
20.5. Какой антибиотик из перечисленных перспективно назначить при ангине:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Амоксициллин 2. Флемоксин солютаб 3. Доксициклин 4. Клаксид, Клабакс
21.5. Противоопухолевые антибиотики:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Доксорубин 2. Карминомицин 3. Рубомицин 4. Рифампицин

22.5. Противогрибковые антибиотики:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Полиены 2. Гликопептиды 3. Полипептиды 4. Линкозамиды
23.5. Полусинтетические "антистафилококковые" пенициллины:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оксациллин 2. Клоксациллин, диклоксациллин 3. Флуклоксациллин 4. Фторхинолоны
24.5. Продуцентами большинства антибиотиков являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Актиномицеты 2. Плесневые грибы 3. Бактерии (полимиксины) 4. Высшие растения (фитонциды)

Раздел 6. МЕДИКО - СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.6. Что составляет предмет врачебной тайны:	<ol style="list-style-type: none">1. Сведения о состоянии пациента в период его болезни2. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении3. Все вышеперечисленное
02.6. Допускается ли выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником:	<ol style="list-style-type: none">1. Да2. Только через ВК3. Не допускается
03.6. В каких случаях при амбулаторном лечении по прерывистому методу листок нетрудоспособности может быть выдан по решению ВК на дни проведения соответствующего исследования (манипуляции, процедуры):	<ol style="list-style-type: none">1. Сложные урологические2. Сложные гинекологические3. Сложные проктологические и другие исследования, манипуляции, процедуры4. Во всех перечисленных случаях
04.6. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет листок нетрудоспособности:	<ol style="list-style-type: none">1. Выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности2. Выдается на весь срок временной нетрудоспособности

<p>05.6. При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности впервые срок временной нетрудоспособности завершается:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ 2. Датой регистрации документов в учреждении МСЭ 3. Датой освидетельствования в учреждении МСЭ
<p>06.6. Кто в ЛПУ имеет право направлять граждан на медико-социальную экспертизу:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Руководители ЛПУ и поликлиник 2. Лечащий врач самостоятельно 3. Лечащий врач с утверждением зав. отделением 4. Лечащий врач с утверждением направления ВК ЛПУ
<p>07.6. Листок нетрудоспособности не выдается:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности; 2. Проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов; 3. Находящимся под стражей или административным арестом; 4. Проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии; 5. Гражданам, в том числе с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях; 6. Учащимся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования 7. Всем перечисленным

<p>08.6. Иностранным гражданам, постоянно или временно проживающим на территории РФ, а так же лицам без гражданства, состоящим в трудовых отношениях, в случае утраты трудоспособности:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выдается листок нетрудоспособности 2. Листок нетрудоспособности не выдается 3. В любых случаях выдается только справка 4. Выдается амбулаторная карта 5. Ничего не выдается
<p>09.6. Лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Листок нетрудоспособности не выдается 2. Выдается листок нетрудоспособности 3. Выдается справка установленного образца 4. Выдается справка не установленного образца 5. Не выдается никакого документа
<p>10.6. Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выдается единолично лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности 2. Выдается заведующим отделением 3. Выдается заместителем главного врача по КЭР 4. Выдается лечащим врачом с разрешения администрации ЛПУ 5. Не выдается
<p>11.6. При неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе граждане посылаются на медико-социальную экспертизу:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности 2. Не позднее чем через 4 месяца от начала временной нетрудоспособности 3. Не позднее чем через 6 месяцев от начала временной нетрудоспособности 4. Через 10 месяцев от начала временной нетрудоспособности 5. Через 12 месяцев от начала временной нетрудоспособности

<p>12.6. При временной нетрудоспособности женщины, находящейся в отпуске по уходу за ребенком и работающей на условиях неполного рабочего дня:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выдается листок нетрудоспособности сроком не более 5 дней 2. Выдается листок нетрудоспособности в обычном порядке 3. Выдается справка о состоянии здоровья 4. Выдается справка о временной нетрудоспособности 5. Никакого документа не выдается
<p>13.6. При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или дня регистрации документов в учреждении МСЭ, сведения об этом:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного + 2. Не указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного
<p>14.6. Какие медицинские работники не выдают листки нетрудоспособности:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организаций скорой медицинской помощи 2. Организаций переливания крови; 3. Приемных отделений больничных учреждений 4. Врачебно-физкультурных диспансеров 5. Бальнеологических лечебниц и грязелечебниц 6. Организаций здравоохранения особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы) 7. Учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 8. Все перечисленные

<p>15.6. Гражданам, признанным безработными, листок нетрудоспособности:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не выдается ни при каких обстоятельствах 2. Выдается, если они состоят на учете в территориальных органах труда и занятости 3. Выдается в любом случае 4. Выдается только по уходу за больным ребенком 5. Выдается только справка
<p>16.6. Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, лист нетрудоспособности:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выдается лечащим врачом единолично 2. Выдается лечащим врачом с разрешения главного врача либо его заместителя 3. Не выдается 4. Выдается только в исключительных случаях 5. Выдается только с разрешения врачебной комиссии
<p>17.6. При продолжающейся временной нетрудоспособности к моменту выписки больного из стационара листок нетрудоспособности:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Может быть продлен на срок, необходимый для явки в поликлинику, но не более чем на 10 календарных дней 2. Может быть закрыт, а в поликлинике открыт новый как продолжение первичного 3. Может быть закрыт, а в поликлинике выдан новый (как первичный) 4. Может быть продлен на срок, необходимый для явки в поликлинику, но не более чем на 30 дней.
<p>18.6. Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены) дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности указывается со следующего календарного дня:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. По их желанию 2. Всегда

19.6. На какой срок может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач:	<ol style="list-style-type: none"> 1. До 10 дней 2. До 15 дней 3. До 30 дней
20.6. Укажите сроки направления на медико-социальную экспертизу пациентов, (кроме туберкулеза):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не позднее 4 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе 2. Не позднее 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе 3. Вне зависимости от срока работающие инвалиды в случае ухудшения клинического и трудового прогноза 4. Все вышеперечисленное верно 5. Нет правильного ответа
21.6. Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выдается и закрывается, как правило, в одном ЛПУ 2. Выдается в одном ЛПУ, а при показаниях может быть продлен в другом ЛПУ 3. Всегда выдается в одном, а закрывается в другом ЛПУ 4. Всегда и выдается, и закрывается только в одном ЛПУ 5. Все ответы неверны
22.6. Документы, подтверждающие временную нетрудоспособность российских граждан в период пребывания их за границей, по возвращении:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подлежат замене на лист нетрудоспособности единолично лечащим врачом 2. Не принимаются во внимание 3. Могут быть заменены на листки нетрудоспособности установленного в Российской Федерации образца (после легализованного перевода) по решению врачебной комиссии медицинской организации 4. Подлежат замене в исключительных случаях 5. Подлежат замене на справку

<p>23.6. При амбулаторном лечении по прерывистому методу:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии на дни проведения соответствующего исследования (манипуляции, процедуры) 2. Листок нетрудоспособности может выдаваться одномоментно на весь период обследования и лечения 3. Листок нетрудоспособности не выдается 4. Выдается справка на дни явки 5. Не выдается никаких документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность
<p>24.6. В тех случаях, когда в период производственной практики учащиеся работают, при наличии у них временной утраты трудоспособности:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Листок нетрудоспособности не выдается 2. Листок нетрудоспособности выдается до окончания срока практики 3. Листок нетрудоспособности выдается до восстановления трудоспособности 4. Выдается только справка
<p>25.6. Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, в том числе с определением степени ограничения способности к трудовой деятельности, листок нетрудоспособности может быть выдан по решению ВК до восстановления трудоспособности на срок не более:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3 месяцев после даты регистрации документов в учреждении МСЭ, с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению ВК не реже чем через 15 дней, или повторного направления на МСЭ; 2. 4 месяцев после даты регистрации документов в учреждении МСЭ, с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению ВК не реже чем через 15 дней, или повторного направления на МСЭ. 3. До восстановления трудоспособности, с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению ВК не реже чем через 15 дней, или повторного направления на МСЭ 4. Листок нетрудоспособности не продляется.

Раздел 7. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.7. Показаниями для длительной ГКС-терапии при саркоидозе являются:	<ol style="list-style-type: none">1. Синдром Лефгрена2. Прогрессирующее поражение легких и нарастающие нарушения функции дыхания3. Генерализованный саркоидоз с поражением сердца, ЦНС4. Паралич Белла5. Саркоидоз 2 ст. без нарушения ФВД и гиперкальциемии
02.7. К кожному саркоидозу относят:	<ol style="list-style-type: none">1. Кожный саркоид Бека2. Узловатая эритема3. Lupus pernio4. Алопеции
03.7. Для идиопатического легочного фиброза (ИФА) характерно:	<ol style="list-style-type: none">1. Хороший ответ на ГКС и цитостатики2. Фиброзные-кистозные изменения с локализацией кист в кортикальных отделах преимущественно субплеврально3. Двусторонние плотные очаги расположенные субплеврально4. Лихорадка5. Мужской пол и возраст 65 лет и старше
04.7. Для гранулематоза Вегенера характерно:	<ol style="list-style-type: none">1. Пневмотораксы2. Кровохарканье3. Положительная ШИК-реакция4. Боли в области пазух носа5. Двусторонние инфильтраты с полостями распада
05.7. Для гистиоцитоза Х характерно:	<ol style="list-style-type: none">1. Кистозная трансформация верхних долей легких2. Симптом «матового стекла»3. Пневмотораксы4. Хилезный выпот5. Несахарный диабет

06.7. Признаками экссудата являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уд. вес менее 1015 2. Белок более 30 г/л 3. Белок менее 30 Г/л 4. Отношение ЛДГ в выпоте к ЛДГ в плазме более 0,6
07.7. Синдром Горнера при опухолях легких и плевры встречается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. При центральном раке верхнедолевого бронха 2. При периферическом раке верхушки с прорастанием через купол плевры легкого 3. При опухолях, исходящих из медиастинальной плевры 4. При прорастании опухоли через купол плевры
08.7. По классификации ХОБЛ(GOLD, 2011 – 2014г.) ОФВ1 более 50% , одышка 2 степени по шкале mMRC и одно обострение в год соответствует категории:	<ol style="list-style-type: none"> 1. А 2. В 3. С 4. Д
09.7. ИГКС показаны пациентам со следующими фенотипами ХОБЛ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхитический 2. ХОБЛ с частыми обострениями 3. ХОБЛ с эозинофилами в крови 4. Эмфизематозный 5. ХОБЛ с обратимой обструкцией
10.7. При осложненном обострении ХОБЛ с факторами риска и ОФВ1 менее 50% показаны антибиотики следующих групп:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современные макролиды 2. Респираторные фторхинолоны (РФХ) 3. Бета-лактамы 4. Амоксициллин
11.7. Антибактериальная терапия показана при обострении ХОБЛ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. При любом обострении ХОБЛ 2. При обострении 3 типа по Антонису, когда есть гнойная мокрота 3. Пациентам с ХОБЛ при ОРВИ

12.7. Тромбоэмболия легочной артерии чаще является осложнением	<ol style="list-style-type: none"> 1. Флеботромбоза глубоких вен голени 2. Тромбофлебита поверхностных вен голени 3. Тромбофлебита варикозного расширения поверхностных вен голени с рожистым воспалением
13.7. Инфаркт-пневмония обычно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Быстро рассасывается с восстановлением нормального легочного рисунка 2. Имеется затяжное течение с фиброзированием 3. Имеется склонность к абсцедированию
14.7. Для какой пневмонии характерно отделение мокроты шоколадного цвета, быстрое (в течение 24 — 48 часов) развитие легочной деструкции, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных лейкоцитов:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пневмококковой 2. Стафилококковой 3. Клебсиелла пневмонии (фриндлеровской)
15.7. Положительный результат с метахолиновой пробой является специфичным для БА?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Да 2. Нет
16.7. Можно ли оценить гиперреактивность бронхов с помощью показателя пиковой объемной скорости выдоха?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Да 2. Нет
17.7. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса - это	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка 2. Боли в груди и одышка 3. Лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди 4. Боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой

18.7. "Масками" спонтанного пневмоторакса являются следующие заболевания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стенокардия и инфаркт миокарда 2. Межреберная невралгия 3. "Острый живот" 4. Правильные ответы А и Б 5. Все ответы правильные
19.7. Для саркоидоза 2 стадии характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Крупные двусторонние очаги по всем полям 2. Двусторонняя локализация в средних отделах и нижних отделах 3. Увеличение внутригрудных лимфатических узлов 4. Очаги вдоль лимфатических сосудов
20.7. Признаками доброкачественного течения саркоидоза являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Паралич Белла 2. Поражение сердца 3. Синдром Лефгрена 4. Нейросаркоидоз
21.7. Основные проявления гиперкапнии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение сознания (оглушение, сопор) 2. Повышение гемоглобина 3. Покраснение кожных покровов (багрово-синюшное лицо) 4. Бессонница 5. Головная боль
22.7. При переводе пациента с бронхиальной астмой (БА), получающего 1000 мкг бекламетазона на будесонид, эквивалентной дозой является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 400-800мкг 2. 200-400мкг 3. 800-1600мкг
23.7. При достижении контроля БА объем терапии пересматривают через:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 месяц 2. 3 месяца 3. 6 месяцев 4. Оставляют дозу прежней
24.7. При переводе пациента с БА, получающего 500 мкг бекламетазона на циклесонид, эквивалентной дозой является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 160-320 мкг 2. 80-160 мкг

25.7. Антилейкотриеновые препараты показаны дополнительно к терапии при фенотипах БА:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бр. Астма с фиксированной обструкцией 2. Аспириновая БА 3. Атопическая БА 4. БА с нейтрофильным типом воспаления
26.7. Наиболее частый возбудитель внебольничной пневмонии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стафилококк 2. Стрептококк зеленающий 3. Пневмококк 4. Гемофильная палочка 5. Микоплазма
27.7. Для симптома «матового стекла» характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сохранена видимость сосудов и бронхов в зоне изменений 2. Сосуды и бронхи в зоне изменений не видны 3. Бывает на поздних стадиях интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ) 4. Бывает на ранних стадиях ИЗЛ или при их обострении 5. Характеризуется обратимостью
28.7. Показаниями для госпитализации больных ХОБЛ в стационар являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неэффективность стартовой терапии 2. Тяжелое течение ХОБЛ 3. Впервые возникшие аритмии 4. Обострение сопутствующих заболеваний 5. Все варианты
29.7. По классификации ХОБЛ(GOLD, 2011 – 2014г.) ОФВ1 более 50% , одышка 1 степени по шкале mMRC и 2 обострения в год соответствует категории:	<ol style="list-style-type: none"> 1. А 2. В 3. С 4. Д
30.7. У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пневмококк 2. Клебсиелла 3. Пневмоциста 4. Микоплазма 5. Кишечная палочка

<p>31.7. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать:</p> <p>а). Пневмокониоз б). Кавернозный туберкулез легких в). Бронхоэктатическую болезнь г). Рак бронха</p>	<p>1. Правильный ответ: а,б, г 2. Правильный ответ: а, в 3. Правильный ответ: б и г 4. Правильный ответ: г 5. Правильный ответ: а,б,в, г</p>
<p>32.7. Осложнением центрального рака легкого может быть:</p> <p>а). Гиповентиляция легкого б). Ателектаз легкого в). Пневмония (возможно с абсцедированием) г). Образование острого абсцесса легкого</p>	<p>1. Правильный ответ: а, б, в 2. Правильный ответ: а, в 3. Правильный ответ: б, г 4. Правильный ответ: г 5. Правильные все ответы</p>
<p>33.7. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:</p>	<p>1. Сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови 2. Легочное кровотечение 3. Одышка и потеря массы тела 4. Лихорадка 5. Кровохарканье</p>
<p>34.7. Транссудат в плевральной полости характерен для:</p>	<p>1. Системной красной волчанки 2. Мезотелиомы плевры 3. Пневмонии 4. Нефротического синдрома 5. Хронической сердечной недостаточности</p>
<p>35.7. Для ингаляционного устройства Респимат характерно все, кроме:</p>	<p>1. Время выделения аэрозоля 0,2 сек. 2. Необходимость координировать вдох 3. Легочная депозиция до 40% 4. Высокая скорость выделения аэрозоля 5. Суточная доза 5 мкг</p>

36.7. Для ингаляторов порошкового типа верно все, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимость координировать вдох 2. Минимальная скорость вдоха 30л/мин 3. Не зависят от скорости инспираторного потока
37.7. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты 2. Объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха; 3. Максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха 4. Максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха 5. Объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
38.7. Остаточный объем легких - это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха 2. Максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха 3. Объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха 4. Объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха 5. Максимальный объем выдоха в течение первой секунды
39.7. Дыхательный объем - это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха 2. Максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха 3. Объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха 4. Объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха 5. Максимальный объем выдоха в течение первой секунды

40.7. Наиболее эффективным методом выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгеноскопия (в обычном положении - ортопозиции) 2. Рентгенография 3. Томография 4. Латероскопия (рентгеноскопия в латеропозиции) 5. Флюорография
41.7. Установить этиологию плеврита чаще всего помогает: а). Исследование плеврального экссудата б). Изучение гематологических показателей в). Биопсия плевры г). Рентгенологическое исследование органов грудной клетки	<ol style="list-style-type: none"> 1. Правильный ответ: а, б, в 2. Правильный ответ: а, в 3. Правильный ответ: б, г 4. Правильный ответ: г 5. Правильный ответ: а, б, в, г
42.7. Главным в формировании легочного сердца у больных ХОБЛ является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пассивная, посткапиллярная легочная гипертензия 2. Активная, прекапиллярная легочная гипертензия 3. Облитерация капилляров малого круга кровообращения 4. Ремоделирование средних и крупных бронхов 5. Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
43.7. Бронхиальное дыхание выслушивается на:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вдохе 2. Выдохе 3. Вдохе и одной трети выдоха 4. Протяжении всего вдоха и всего выдоха 5. Вдохе и первых двух третях выдоха
44.7. К основным профессиям, при которых может встретиться силикоз, относятся: а). Бурильщики б). Пескоструйщики в). Проходчики г). Обрубщики	<ol style="list-style-type: none"> 1. Правильны ответы: а, б, в 2. Правильны ответы: а, в 3. Правильны ответы: б, г 4. Правильный ответ: г 5. Правильны ответы: а, б, в, г

<p>45.7. Везикулярное дыхание выслушивается на:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вдохе 2. Выдохе 3. Вдохе и первой трети выдоха 4. Вдохе и первых двух третях выдоха 5. Протяжении всего вдоха и всего выдоха
<p>46.7. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи:</p> <ol style="list-style-type: none"> а). Количества б). Эластичности в). Вязкости г). Цвета 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Правильный ответ: а, б, в 2. Правильный ответ: а, в 3. Правильный ответ: б, г 4. Правильный ответ: г
<p>47.7. Показанием для длительной кислородотерапии при ХОБЛ являются:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Одышка 4 ст. по шкале mMRC для ХОБЛ категории С, Д 2. Гипоксемия менее 55 мм.рт.ст. или сатурация менее 88% в покое 3. Гипоксемия 56-59 мм. рт.ст. или сатурация 89% при наличии легочного сердца 4. Частые эпизоды обострений ХОБЛ с госпитализацией больного по поводу ДН

Раздел 8. БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

001.8. К ЭКГ критериям тромбоэмболии легочной артерии относятся:	<ol style="list-style-type: none">1. Отрицательный ТШ2. Появление зубцов QIII и SI3. БПНПГ4. БЛНПГ5. Атриовентрикулярная блокада
002.8. Определите уровень риска развития сердечно – сосудистых заболеваний у больной 60 лет, с АД 150 и 90 мм.рт.ст. Мать больной перенесла ИМ в возрасте 72 лет:	<ol style="list-style-type: none">1. Незначительный2. Низкий3. Средний4. Высокий5. Очень высокий
003.8. Абсолютные противопоказания к назначению иАПФ:	<ol style="list-style-type: none">1. Беременность2. Гиперкалиемия3. Двусторонний стеноз почечных артерий4. Ангioneвротический отек5. Подагра
004.8. Определите тактику лечения больного 57 лет, курильщика, с АД 160 и 90 мм.рт.ст.:	<ol style="list-style-type: none">1. Вмешательства не требуется2. Изменение образа жизни3. Незамедлительное начало лекарственной терапии4. Изменение образа жизни на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД – лекарственная терапия5. Изменение образа жизни на несколько недель, при отсутствии контроля АД – лекарственная терапия

005.8. Субклиническое поражение почек при ГБ проявляется:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышением уровня креатинина плазмы выше 133 мкмоль/л 2. Суточной экскрецией альбумина с мочой в количестве 300 – 500 мг 3. Снижением скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м² + 4. Наличием нефроангиосклероза по данным биопсии почки 5. Снижением накопления радиофармпрепарата по данным сцинтиграфии почек
006.8. Изолированная систолическая АГ – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. САД>140, ДАД < 90 мм.рт.ст. 2. САД>150, ДАД< 90 мм.рт.ст. 3. САД>140, ДАД > 90 мм.рт.ст. 4. САД>160, ДАД > 90 мм.рт.ст. 5. САД>180, ДАД > 90 мм.рт.ст.
007.8. Основным признаком эффективности терапии кардиогенного шока является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение артериального давления более 90/60 мм.рт.ст. 2. Диурез более 20 мл/ч 3. Синусовый ритм с ЧСС 60 – 80 уд./мин 4. Отсутствие хрипов в легких 5. Появление желудочковых аритмий
008.8. Во время выполнения ЭКГ – пробы с нагрузкой у пациента возникла боль в колене, нагрузка была прекращена. Субмаксимальная ЧСС достигнута не была. Изменений положения сегмента ST не зарегистрировано. Какова интерпретация пробы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Положительная 2. Отрицательная 3. Сомнительная 4. Слабоположительная 5. Проба неинформативна
009.8. Выберите основные цели лечения ИБС:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сокращение приступов стенокардии и их эквивалентов 2. Улучшение качества жизни 3. Улучшение выживаемости 4. Уменьшение ЧСС

<p>010.8. У больного ИБС диетотерапия проводится с целью снижения содержания общего холестерина плазмы. На каком этапе лечения следует присоединять терапию статинами:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. После 6 недель диетотерапии при недостаточном снижении уровня общего холестерина крови 2. После 6 недель диетотерапии независимо от уровня общего холестерина крови 3. После 3 месяцев диетотерапии при недостаточном снижении уровня общего холестерина крови 4. После 3 месяцев диетотерапии независимо от уровня общего холестерина крови 5. Одновременно с диетотерапией независимо от уровня общего холестерина крови
<p>011.8. Для диагностики ИБС применяются следующие неинвазивные методики:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЭКГ проба с чреспищеводной электрической стимуляцией предсердий 2. Исследование скорости распространения пульсовой волны 3. Мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий 4. Импедансная реовазография 5. Суточное мониторирование АД
<p>012.8. Ранняя постинфарктная стенокардия возникает в период:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 24 ч – 4 нед. после перенесенного ИМ 2. 24 ч – 8 нед. после перенесенного ИМ 3. Через полгода после перенесенного ИМ 4. Через год после перенесенного ИМ
<p>013.8. Причиной коронарной окклюзии при ИМ является:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ишемия коронарных артерий 2. Некроз коронарных артерий 3. Тромбоз коронарных артерий 4. Амилоидоз коронарных артерий 5. Гранулематоз коронарных артерий
<p>014.8. Типичные жалобы больных с аортальными пороками сердца:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сжимающие боли за грудиной 2. Синкопальные состояния 3. Одышка 4. Тяжесть в правом подреберье 5. Опоясывающие боли в животе

015.8. При недостаточности аортального клапана рентгенологически обнаруживается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение левого желудочка 2. Расширение всех отделов дуги аорты 3. Увеличение амплитуды и быстрая пульсация левого желудочка и аорты 4. Подчеркнутая «талия» сердца 5. Все перечисленное
016.8. Основные патогенетические механизмы гипертрофической кардиомиопатии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение систолической функции 2. Нарушение диастолической функции 3. Возникновение нарушений сердечного ритма 4. Обструкция выходного тракта левого желудочка 5. Нарушение функции автоматизма
017.8. Показаниями для назначения сердечных гликозидов являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фибрилляция предсердий при любом функциональном классе ХСН 2. Синусовая тахикардия 3. Низкое АД 4. Диастолическая дисфункция левого желудочка 5. Молодой возраст больных
018.8. Показания для трансплантации сердца при ХСН:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клапанные пороки сердца 2. ФВ ЛЖ более 40% 3. ФВ ЛЖ менее 20% 4. III ФК по NYHA 5. Выраженный отечный синдром
019.8. К проявлениям левожелудочковой недостаточности относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отек легких 2. Гидроторакс 3. Артериальная гипотензия и снижение кровоснабжения жизненно важных органов 4. Периферические отеки 5. Гепатомегалия
020.8. Звенья патогенеза ХСН при дилатационных поражениях миокарда:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение сердечного выброса 2. Увеличение концентрации ренина 3. Увеличение концентрации альдостерона 4. Снижение содержания натрия 5. Снижение содержания калия

021.8. Прямые признаки заднего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируются в следующих отведениях:	<ol style="list-style-type: none"> 1. I, aVL, V1 – V4 2. II, III, aVF 3. I, aVL, V5 – V6 4. aVL, V1 – V2 5. V1 – V6
022.8. Какой из нижеперечисленных механизмов лежит в основе гиполипидемического действия статинов:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Экспрессия рецепторов ЛПНП на гепатоцитах 2. Активация липолиза 3. Торможение реабсорбции желчных кислот в кишечнике 4. Все вышеперечисленное
023.8. В какой внутриклеточной структуре вырабатывается АТФ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клеточная мембрана 2. Митохондрии 3. Цитоплазма 4. Ядро
024.8. В норме, у здорового человека, вследствие окисления каких субстратов образуется наибольшее количество энергии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Окисления свободных жирных кислот 2. Окисления глюкозы 3. Окисления лактата 4. Окисления аминокислот
025.8. У пациента с ИБС при стенозирующем коронаросклерозе, вследствие окисления каких субстратов образуется наибольшее количество энергии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Окисления свободных жирных кислот 2. Окисления глюкозы 3. Окисления лактата 4. Окисления аминокислот
026.8. Что такое возвратная стенокардия:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стенокардия через определенное время после внутрикоронарного вмешательства 2. Стенокардия после АКШ 3. Стенокардия за месяц до дебюта ОИМ
027.8. Назовите основные факторы, которые определяют потребность миокарда в кислороде:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Напряжение стенок ЛЖ (объем ЛЖ, систолическое давление в полости ЛЖ) 2. ЧСС 3. Сократимость миокарда

<p>028.8. От каких факторов зависит величина коронарного кровотока:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сопротивление коронарных артерий 2. ЧСС 3. Перфузионное давление (разность между диастолическим давлением в аорте и диастолическим давлением в ЛЖ)
<p>029.8. Что происходит в миокарде во время ишемии:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Активация в кардиомиоцитах аэробного гликолиза 2. Активация в кардиомиоцитах анаэробного гликолиза (с накоплением лактата) 3. Изменение механических свойств миокарда (нарушение диастолической функции и сократимости в зоне ишемии) 4. Нарушение электрических свойств миокарда (смещение сегмента ST и другие изменения на ЭКГ) + 5. После восстановления кровотока в зоне ишемии сохраняется постишемическая дисфункция («оглушенный» миокард)
<p>030.8. Назовите причины возникновения ИБС при отсутствии атеросклероза коронарных артерий:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стенокардия Принцметала 2. Врожденные аномалии отхождения и строения КА 3. Синдромы Марфана, Элерса-Данло с расслоением корня аорты и КА 4. Синдром Гурлер с обструкцией КА в устье 5. Болезнь Кавасаки с формированием аневризмы КА 6. Коронарные васкулиты при системных заболеваниях и коллагенозах 7. Бактериальный эндокардит 8. Эмболии 9. Употребление кокаина 10. Диффузное стенозирование КА в пересаженном сердце

<p>031.8. Для пониженного содержания уровня калия в крови характерны следующие ЭКГ – признаки:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Депрессия сегмента ST (чаще в стандартных и правых грудных отведениях) 2. Снижение амплитуды зубца T, приводящих к появлению двухфазных или отрицательных зубцов T 3. Увеличение амплитуды зубца U 4. Увеличение продолжительности интервала QT 5. Синусовая тахикардия 6. В случае тяжелой гипокалиемии – удлинение интервала PQ и возникновение желудочковых аритмий
<p>032.8. Этиология гипокалиемии:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Алиментарная недостаточность 2. Гипергликемия 3. Алкалоз 4. Инсулинотерапия 5. Диарея, рвота, гипергидроз 6. Семейный гипокалиемический периодический паралич 7. Гиперальдостеронизм, терапия диуретиками 8. Интенсивный рост новых клеток 9. Повышенный уровень катехоламинов 10. Врожденное нарушение транспорта калия (синдромы Бартера, Лиддла)
<p>033.8. Найдите самый короткий путь к эффективной терапии ИБС:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комбинация ББ + Предуктал МВ 2. Комбинация ББ + пролонгированный нитрат + Предуктал МВ 3. Комбинация ББ + АК + Предуктал МВ
<p>034.8. Выберите основные цели лечения ИБС:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сокращение приступов стенокардии и их эквивалентов 2. Улучшение качества жизни 3. Улучшение выживаемости 4. Уменьшение ЧСС

035.8. Какие изменения на ЭКГ достоверно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ-пробы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реверсия негативного зубца Т 2. Удлинение интервала PQ 3. Депрессия сегмента ST более 2 мм 4. Появление предсердной экстрасистолы 5. Преходящая блокада правой ножки пучка Гиса
036.8. Какие признаки не характерны для вариантной стенокардии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ 2. При коронарографии в 10% случаев выявляются малоизмененные или непораженные коронарные артерии 3. Приступы возникают чаще ночью 4. Наиболее эффективны антагонисты кальция 5. Физическая нагрузка переносится плохо
037.8. При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Зондирования желудка 2. Рентгеноскопии ЖКТ 3. ЭКГ 4. Гастродуоденоскопии 5. Исследования мочи на уропепсин
038.8. Следующие суждения относительно безболевой ишемии миокарда верны, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее часто выявляется у лиц с установленным диагнозом ИБС 2. Принципы лечения те же, что и типичной стенокардии 3. Прогноз тот же, что и при болевой форме ИБС 4. Основой диагноза являются изменения ЭКГ 5. Важна мониторная ЭКГ
039.8. В каких отведениях ЭКГ выявляется инфаркт заднебоковой локализации:	<ol style="list-style-type: none"> 1. AVL, V5 – V6 2. 2,3 стандартные, AVF 3. V1 – V3 4. 2, 3 стандартные, AVF, V5 – V6 5. V3- V6

040.8. При каком заболевании наблюдается артериальная гипертензия пароксизмального типа:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Альдостерома 2. Узелковый периартеррит 3. Феохромоцитома 4. Синдром Иценко – Кушинга 5. Акромегалия
041.8. Какая причина артериальной гипертензии у больной со следующими клиническими признаками: внезапное появление головной боли на фоне резкого повышения АД, сопровождающееся тошнотой, тахикардией, бледностью кожных покровов, после приступа – полиурией:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Конна 2. Синдром Иценко – Кушинга 3. Климактерический синдром 4. Феохромоцитома 5. Тиреотоксикоз
042.8. Для полной АВ-блокады характерны все признаки, кроме одного:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Частота пульса – 36 в мин 2. Правильный ритм 3. Учащение пульса при физической нагрузке 4. Увеличение систолического артериального давления 5. Меняющаяся интенсивность тонов сердца
043.8. У 42-летнего больного, страдающего митральным пороком сердца, после перенесенной ангины появились частые предсердные экстрасистолы, ощущаемые больным как неприятные «толчки» в груди. Чем грозит данное нарушение ритма:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развитием недостаточности кровообращения 2. Появлением мерцательной аритмии 3. Возникновением пароксизмальной тахикардии 4. Появлением коронарной недостаточности 5. Развитием фибрилляции желудочков
044.8. Причиной мерцательной аритмии могут быть все нижеперечисленные заболевания, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нейроциркуляторной дистонии 2. Ревматизма 3. ИБС 4. Тиреотоксикоза 5. Дилатационной кардиомиопатии

045.8. Выявление на ЭКГ удлинения PQ, равного 0,28 с, свидетельствует о наличии у больного:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Блокады синоатриального проведения 2. Блокады атриовентрикулярного проведения 1-й степени 3. Блокады атриовентрикулярного проведения 2-й степени 4. Блокады атриовентрикулярного проведения 3-й степени 5. Синдрома преждевременного возбуждения желудочков
046.8. Больная 52 лет жалуется на кратковременные боли в области сердца. Больна 2 недели после ОРЗ. На ЭКГ – снижение сегмента ST на 1,5 мм и отрицательный зубец T. СОЭ – 45 мм/ч. Предположительный диагноз:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Климактерическая кардиомиопатия 2. ИБС 3. НЦД 4. Миокардит 5. Перикардит
047.8. Электрокардиографическими признаками синдрома Вольфа – Паркинсона – Уайта являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ширина комплекса QRS, превышающая 0,10 сек 2. Интервал P – Q 0,11 сек 3. Наличие d – волны 4. Все перечисленное
048.8. Пациент 19 лет направлен на обследование с предположительным диагнозом «митральный порок сердца». При осмотре был выявлен систолический шум на верхушке сердца. Какой метод обследования наиболее информативен для подтверждения или исключения диагноза порока сердца:	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЭКГ 2. Эхокардиография 3. Рентгеноскопия грудной клетки 4. Исследование крови на титры антистрептококковых антител 5. Ни один из перечисленных методов
049.8. У больного 42 лет, страдающего митральным пороком сердца, после ангины появились предсердные экстрасистолы. Чем грозит данное нарушение ритма:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развитием недостаточности кровообращения 2. Появлением мерцательной аритмии 3. Появлением коронарной недостаточности 4. Всем вышеперечисленным 5. Ничем из перечисленного

050.8. Какой параметр первым реагирует на функциональную неполноценность левого желудочка:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Периферическое сосудистое сопротивление 2. Уровень давления «заклинивания» в легочной артерии 3. Рентгенологические признаки застоя 4. Все перечисленное
051.8. Целевой уровень ЛПНП у больных ИБС должен составлять:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4,6 ммоль/л 2. 3,8 ммоль/л 3. 2,5 ммоль/л.
052.8. Критерием отмены статинов являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Достижение целевого уровня холестерина 2. Увеличение АлАТ в 2 раза 3. Увеличение печеночных трансаминаз более 3–кратного уровня 4. Увеличение креатинфосфокиназы в 1,5 раза 5. Увеличение креатинфосфокиназы в 10 раз
053.8. У 50-летнего курильщика впервые после физической нагрузки появились общая слабость, потливость, боли в левом плече. Бригадой скорой медицинской помощи через 30 мин от начала симптоматики проведена ЭКГ, на которой не обнаружено отклонений от нормы. Что следует предпринять:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Верифицировать обострение остеохондроза 2. Исключить диагноз инфаркта миокарда и ввести НПВП 3. Продолжить ЭКГ-мониторирование и взять анализ на АсАТ 4. Дать пациенту ацетилсалициловую кислоту, кислород, нитроспрей, назначить строгий постельный режим и повторить ЭКГ через 15 мин 5. Не проводить тромболизис до появления подъема сегмента ST и/или положительного теста на тропонин

<p>054.8. Выберите правильные утверждения. Подъем сегмента ST:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возникает только при ишемическом повреждении миокарда 2. Может быть при перикардите 3. Возможен у больных с синдромом WPW 4. Возможен при электролитных нарушениях 5. Требуется проведения тромболизиса, даже без клиники острого коронарного синдрома и увеличения кардиальных ферментов
<p>055.8. Укажите вероятную причину артериальной гипертензии у больной со следующими клиническими признаками: приступы внезапного повышения АД, сопровождающиеся интенсивной головной болью, тошнотой, сердцебиением, бледностью, тремором пальцев, а после прекращения приступа – полиурией:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Кона 2. Синдром Иценко–Кушинга 3. Феохромоцитома 4. Тиреотоксикоз
<p>056.8. Какие изменения на ЭКГ достоверно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ-пробы:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реверсия негативного зубца Т 2. Удлинение интервала PQ 3. Депрессия сегмента ST более 2 мм 4. Появление предсердной экстрасистолии 5. Преходящая блокада правой ножки пучка Гиса
<p>057.8. Какой из нижеперечисленных вариантов стенокардии является показанием к госпитализации:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стенокардия Принцметала 2. Впервые возникшая стенокардия напряжения 3. Быстро прогрессирующая стенокардия 4. Частая стенокардия напряжения и покоя 5. Все вышеперечисленное

<p>058.8. У больного с острым инфарктом миокарда (1-е сут) развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS уширен ($>0,12$ с) и деформирован, число желудочковых сокращений – 150 в мин. Ваш диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пароксизм мерцания предсердий 2. Желудочковая пароксизмальная тахикардия 3. Трепетание предсердий 4. Синусовая тахикардия 5. Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
<p>059.8. Для полной АВ-блокады характерны все признаки, кроме одного:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Частота пульса – 36 в мин. 2. Правильный ритм 3. Учащение пульса при физической нагрузке 4. Увеличение систолического артериального давления 5. Меняющаяся интенсивность тонов сердца
<p>060.8. У 22-летнего мужчины с детства замечали систолический шум на основании сердца. АД – 150/100 мм рт. ст. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка, неровные, зазубренные нижние края 5–7 ребер с обеих сторон. Снижение пульсации на ногах. Диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стеноз устья аорты 2. Дефект межпредсердной перегородки 3. Коарктация аорты 4. Дефект межжелудочковой перегородки 5. Открытый артериальный проток
<p>061.8. Для урежения частоты желудочковых сокращений при постоянной форме мерцания предсердий наиболее часто используют:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ингибиторы АПФ 2. Новокаиномид перорально 3. Сердечные гликозиды 4. β-блокаторы 5. Верапамил

062.8. Абсолютные противопоказания для назначения ингибиторов АПФ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 2. Гиперкалиемия 3. Двусторонний стеноз почечных артерий 4. Ангioneвротический отек 5. Подагра
063.8. Наиболее частой причиной возникновения митрального стеноза являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекционный эндокардит 2. Атеросклероз 3. Ревматизм 4. Ревматоидный артрит 5. Системные заболевания соединительной ткани
064.8. Типичные жалобы больных с аортальными пороками сердца:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сжимающие боли за грудиной 2. Синкопальные состояния 3. Одышка 4. Тяжесть в правом подреберье 5. Опоясывающие боли в животе
065.8. Показаниями к имплантации электрокардиостимулятора являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интермиттирующая АВ-блокада III степени или АВ-блокада II степени типа Мобитц II 2. Полная блокада левой ножки пучка Гиса 3. Синдром слабости синусового узла с документированной симптомной брадикардией или паузами 4. Синоатриальная блокада 5. Полная блокада правой ножки пучка Гиса

<p>066.8. Для клинической картины ИЭ у внутривенных наркоманов наиболее характерны:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поражение митрального клапана с формированием диастолического шума над верхушкой, выраженной легочной гипертензией с кровохарканьем 2. Частое поражение аортального клапана с формированием грубого систолического шума во втором межреберье справа от грудины, проводящегося на сосуды шеи, с симптомами коронарной и церебральной ишемии 3. Манифестация заболевания с симптомов диффузного гломерулонефрита 4. Частое поражение трикуспидального клапана с появлением систолического шума в его проекции с развитием тромбоэмболического синдрома, инфарктных пневмоний и дыхательной недостаточности 5. Частое поражение клапана легочной артерии
<p>067.8. Аускультативными признаками перикардита являются:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Глухие тоны сердца 2. Систолический шум во всех точках аускультации 3. Шум трения перикарда 4. Парадоксальный пульс 5. Систолический шум на верхушке
<p>068.8. Какие из перечисленных жирных кислот оказывают наиболее благоприятное влияние на липидный состав крови:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Насыщенные жирные кислоты 2. Мононенасыщенные жирные кислоты 3. Полиненасыщенные жирные кислоты 4. Ничего из перечисленного
<p>069.8. Инфекционный эндокардит с положительной гемокультурой бывает вызван инфекцией:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Грамотрицательной 2. Стрептококками и стафилококками 3. Внутриклеточными микроорганизмами

070.8. Эндокардит, вызванный грибковой инфекцией, относится:	<ol style="list-style-type: none"> 1. К эндокардиту с положительной гемокультурой 2. К эндокардиту с отрицательной гемокультурой, обусловленной предшествующим приемом антибиотиков 3. К эндокардиту с часто отрицательной гемокультурой 4. К эндокардиту с всегда отрицательной гемокультурой
071.8. Наиболее частый синдром в клинике инфекционного эндокардита:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лихорадка 2. Тромбоэмболические осложнения 3. Острая сердечная недостаточность
072.8. Трансэзофагеальная эхокардиография показана практически всем взрослым пациентам с левосторонним инфекционным эндокардитом:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Верно 2. Неверно
073.8. При исследовании крови на гемокультуру у пациентов с инфекционным эндокардитом следует:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Получать пробы крови на пике лихорадки 2. Выполнить исследование до назначения антибиотиков 3. Повторить исследование при первоначально отрицательном результате
074.8. Приемлемая схема антибактериальной терапии при стрептококковом инфекционном эндокардите:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сочетание аминопенициллинов с макролидами 2. Сочетание цефалоспоринов с фторхинолонами 3. Сочетание беталактамов с аминогликозидами
075.8. При стафилоковом эндокардите протезированных клапанов в схему антибактериальной терапии необходимо включать:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Линкозамиды 2. Рифампицин 3. Карбопенымы 4. Фторхинолоны

076.8. Хирургическое лечение у пациента с левосторонним инфекционным эндокардитом, сопровождающимся острой регургитацией и клиникой кардиогенного шока оперативное вмешательство:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не показано 2. Должно быть выполнено в ближайшие сутки 3. Выполняется в ближайшие дни после стабилизации состояния пациента
077.8. Показанием к срочному хирургическому лечению пациента с инфекционным эндокардитом является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Размер вегетаций на митральном клапане 10 мм 2. Сохраняющаяся более 10 дней лихорадка, несмотря на проводимую антибактериальную терапию 3. Митральная регургитация без признаков сердечной недостаточности
078.8. К наследственным кардиомиопатиям относят:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дилатационную кардиомиопатию 2. Гипертрофическую кардиомиопатию 3. Воспалительную кардиомиопатию 4. Кардиомиопатию Тако-Тсубо
079.8. К наиболее частому варианту гипертрофической кардиомиопатии относят:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Семейный амилоидоз 2. Мутации белков саркомеров 3. Болезнь Андерсона-Фабри 4. Болезнь Данона
080.8. Синдром, не характерный для гипертрофической кардиомиопатии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Артериальной гипертензии 2. Ангинозный 3. Синкопальных состояний 4. Нарушений ритма
081.8. Эффективным методом профилактики внезапной смерти у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение амиодарона 2. Кардиохирургическое лечение 3. Имплантация дефибриллятора-кардиовертера
082.8. При наличии обструкции выносящего тракта у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией препаратами выбора являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ингибиторы АПФ 2. Периферические вазодилататоры 3. Бета-адреноблокаторы 4. Диуретики

083.8. Рестриктивная кардиомиопатия ассоциирована с:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперэозинофильным синдромом 2. Вирусной инфекцией 3. Инфекционным эндокардитом
084.8. Наиболее чувствительным лабораторным тестом в диагностике миокардита является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение концентрации креатинкиназы-МВ в сыворотке 2. Определение уровня сердечных тропонинов 3. Определение уровня С-реактивного протеина 4. Определение титра противовирусных антител
085.8. «Золотым стандартом» визуализирующей диагностики миокардита является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эхокардиография 2. Сцинтиграфия с антимиеозиновыми антителами 3. Магниторезонансная томография
086.8. При вирусном миокардите не рекомендуется назначение:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Противовирусных препаратов 2. Нестероидных противовоспалительных средств 3. Ингибиторов АПФ
087.8. Верапамил внутривенно назначается при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фибрилляции и трепетании предсердий при синдроме WPW 2. Фибрилляции и трепетании предсердий у больного ХСН 3. Предсердной тахикардии
088.8. Аритмия практически безопасна при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЖЭ 10 и более в час у больного с постинфарктным кардиосклерозом 2. ЖЭ 10 и более в час у больного без органического поражения сердца 3. Тяжелом поражении миокарда и низкой ФВ у больного с устойчивой желудочковой тахикардией

<p>089.8. На ЭКГ при синдроме Бругада имеют место:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интервал PQ < 0.12 сек и «+» дельта-волна 2. Блокада правой ветви пучка Гиса с элевацией сегмента ST в V₁ – V₂ 3. Интервал QT (корректированный) > 0,44 – 0,46 сек 4. Интервал QT < 0.12 сек и нет дельта-волны
<p>090.8. Сердечные гликозиды повышают (увеличивают) следующие функции сердца:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Автоматизм 2. Проводимость 3. Возбудимость 4. Сократимость 5. Тоничность
<p>091.8. Антибактериальная профилактика при проведении процедур высокого риска бактериемии требуется:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Всем пациентам 2. Пациентам пожилого возраста 3. Пациентам, ранее перенесшим инфекционный эндокардит 4. Пациентам с пролапсом митрального клапана

Раздел № 9. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.9. Какой из признаков не характерен для обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:	<ol style="list-style-type: none">1. Боли натошак2. Боли через 30 мин после еды3. Боли через 2,5 часа после еды4. Боли справа в эпигастрии5. Изжога, кислая отрыжка
02.9. У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. Какое осложнение можно предположить:	<ol style="list-style-type: none">1. Стеноз привратника2. Пенетрацию3. Малигнизацию4. Перфорацию5. Демпинг-синдром
03.9. Снижение секреторно-кислотообразующей функции желудка наблюдается при:	<ol style="list-style-type: none">1. Хроническом антрум-гастрите2. Хроническом атрофическом гастрите3. Хроническом гипертрофическом гастрите4. Синдроме Золингера – Элиссона5. Всех указанных формах
04.9. Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка:	<ol style="list-style-type: none">1. Рентгенологический2. Эндоскопический3. Кал на скрытую кровь4. Желудочный сок с гистамином5. Эндоскопия с биопсией
05.9. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку тухлым яйцом, рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение возникло у больного:	<ol style="list-style-type: none">1. Пенетрация2. Перфорация3. Кровотечение4. Стеноз привратника5. Малигнизация

06.9. У больного жалобы на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды и натошак. Этот симптом предположительно указывает на наличие:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронического гастрита 2. Язвенной болезни желудка 3. Язвенной болезни двенадцатиперстной кишки 4. Холецистита 5. Панкреатита
07.9. Высокий уровень амилазы сыворотки может быть при всех состояниях, за исключением:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разрыва панкреатической кисты 2. Хронической застойной сердечной недостаточности 3. Внематочной беременности 4. Свинки 5. Острого панкреатита
08.9. Самым ценным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лейкоцитоз 2. Уровень аминотрансфераз крови 3. Уровень амилазы крови и мочи 4. Уровень щелочной фосфатазы 5. Гипергликемия
09.9. Наиболее характерным проявлением неспецифического язвенного колита является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разлитая боль в животе 2. Жидкий стул 3. Часты кровянистые испражнения 4. Узловая эритема 5. Боли в суставах
10.9. Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язвенной болезни 2. Холелитиазе 3. Постгастрорезекционном синдроме 4. Хроническом колите 5. Лямблиозе
11.9. Наиболее поверженными метастазированию при раке желудка являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Регионарные лимфоузлы 2. Печень 3. Вирховская железа 4. Дугласово пространство 5. Легкие
12.9. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нитроглицерин 2. Изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное) 3. Транквилизаторы 4. Холинолитики 5. Спазмолитики

13.9. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути 2. Избыточной массой тела 3. Дисфагией 4. Спазмом пищевода 5. Длительностью заболевания
14.9. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом 2. Хронической пневмонией 3. Язвенной болезнью желудка 4. Хроническим активным пангастритом 5. Склеродермией
15.9. Признаками пищевода Баррета являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язва пищевода 2. Цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части 3. Врожденный короткий пищевод 4. Отсутствие перистальтики пищевода 5. Щелочной пищевод
16.9. Ценкеровские дивертикулы имеют характерную локализацию в:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Задней стенке глотки и пищевода 2. Средней трети пищевода 3. Нижней трети пищевода 4. Абдоминальной части пищевода 5. Поддиафрагмальной части пищевода
17.9. Показанием для кардиодилатации при ахалазии пищевода является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие эффекта от консервативной терапии 2. Кровотечения 3. Эзофагиты 4. Беременность 5. Легочные осложнения
18.9. Острый эрозивный эзофагит возникает при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Химических ожогах 2. Острых инфекционных заболеваниях 3. Травмах 4. Аллергических заболеваниях 5. Лучевом поражении

19.9. Для кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Боли за грудиной 2. Страх смерти 3. Связь с положением тела 4. Отсутствие терапевтического эффекта от нитроглицерина 5. Отсутствие терапевтического эффекта от нитратов пролонгированного действия
20.9. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относят:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ желудочного сока 2. Рентгеноскопию 3. Гастроскопию 4. Гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка 5. pH-метрию
21.9. К этиологическим факторам язвенной болезни относят:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Алкоголь 2. Никотин 3. Нарушения питания 4. Стресс 5. Хеликобактер пилори
22.9. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рвота желчью 2. Урчание в животе 3. Резонанс под пространством Траубе 4. Шум плеска через 3-4 часа после приема пищи 5. Видимая перистальтика
23.9. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рефлюкс-гастрит 2. Язвенная болезнь 3. Гипертрофия мышц привратника 4. Пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку 5. Доброкачественный полип желудка
24.9. Лекарственные язвы чаще осложняются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кровотечением 2. Перфорацией 3. Стенозом 4. Малигнизацией 5. Пенетрацией

25.9. В лечение демпинг-синдрома входят:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Холинолитики и местноанестезирующие препараты 2. Диета с высоким содержанием углеводов 3. Диета с большим количеством жидкости 4. Диета с большим содержанием жиров 5. Антациды
26.9. Дифференциальный диагноз острого гастрита следует проводить с:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инфарктом миокарда 2. Острым холециститом 3. Острым панкреатитом 4. Тромбозом мезентериальных сосудов 5. Ущемлением ГПОД
27.9. Для хронического аутоиммунного гастрита характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Локализация в фундальном отделе желудка 2. Атрофия желудочных желез 3. Антитела к париетальным клеткам 4. Гипергастринемия 5. Гипохлоргидрия
28.9. К группе ингибиторов протонной помпы относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фамотидин 2. Рабепразол 3. Солкосерил 4. Вентер 5. Сукрат гель
29.9. Противопоказаниями к применению антихолинергических средств в терапии язвенной болезни являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Глаукома 2. Гастростаз 3. Высокая кислотность желудочного содержимого 4. Гипермоторика желудка
30.9. В клетках островков поджелудочной железы синтезируются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Секретин 2. Инсулин 3. ГИП (гастроингибирующий полипептид) 4. Глюкагон 5. ВИП (вазоактивный интестинальный пилипептид)

31.9. При муковисцидозе обычно поражаются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхолегочная система 2. Поджелудочная железа 3. Потовые железы 4. Почки 5. Надпочечники
32.9. Классическими проявлениями муковисцидоза является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Респираторный синдром 2. Стеаторея 3. Нарушения в экзокринной системе поджелудочной железы 4. Нарушения кислотно-щелочного равновесия 5. Нарушение водно-электролитного обмена
33.9. Постоянными клиническими проявлениями кистозного фиброза поджелудочной железы является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мышечная слабость 2. Стеаторея, креаторея 3. Легочные заболевания 4. Изменения электролитного состава пота и мочи 5. Диарея
34.9. При подозрении на хронический панкреатит, необходимо исключить:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Калькулезный холецистит 2. Язвенную болезнь 3. Рак поджелудочной железы 4. Висцеральный ишемический синдром 5. Кишечную непроходимость
35.9. Механизм болей при панкреатите обусловлен:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Воспалением поджелудочной железы (повреждение паренхимы и капсулы) 2. Периневральным воспалением и раздражением рецепторов 3. Стенозом и повышенным давлением в протоках 4. Сдавлением солнечного сплетения 5. Развитием псевдокист
36.9. Основными причинами развития обструктивной формы хронического панкреатита является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стеноз фатерова сосочка 2. Псевдокисты и рубцы, развившиеся вследствие острого панкреатита 3. Острый вирусный гепатит 4. Тромбоз сосудов 5. Язвенная болезнь

37.9. У лиц с врожденной недостаточностью лактазы отмечается вздутие живота, скопление газов и диарея при переваривании:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Молока 2. Яиц 3. Черного хлеба 4. Капусты 5. Сладостей
38.9. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тонкой кишки является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Микроворсинка 2. Бокаловидная клетка 3. Цилиндрическая клетка 4. Ворсинка
39.9. Суточная норма балластных веществ в питании составляет:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 10 г 2. 20 – 30 г 3. 40 – 45 4. 60 – 80 г 5. 100 – 150 г
40.9. Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипохромная анемия 2. Дефицит витамина С 3. Общее состояние больного не страдает 4. Пеллагрические изменения кожи 5. Дефицит витаминов группы В
41.9. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки с преобладанием запоров в терапию целесообразно включить:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гранаты 2. Пшеничные отруби 3. Сок капусты 4. Сок алоэ 5. Картофель
42.9. Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прямой кишке 2. Сигмовидной кишке 3. Нисходящей кишке 4. Поперечно-ободочной кишке 5. Слепой кишке
43.9. Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного полипа толстой или прямой кишки является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Боль 2. Кровь при дефекации 3. Мелена 4. Диарея 5. Запор

44.9. Поражение прямой кишки при неспецифическом язвенном колите может быть в:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 10 – 20% случаев 2. 25 – 50% случаев 3. 50 – 70% случаев 4. 70 – 85% случаев 5. 100% случаев
45.9. При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Слизистая оболочка 2. Слизистая и подслизистая оболочки 3. Серозная оболочка 4. Вся стенка кишки 5. Мышечный слой кишки
46.9. Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Болезни Крона 2. Дивертикулезе толстой кишки 3. Неспецифическом язвенном колите 4. Врожденной долихосигме 5. Полипозе толстой кишки
47.9. При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение диаметра кишки 2. Множественные гаустрации 3. Вид "булыжной мостовой" 4. Мешковидные выпячивания по контуру кишки 5. Изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
48.9. При неспецифическом язвенном колите легкой и средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кортикостероиды 2. Фталазол 3. Левомицетин 4. Сульфасалазин , месалазин 5. Аmpiциллин
49.9. В патогенетическом лечении болезни Крона используют:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диету 2. Витаминотерапию 3. Стероидные гормоны 4. Нитрофураны 5. Пробиотики

Раздел 10. БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.10. Какой симптом или синдром из перечисленных не характерен для цирроза печени:	<ol style="list-style-type: none">1. Диспепсический2. Астено – вегетативный3. Метеоризм4. Портальная гипертензия5. Острая боль6. Мезенхимально – воспалительный7. Цитолитический8. Геморрагический
02.10. Какой метод позволяет верифицировать диагноз цирроза печени:	<ol style="list-style-type: none">1. Биохимическое исследование2. УЗИ3. Биопсия4. Сканирование5. Компьютерная томография
03.10. Какие изменения на сканограмме характерны для цирроза печени:	<ol style="list-style-type: none">1. Очаговое отсутствие накопления изотопа2. Диффузно неравномерное накопление изотопа в печени3. Диффузно неравномерное распределение радионуклеида, повышение его накопления в селезенке
04.10. Какие морфологические изменения характерны для цирроза печени:	<ol style="list-style-type: none">1. Фиброз, узловая регенерация, перестройка сосудистого русла, воспалительно-инфильтративная реакция2. Фиброз, воспалительная инфильтрация3. Жировая дистрофия4. Ни одно из перечисленных
05.10. Какой из признаков не отражает портальную гипертензию:	<ol style="list-style-type: none">1. Асцит2. «Голова Медузы»3. Геморрой4. Варикозное расширение вен пищевода5. Желтуха6. Спленомегалия

06.10. Какой признак не связан с гиперспленизмом:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Панцитопения 2. Спленомегалия 3. Желтуха
07.10. К мелкоузловому циррозу печени обычно приводит:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перенесенный вирусный гепатит 2. Злоупотребление алкоголем 3. Заболевания желчевыводящих путей 4. Жировой гепатоз 5. Все вышеперечисленные причины
08.10. При общеклиническом физическом исследовании при циррозе печени:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Печень плотная, край ее заострен 2. Бугристая, каменистой плотности 3. Уплотнена, край закруглен 4. Обычной консистенции, увеличена
09.10. При мелкоузловом циррозе (в начале декомпенсации) преобладают проявления:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Портальной гипертензии 2. Печеночно-клеточной недостаточности 3. Холестаза 4. Все перечисленное
10.10. При каком циррозе в биоптате выявляются тельца Маллори?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Алкогольном 2. Инфекционном 3. Билиарном 4. При всех видах цирроза 5. Ни при одном
11.10. К крупноузловому циррозу чаще приводит:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Злоупотребление алкоголем 2. Вирусный гепатит 3. Дисбаланс питания 4. Заболевания ЖКТ
12.10. Кто обычно болеет первичным билиарным циррозом печени?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мужчины 2. Женщины
13.10. Что наиболее характерно для первичного билиарного цирроза печени?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Желтуха 2. Кожный зуд 3. Кровоточивость 4. Боли в пояснице 5. Все перечисленные симптомы

14.10. Асцит при циррозах печени образуется вследствие:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вторичного гиперальдостеронизма 2. Гипоальбуминемии 3. Портальной гипертензии 4. Всего перечисленного 5. Ничего из перечисленного
15.10. Ближайшей причиной печеночной комы у больного циррозом печени может быть:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода 2. Прием тиазидовых диуретиков 3. Длительный прием барбитуратов 4. Ни одна из перечисленных причин 5. Все перечисленные причины
16.10. При угрозе печеночной комы в диете нужно ограничить:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Белки 2. Жиры 3. Углеводы 4. Жидкость 5. Минеральные соли
17.10. В диагностике цирроза печени решающим биохимическим тестом является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проба с бромсульфалеином 2. Определение уровня билирубина 3. Определение уровня аминотрансфераз 4. Ни один из перечисленных тестов 5. Все перечисленные тесты
18.10. При крупноузловом циррозе печени на первый план выступают:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Печеночно-клеточная недостаточность 2. Портальная гипертензия 3. Холестаз 4. Все перечисленные синдромы 5. Ни один из перечисленных синдромов
19.10. Гепатомегалия, спленомегалия и мелена заставляют подозревать:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки 2. Кровоточащие вены пищевода при циррозе печени 3. Тромбоз мезентериальной артерии 4. Неспецифический язвенный колит 5. Кровоточащие язвы желудка
20.10. Синдром цитолиза выражен в наибольшей степени при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наследственном сфероцитозе 2. Синдроме Жильбера 3. Хроническом активном гепатите 4. Желчнокаменной болезни 5. Циррозе печени

21.10. Только прямая (конъюгированная) гипербилирубинемия характерна для:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемолитической желтухи 2. Печеночно-клеточной желтухи 3. Внепеченочного холестаза 4. Внутрпеченочного холестаза 5. Нарушения захвата и связывания билирубина
22.10. Повышение уровня прямого и непрямого билирубина наблюдается при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наследственном сфероцитозе 2. Синдроме Жильбера 3. Холедохолитиазе 4. Активном гепатите 5. Опухоли поджелудочной железы
23.10. При каком заболевании не может быть значительной гепатомегалии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рак печени 2. Застойная сердечная недостаточность 3. Острый вирусный гепатит 4. Крупноузловой цирроз печени 5. Гемохроматоз
24.10. Для синдрома цитолиза, развивающегося при острых поражениях печени, характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ 2. Повышение уровня ЩФ 3. Снижение уровня протромбина 4. Изменение белково-осадочных проб 5. Положительная проба Кумбса
25.10. Резкое повышение щелочной фосфатазы возможно при заболеваниях:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внепеченочный холестаз 2. Внутрпеченочный холестаз 3. Метастазы рака в кости 4. Гипотиреоз 5. Острый вирусный гепатит В
26.10. Заподозрить хронический гепатит вне обострения позволяют:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стеаторея (нейтральный жир) 2. Повышение уровня сахара в крови 3. Наличие кальцификатов в поджелудочной железе, обнаруженных на УЗИ 4. Повышение артериального давления 5. Высокий уровень амилазы в крови и моче

27.10. Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипохромная анемия 2. Дефицит витамина С 3. Общее состояние больного не страдает 4. Пеллагрические изменения кожи 5. Дефицит витаминов группы В
28.10. Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прямой кишке 2. Сигмовидной кишке 3. Нисходящей кишке 4. Поперечно-ободочной кишке 5. Слепой кишке
29.10. При копрологическом исследовании подтвердить диагноз мальабсорбции позволяют обнаруженные:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Креаторея 2. Мыла и жирные кислоты 3. Внутриклеточный крахмал 4. Йодофильная флора 5. Нейтральный жир
30.10. Характерными признаками для рвотных масс при органическом стенозе привратника являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обильные с наличием остатков пищи и неприятным запахом 2. Обильные с наличием хлористоводородной кислоты 3. С примесью крови 4. Обильные с примесью желчи 5. Скудные с примесью слизи
31.10. Рецидивирующий характер желтухи, кожного зуда, лихорадки, гипербилирубинемии (до 340-520 ммоль/л), билирубинурии у больного среднего возраста при отсутствии спленомегалии более характерен для:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внутрипеченочного холестаза 2. Синдрома Жильбера 3. Рака головки поджелудочной железы
32.10. Для какого из перечисленных синдромов характерен кожный зуд, увеличение конъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы, холестерина:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Печеночно-клеточной желтухи 2. Внутрипеченочного холестаза 3. Синдрома Жильбера 4. Синдрома Криглера – Наяра 5. Гемолитической желтухи

<p>33.10. В диагностике какого заболевания имеет значение увеличение уровня альфа-фетопротейна:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронического гепатита 2. Эхинококкоза печени 3. Гепатоцеллюлярного рака 4. Острого вирусного гепатита 5. Всех перечисленных заболеваний
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Раздел 11. БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.11. Ренин секретируется клетками:	<ol style="list-style-type: none">1. Эпителиоидными (гранулярными)2. Эпителиоидными и плотного пятна (Macula densa)3. Плотного пятна и Гурмагтига4. Эпителиоидными, плотного пятна, мезангиальными и Гурмагтига
02.11. Основное функциональное значение клеток плотного пятна заключается в регуляции синтеза:	<ol style="list-style-type: none">1. Простагландинов2. Ренина3. Калликреин-кинина4. Простагландинов, ренина, калликреина
03.11. Простагландины вызывают:	<ol style="list-style-type: none">1. Вазодилатацию и стимуляцию секреции вазопрессина2. Депрессорный эффект и стимуляцию секреции ренина3. Вазодилатацию и стимуляцию синтеза урокиназы4. Депрессорный эффект и стимуляцию секреции АДГ
04.11. Фильтром для форменных элементов крови являются:	<ol style="list-style-type: none">1. Поры эндотелиального слоя2. Поры базальной мембраны3. Щелевые мембраны4. Ножки подоцитов5. Щеточная кайма
№ 5. Действие АДГ осуществляется:	<ol style="list-style-type: none">1. В проксимальном канальце2. В петле Генле3. В дистальном канальце4. В собирательной трубке5. По ходу всего нефрона

06.11. Эритропоэтин вызывает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анаболический эффект 2. Эритропоэтическую порфирию 3. Восстановление эритропоэза и анаболический эффект 4. Увеличение жизни эритроцита 5. Все указанные процессы
07.11. Наличие наследственного фактора играет наименьшую роль при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдроме Альпорта 2. Поликистозе почек 3. Реноваскулярной гипертензии 4. Вторичном амилоидозе 5. Медуллярной кистозной болезни
08.11. Для отеков почечного генеза не характерны их локализация:	<ol style="list-style-type: none"> 1. На лице 2. На ногах 3. Изолированно на руках 4. На всех конечностях и туловище
09.11. Обнаружение гиалиновых цилиндров в моче свидетельствует о:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хроническом гломерулонефрите 2. Хроническом пиелонефрите 3. Амилоидозе почек 4. Патологии почек без дифференциации заболевания 5. Не имеет диагностической ценности
10.11. Животный белок и поваренная соль в диете:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышают клубочковую фильтрацию 2. Понижают клубочковую фильтрацию 3. Не изменяют клубочковой фильтрации 4. Влияние зависит от уровня артериального давления 5. Влияние зависит от природы основного заболевания
11.11. В пожилом возрасте происходит:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение клубочковой фильтрации 2. Понижение клубочковой фильтрации 3. Сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне 4. Понижение клубочковой фильтрации только у мужчин 5. Вопрос не исследован

12.11. При заболеваниях почек раньше нарушается процесс:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разведения мочи 2. Концентрирования мочи 3. Разведение и концентрирование нарушаются одновременно 4. В зависимости от уровня артериального давления 5. В зависимости от характера заболевания
13.11. Высокорениновая неконтролируемая почечная гипертензия характерна для:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стенозирующий атеросклероз почечной артерии 2. Подагрическая нефропатия 3. Истинная склеродермическая почка 4. Узелковый периартериит 5. Синдром Киммельстиля-Вильсона
14.11. Отберите функциональные протеинурии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ортостатическая протеинурия 2. Лихорадочная протеинурия 3. Протеинурия напряжения 4. Протеинурия переполнения 5. Микроальбуминурия
15.11. При остром гломерулонефрите стрептококковой этиологии поражение клубочков происходит под влиянием:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплекса антиген-антитело 2. Антитела, направленного против мембраны стрептококка 3. Токсинов стрептококка 4. Всех перечисленных факторов
16.11. Патогенетическая терапия при остром гломерулонефрите:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Показана 2. Не показана 3. Показана в зависимости от дебюта заболевания 4. Показана в зависимости от выраженности протеинурии 5. Показана при повышении креатинина плазмы
17.11. У больных, получающих лечение цитостатическими препаратами при диспансерном наблюдении, необходим контроль:	<ol style="list-style-type: none"> 1. За креатином 2. За форменными элементами крови 3. За холестерином 4. За ЭКГ 5. За состоянием прозрачных сред глаза

18.11. В патогенезе гломерулонефрита принимают участие:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Иммунологически измененная базальная мембрана 2. Отложение комплексов антиген-антитело на базальной мембране 3. Образование капиллярных микротромбов 4. Ни один из перечисленных факторов 5. Все перечисленные факторы
19.11. Патогенетическое лечение хронического гломерулонефрита сводится к воздействию:	<ol style="list-style-type: none"> 1. На иммунологические звенья патогенеза 2. На воспалительный процесс 3. На внутрисосудистую коагуляцию 4. На все перечисленные механизмы
20.11. При гематурической форме гломерулонефрита, проявляющейся эпизодами изолированной макрогематурии, следует:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Воздержаться от терапии 2. Назначить индометацин 3. Назначить преднизолон 4. Назначить цитостатики 5. Назначить 4-компонентную схему
21.11. Показания для проведения «пульс»-терапии преднизолоном являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Высокая степень активности почечного процесса 2. Быстро прогрессирующий нефрит 3. Криз отторжения трансплантата 4. Все перечисленные состояния
22.11. Терапия стероидами наиболее эффективна:	<ol style="list-style-type: none"> 1. При хроническом нефрите гипертонического типа 2. При хроническом нефрите латентного течения 3. При амилоидозе с поражением почек 4. При активном волчаночном нефрите 5. При терминальном нефрите
23.11. Острый пиелонефрит наиболее часто вызывается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кишечной палочкой 2. Протеем 3. Синегнойной палочкой 4. Стафилококком 5. Энтерококком

24.11. Возникновению острого пиелонефрита чаще всего способствует:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Охлаждение 2. Перегревание 3. Нарушение пассажа мочи 4. Острый цистит 5. Все указанные факторы
25.11. Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сдавление мочеточников увеличенной маткой 2. Понижение реактивности организма 3. Дилатация мочеточников за счет гормональной перестройки 4. Анемия беременных 5. Все указанные изменения
26.11. Хронический пиелонефрит чаще вызывается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кишечной палочкой 2. L- формами бактерий 3. Микоплазмой 4. Протеем 5. Синегнойной палочкой
27.11. В этиологии хронического пиелонефрита ведущая роль принадлежит:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наследственному генетическому фактору 2. Вирулентности микроорганизмов 3. Уростазу 4. Нерациональной терапии острого пиелонефрита 5. Аутоагрессии
28.11. Для выявления бактериурии целесообразно исследование:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ночной мочи 2. Утренней мочи после предварительного опорожнения мочевого пузыря 3. Мочи, взятой в любое время суток 4. Мочи, взятой катетером 5. Мочи, полученной после подмывания антисептиком
29.11. У беременной имеет место значимая бактериурия. В этом случае следует назначать:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальную терапию 2. Антибактериальную терапию только при наличии дизурии 3. Антибактериальную терапию только при наличии лейкоцитурии 4. Фитотерапию 5. При отсутствии клиники воздержаться от терапии

30.11. Наиболее неблагоприятно для плода назначение терапии при нефропатии беременных:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Постельным режимом и диетой 2. Фуросемидом 3. Гипотиазидом 4. Плазмозаменителями
31.11. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей незамедлительной коррекции, является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение концентрации мочевины крови 2. Повышение содержания креатинина в крови 3. Гиперфосфатемия 4. Гиперкалиемия 5. Гиперурикемия
32.11. Причиной мышечной слабости при острой почечной недостаточности является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение внутриклеточной воды и внутриклеточного кальция 2. Уменьшение внутриклеточного натрия 3. Гипокальциемия 4. Гиперкалиемия и метаболический ацидоз 5. Все перечисленное
33.11. Причиной дыхательной недостаточности в раннем периоде острой почечной недостаточности становится:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение сердечного выброса 2. Избыток жидкости и артериальная гипертензия 3. Нарушение газового обмена, увеличение проницаемости капилляров легких, «дистресс» - синдром
34.11. При хроническом пиелонефрите патологоанатомическое исследование постоянно выявляет:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Атрофию эпителия канальцев 2. Лимфогистиоцитарную инфильтрацию интерстиция 3. Поражение сосудов почек 4. Инвазивный гломерулит 5. Перигломерулярный склероз

Раздел № 12. БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

<p>01.12. У 48-летней нерожавшей женщины с клиническими симптомами тиротоксикоза отмечается безболезненный зоб незначительных размеров, офтальмопатия отсутствует. Результаты обследования: Т3-245 нг/дл (норма 90-200), Т4-16,2 нг/дл (норма 4,5-12), ТТГ-1 мкмоль/мл (норма 0,5-3,6), поглощение I 131 <1% через 24 часа (норма 20-35%), тироглобулин –25 нг/мл (норма 2-20), СОЭ-10 мм/час. Каков вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Йод-индуцированный тиротоксикоз2. Лекарственный гипертироз3. Подострый тиреоидит4. Безболевого форма тиреоидита
<p>02.12. У больного, перенесшего отит, вновь резко поднялась температура тела, появились боли пульсирующего характера в области шеи с иррадиацией в верхнюю и нижнюю челюсть, потливость, сердцебиение. При пальпации щитовидной железы отмечается резкая болезненность и определяется участок флюктуации. В клиническом анализе крови лейкоцитоз до 13 000 со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ до 45 мм/час. Какой диагноз вы поставите данному больному:</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Подострый тиреоидит2. Тиротоксикоз3. Острый тиреоидит

03.12. При остром тиреоидите проводится:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Субтотальная резекция щитовидной железы 2. Антибиотикотерапия 3. Лечение глюкокортикоидами 4. Лечение мерказолилом
04.12. Высокий уровень каких антител патогномичен для ДТЗ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Антитела к микросомальной фракции 2. Антитела к тироглобулину 3. Тиреостимулирующие антитела
05.12. У 27-летней женщины со сроком беременности 21 неделя в анамнезе аутоиммунный тиреоидит. При осмотре жалоб не предъявляет, щитовидная железа плотной эластичной консистенции, однородная. В крови определяется нормальный уровень Т3 и Т4, повышение ТТГ до 12 нг/мл (норма 6-10). По данным УЗИ объем щитовидной железы составляет 23 мл. Какова ваша тактика по ведению этой женщины:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендовать употребление продуктов с повышенным содержанием йода 2. Наблюдать и назначить левотироксин только при снижении Т3 и Т4 3. Назначить 25 мкг левотироксина
06.12. Какие утверждения верны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лечение подострого тиреоидита необходимо начинать с антибиотикотерапии 2. При лечении ДТЗ у беременных женщин предпочтение отдается пропилтиоурацилу 3. При выявлении узловых образований на фоне аутоиммунного тиреоидита необходимо срочное оперативное лечение 4. При лечении аритмии амиодароном возможно развитие йод-индуцированного тиротоксикоза 5. В основе патогенеза ДТЗ лежат патологические иммунные реакции 6. При аутоиммунном тиреоидите в крови выявляется высокий титр тироблокирующих антител

07.12. Для дифференциальной диагностики ДТЗ и йодиндуцированного тиротоксикоза у больного, принимающего амиодарон и не имеющего отягощенного анамнеза, необходимо провести:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гормональное обследование 2. УЗИ 3. Радиоизотопное исследование щитовидной железы 4. Исследование крови на наличие тиростимулирующих антител
08.12. Плацентарный барьер хорошо проницаем для:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Йода 2. Тиростимулирующих антител 3. Тиреостатических препаратов 4. Тиреоидных гормонов
09.12. У больного 32 лет имеется односторонний экзофтальм, повышенная нервозность и зоб. Все проведенные обследования в пределах нормы: Т4: 9,6 нг/дл (N 6-12), ТТГ на нижней границе нормы, но повышается после пробы с тиролиберином. Ваш диагноз:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эутиреоидная офтальмопатия 2. Офтальмопатия неясной этиологии 3. Аутоиммунный тиреоидит 4. ТЗ –тиротоксикоз 5. Ничего из перечисленного
10.12. Механизм увеличения щитовидной железы в объеме в период беременности включает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение потребности в йоде 2. Повышение выработки тироксинсвязывающего глобулина в печени 3. Повышение выработки хорионического гонадотропина в 1 триместре беременности
11.12. Основное действие паратгормона включает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ингибирование реабсорбции фосфора и увеличение его выделения почками 2. Резорбция кальция и фосфора из костей 3. Увеличение реабсорбции кальция из клубочков 4. Повышение абсорбции кальция в пищеварительном тракте

12.12. Диагноз сахарного диабета подтверждается при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уровне глюкозы плазмы натощак > 6,7 ммоль/л 2. Уровне глюкозы капиллярной крови натощак > 6,7 ммоль/л 3. Уровне глюкозы плазмы натощак > 7,0 ммоль/л 4. Уровне глюкозы капиллярной крови натощак > 6,1 ммоль/л
13.12. Нарушенная гликемия натощак – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Глюкоза капиллярной крови > 5,5 ммоль/л 2. Глюкоза капиллярной крови > 5,5 ммоль/л, но < 6,0 ммоль/л
14.12. На каком сроке развития беременности показано проведение скрининга на наличие гестационного сахарного диабета:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18-20 недель 2. 20-24 недели 3. 24-28 недель 4. 32-36 недель
15.12. Какие из нижеперечисленных результатов теста с нагрузкой глюкозой (75 мг) свидетельствуют о нарушенной толерантности к глюкозе:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Натощак > 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 7,8 ммоль/л 2. Натощак < 6,7 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки < 11,1 ммоль/л 3. Натощак < 6,1 ммоль/л, через 2 часа > 7,8 ммоль/л, но < 11,1 ммоль/л
16.12. В каком случае следует ожидать гиперинсулинемию:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический панкреатит 2. Синдром Иценко-Кушинга 3. Гиперальдостеронизм 4. Гемохроматоз 5. Гестационный сахарный диабет
17.12. Какие из нижеперечисленных факторов могут влиять на показатели ГТТ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возраст после 60 лет 2. Беременность 3. Прием пероральных контрацептивов 4. Прием салицилатов 5. Прием глюкокортикоидов 6. Прием тиазидовых мочегонных

18.12. Показанием к «кесареву сечению» при гестационном и прегестационном сахарном диабете является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Масса тела плода >4, 5 кг 2. Прибавка массы тела за период беременности > 12 кг 3. Наличие артериальной гипертензии у матери 4. Прогрессирование нефропатии, ретинопатии
19.12. Какие осложнения наблюдаются у новорождённых при гестационном сахарном диабете у матери:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром острой дыхательной недостаточности 2. Гипогликемические состояния 3. Желтуха 4. Гипергликемия
20.12. Какие патологические процессы из названных ниже развиваются в результате гипергликемии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотический диурез 2. Глюкозурия 3. Потеря воды и электролитов 4. Снижение массы тела
21.12. Реактивная (функциональная) гипогликемия может появляться при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышении тонуса вагуса 2. Язвенной болезни желудка 3. Как предвестник манифестации сахарного диабета типа 2 4. При патологии печени
22.12. Клинические проявления синдрома инсулинорезистентности включают:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Артериальную гипертензию 2. Абдоминальное ожирение 3. Дислипидемию 4. Сахарный диабет типа 2 или НТГ 5. Подагру 6. Все вышеперечисленное
23.12. Критерии «макрососудистого риска» при сахарном диабете типа 2 включают:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уровень глюкозы плазмы натощак > 6,0 ммоль/л 2. Уровень глюкозы плазмы натощак >7,0 ммоль/л. 3. Уровень общего холестерина > 6.0 ммоль/л 4. Уровень триглицеридов > 2,2 ммоль/л 5. Уровень АД >140/85 мм.рт.ст 6. Уровень АД >130/80 мм.рт.ст

24.12. У 58-летнего мужчины недавно диагностирован сахарный диабет, наблюдается резкое похудение и кожная сыпь, больше выраженная внизу живота и в промежности, которую дерматолог определил как некротическую мигрирующую эритему. О каком диагнозе может идти речь:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гастронома 2. Глюкагонома 3. Сахарный диабет типа I
25.12. Какие симптомы, из приведённых ниже, характерны для висцеральной нейропатии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ортостатическая гипотония 2. Анестезия и атония мочевого пузыря 3. Импотенция 4. Безболевая форма инфаркта миокарда 5. Боли в подложечной области
26.12. Что из названных симптомов характерно для диабетической периферической нейропатии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тянущие боли в симметричных участках конечностей 2. Парестезии 3. Анестезия по типу «носков» 4. Резкая атрофия и слабость проксимальной группы мышц 5. Нарушение потоотделения 6. Всё вместе
27.12. К каким клиническим синдромам, из перечисленных ниже, приводит дегидратация:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гиповолемия 2. Гемоконцентрация 3. Недостаточность периферического кровообращения 4. Увеличение объёма циркулирующей крови 5. Гипоксия
28.12. Какие клинические признаки дадут возможность подумать о наличии гестационного сахарного диабета:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прибавка массы тела во время беременности более 11 кг 2. Крупный плод 3. Многоводие 4. Инфекция мочевыводящих путей

29.12. Скрининговый тест, подозрительный на гестационный сахарный диабет:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уровень гликемии через один час после нагрузки 50 г глюкозы per os составляет более 7, 8 ммоль/л 2. Уровень гликемии через один час после нагрузки 75 г глюкозы per os составляет более 7, 8 ммоль/л 3. Уровень гликемии через два часа после нагрузки 50 г глюкозы per os составляет более 7, 8 ммоль/л
30.12. Для беременной с прегестационным диабетом типа 1 в первой половине беременности характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение потребности в инсулине 2. Повышение потребности в инсулине 3. Риск развития кетонурии 4. Улучшение функций почек на фоне нормогликемии 5. Ухудшение функций почек на фоне нормогликемии
31.12. Какая тактика восстановления дефицита жидкости и электролитов при кетоацидотической коме правильна:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Восстановление дефицита жидкости должно проводиться интенсивно 2. Восстановление дефицита жидкости должно быть постепенным под контролем гемодинамических показателей 3. Коррекция ионов калия проводится только при гипокалиемии 4. Коррекцию ионов калия необходимо начинать при нормокалиемии
32.12. Чем из нижеперечисленного можно объяснить пониженную чувствительность (резистентность) к инсулину в начальной фазе лечения диабетической комы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ацидоз 2. Высокий уровень свободных жирных кислот в крови 3. Высокий уровень антагонистов инсулина (глюкагон, СТГ, катехоламины, глюкокортикоиды) 4. Высокая гликемия
33.12. Какие клинические симптомы, из перечисленных ниже, характерны для лактацидоза:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дыхание типа Куссмауля 2. Запах ацетона изо рта 3. Тошнота, рвота 4. Обезвоживание 5. Снижение температуры 6. Сердечно-сосудистая недостаточность

<p>34.12. Что из нижеследующего можно отнести к гипогликемии, обусловленной приемом алкоголя:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уменьшение поступления аминокислот из мышц 2. Истощение запасов гликогена в печени 3. Нарушение нормальной реакции глюкагона на снижение гликемии 4. Блок глюконеогенеза, вызванный нарушением соотношения НАДФ и НАД в печени 5. Блокада гликогенолиза вследствие преобладания НАДФ над НАД в печени
<p>35.12. Какие биохимические показатели характерны для кетоацидоза:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышается уровень циркулирующих НЭЖК 2. Гипогликемия 3. Повышены кетоновые тела 4. Часто повышается К⁺ сыворотки
<p>36.12. Что из перечисленного ниже верно в отношении механизма действия бигуанидов:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не влияют на периферическую утилизацию глюкозы 2. Тормозят глюконеогенез и способствуют увеличению содержания лактата, пирувата 3. Нарушают всасывание в кишечнике глюкозы, аминокислот, желчных кислот, соли, воды, фолиевой кислоты 4. Не влияют на жировой обмен 5. Обладают умеренно выраженным аноректическим действием
<p>37.12. Что из перечисленного ниже верно в отношении механизма действия сульфаниламочевинных препаратов:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышают секрецию инсулина β-клетками поджелудочной железы 2. Не увеличивают утилизацию глюкозы в печени и мышцах с образованием в них гликогена 3. Не оказывают влияния на физиологическую чувствительность β-клеток к уровню гликемии 4. Тормозят неоглюкогенез в печени и липолиз в жировой ткани 5. Потенцируют действие эндогенного и экзогенного инсулина путем торможения связывания инсулина с антителами и улучшения процессов инсулинрецепторного взаимодействия

<p>38.12. Что из нижеперечисленного является главным источником глюкозы в период длительного голодания:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Запасы гликогена в печени 2. Глицерол, освобожденный из триглицеридов 3. Лактат из скелетной мускулатуры 4. Синтез глюкозы из аминокислот в печени 5. Синтез глюкозы из НЭЖК в печени
<p>39.12. 40-летняя женщина жалуется на сердцебиение, тревогу и дрожь в полночь и днем. Симптомы возросли по частоте и интенсивности за последние несколько месяцев и купируются или уменьшаются после приема пищи. При осмотре: ожирение и АД 170/100. Единичные микрокровоизлияния в обоих глазах и отсутствие сухожильных рефлексов в ахилловых сухожилиях. Во время проведения теста толерантности к глюкозе возникли симптомы гипогликемии, подтвержденные лабораторно. Что является наиболее вероятной причиной данных симптомов:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Функциональная (реактивная) гипогликемия 2. Тиротоксикоз 3. Сахарный диабет 4. Инсулинома 5. Феохромоцитома 6. Тревога
<p>40.12. Гиперпролактинемия может быть спровоцирована:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аминазином 2. Амитриптиллином 3. Церукалом 4. Морфином 5. Всем вышеперечисленным 6. Ничем из вышеперечисленного
<p>41.12. Какой из перечисленных гормонов вырабатывается в передней доле гипофиза:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бета-эндорфин 2. Соматостатин 3. Соматомедин С 4. Окситоцин 5. Ничего из вышеперечисленного

<p>42.12. 34-летняя женщина обратилась с жалобами на постоянные головные боли, аменорею и увеличение веса. При обследовании выявлено следующее: пролактин –55 нг/мл(норма 2-25), Т4 –1,8 мкг/дцл (норма 4,5-12), Т3 – 85 нг/дцл (норма 90-200), ТТГ больше 60 МЕД/мл и увеличение гипофиза при ЯМР. Каков вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пролактинома 2. Тиротропинома 3. Вторичная гиперплазия гипофиза
<p>43.12. Синдром пустого турецкого седла:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Является неопухолевым расширением турецкого седла 2. Часто сопровождается гипофизарными нарушениями 3. Часто имеет место у женщин с ожирением 4. Может быть обнаружен в сочетании с псевдоопухолью 5. Должен быть пролечен оперативными способами

<p>44.12. 47-летняя женщина с жалобами на постепенное развитие жажды и полиурии. Суточное количество потребляемой и выделяемой жидкости в пределах 5-6 литров. Ночью мочится один раз. Удельный вес мочи 1003-1006. Осмолярность плазмы 278 мосм/л (норма 285-310), АД 140/80 мм рт.ст., ЧСС 76 в мин. Кожные покровы без видимых изменений, поля зрения в полном объеме, неврологических нарушений не выявлено. Глюкозурия отсутствует, электролиты сыворотки в норме. Данных за поражение гипофиза нет. До проведения обследования, что из перечисленного наиболее соответствует данному случаю:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарный диабет 2. Первичная полидипсия 3. Несахарный диабет 4. Почечная полиурия (почечный диабет)
<p>45.12. Гипогликемия вызывает резкое повышение секреции перечисленных гормонов кроме одного. Какого:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пролактин 2. СТГ 3. АКТГ 4. ТТГ 5. ФСГ 6. В-липотропин
<p>№ 46. Что из следующего является антидиуретиком при несахарном диабете:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клофибрат 2. Хлорпропамид 3. Тиазид 4. Тегретол
<p>47.12. Первыми начинают функционировать нормально после длительного подавления системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипоталамус и гипофиз 2. Кора надпочечников

<p>48.12. Какой из перечисленных признаков встречается лишь при феохромоцитоме, в отличие от других форм артериальной гипертензии:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение толерантности к глюкозе 2. Похудение 3. Эпизодические головные боли 4. Ортостатическая гипотензия 5. Тахикардия и потоотделение 6. Сравнительно доброкачественные офтальмоскопические данные
<p>49.12. При каком из перечисленных состояний могут быть выявлены гипертензия, гипокалиемический алкалоз, низкий уровень ренина и альдостерона:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нефриты с потерей соли 2. Цирроз печени 3. Прием диуретиков 4. Прием глицерама (корень солодки) 5. Гиперплазия юстагломерулярных клеток
<p>50.12. У 34-летней женщины с артериальной гипертензией содержание К-2,7 ммоль/л. При гормональном обследовании – альдостерон (в положении лежа) – 55 нг/дцл (норма 1-16), не снижающийся после введения изотонического раствора NaCl, ренин –0,1 нг/мл/ч (норма 0,15-2,33). Через 4 часа после принятия вертикального положения альдостерон –32 нг/дцл (норма 4-31), ренин 0,1 нг/мл/ч (норма 1,31-3,95), и 18-гидрокортикостерон сыворотки –108 нг/дцл (норма меньше 30). Каков вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Первичный гиперальдостеронизм на фоне двусторонней гиперплазии надпочечников 2. Вторичный альдостеронизм 3. Альдостерома

<p>51.12. Женщина 21 года жалуется на выраженную мышечную слабость, отсутствие менструации. При обследовании нормального телосложения. Оволосение на лобке и в подмышечных впадинах отсутствует. АД – 220/110 мм.рт.ст. УЗИ органов малого таза патологии не выявила. В биохимическом анализе крови гипокалиемия, уровень натрия на верхней границе нормы. Какие из нижеперечисленных исследований следует провести для уточнения диагноза:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кариотипирование 2. Кортизол плазмы 3. Тестостерон сыворотки 4. Ренин плазмы 5. Определение экскреции калия с мочой 6. АКТГ плазмы
<p>52.12. У 40-летнего мужчины с артериальной гипертензией выявлено высокое содержание альдостерона в крови и высокий уровень ренина при обычном потреблении соли. При каких состояниях, из нижеперечисленных, возможны такие изменения:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический пиелонефрит 2. Болезнь Иценко-Кушинга 3. Альдостерома 4. Гипертоническая болезнь с недостаточностью кровообращения
<p>53.12. У больной сахарным диабетом типа 1 в 28 лет развилась аменорея. При гормональном обследовании уровень эстрадиола-15 пг/мл (норма 23-145), ЛГ- 78 МЕД/мл (норма 2-15), ФСГ-92 МЕД/мл (норма 2-20), пролактин – 12 нг/мл (норма 2-25) и отрицательный тест на β-хориогонадотропин. Какой вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вторичная аменорея 2. Недостаточность яичников 3. Резистентность яичников

54.12. У 6-летней девочки увеличение молочных желез, вторичное оволосение по женскому типу, регулярные влагалищные кровотечения .Эстрадиол –42 нг/мл (норма 23-145). ЛГ –12 МЕД/мл (норма 2-15), ФСГ –14 МЕД/мл(норма 2-20) МРТ гипофиза не выявило изменений. Диагноз:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Истинное преждевременное половое созревание опухолевого генеза 2. Идиопатическое преждевременное половое созревание центрального генеза
55.12. Первичная профилактика эндемического зоба в России проводится:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Иодированием муки 2. Иодированием соли 3. Иодированием масла 4. Иодированием чая
56.12. Роль удаления поджелудочной железы в развитии сахарного диабета в эксперименте доказал:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Л.В.Соболев 2. Бантинг и Бест 3. И.П.Павлов 4. О.Миньковский и Меринг
57.12. Какие из перечисленных причин играют роль в развитии гипергонадотропного гипогонадизма:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Менопауза 2. Синдром Шерешевского-Тернера 3. Синдром поликистоза яичников 4. Агенезия половых желез 5. Нервная анорексия
58.12. Какой показатель из перечисленных ниже характеризует бесплодие:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение менструального цикла 2. Галакторея 3. Гирсутизм 4. Нарушение овуляции
59.12. Какие ниже перечисленные признаки характерны для синдрома Шерешевского-Тернера:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Низкорослость 2. Мужской генотип 3. Женский фенотип 4. Аменорея
60.12. Какие из перечисленных ниже характерных признаков верны для синдрома Клайнфельтера:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Высокорослость 2. Нарушение развития яичек 3. Гинекомастия 4. Отсутствуют хроматиновые тельца

61.12. Какие клинические признаки из названных ниже характерны для синдрома поликистоза яичников:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ускорение роста в пубертатном периоде 2. Нарушение менструальной функции 3. Жирная себорея 4. Бесплодие 5. Вирилизация
62.12. С какими из следующих эндокринных нарушений могут быть связаны нерегулярные менструальные циклы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Первичное поражение яичников 2. Вторичное поражение яичников 3. Гипотироз 4. Адено-генитальный синдром
63.12. Какие из перечисленных патогенетических признаков характерны для гипертонии при сахарном диабете I типа:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эссенциальная гипертония 2. Систолическая гипертония 3. Гипоренинемическая гипертония 4. Гиперренинемическая гипертония
64.12. Какие из названных причин способствуют развитию инфекции мочевыводящей системы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неудовлетворительная компенсация сахарного диабета 2. Нейропатия мочевого пузыря 3. Микроангиопатия 4. Ожирение
65.12. Какие причины из названных ниже являются факторами риска для развития атеросклероза:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ожирение 2. Гипертония 3. Гиперинсулинемия 4. Сахарный диабет 5. Курение 6. Похудание 7. Гиперхолестеринемия 8. Прием алкоголя
66.12. Содержание каких яичниковых гормонов повышается в постменопаузальный период:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эстрадиол 2. Тестостерон 3. Андростендион 4. Прогестерон
67.12. Какова физиологическая роль андрогенов в женском организме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анаболический эффект 2. Половое оволосение 3. Сальные железы 4. Регуляция секреции гонадотропинов

68.12. Для синдрома Каллмана характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипогонадотропный гипогонадизм 2. Гипергонадотропный гипогонадизм 3. Дефицит гонадолиберина 4. Аносмия
69.12. При тяжелой форме гипотиреоза в сочетании со стенокардией 2 функционального класса врачу необходимо:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отказаться от лечения гипотиреоза 2. Исследовать ТТГ 3. Начать лечение с малых доз L – тироксина 4. Начать лечение с больших доз L – тироксина 5. Назначить раствор Люголя
70.12. Какой из следующих лабораторных тестов наиболее показателен для диагностики первичного гипотиреоза:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение концентрации T_4 2. Определение концентрации T_3 3. Определение концентрации ТТГ 4. Исследование поглощения радиоактивного йода 5. УЗИ щитовидной железы
71.12. Начальная доза заместительной терапии при сочетании первичного гипотиреоза и ИБС составляет обычно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 12,5 – 25 мкг. 2. 50 – 75 мкг. 3. 75 – 100 мкг. 4. 100 – 125 мкг. 5. 200 – 250 мкг.
72.12. При гипотиреозе наблюдается все, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Запоры 2. Зябкость конечностей 3. Снижение физической активности 4. Вялости и сонливости 5. Все верно
73.12. Для больных гипотиреозом не характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синусовая брадикардия 2. Сухая прохладная кожа 3. Влажная горячая кожа 4. Зоб

74.12. Для первичного гиперпаратиреоза характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Почечные нарушения (никтурия, жажда, почечная колика) 2. Патология опорно-двигательного аппарата (боль в мышцах, мышечная слабость) 3. Кардиальные жалобы (болевогой синдром, перебои в работе сердца) 4. Психические нарушения (депрессия)
75.12. Для гиперкальциемического криза характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Желудочно-кишечные проявления (анорексия, тошнота, рвота) 2. Признаки острого панкреатита 3. Резкая мышечная слабость 4. Снижение сухожильных рефлексов 5. Все выше перечисленное
76.12. Диагностика гиперпаратиреоза базируется на:	<ol style="list-style-type: none"> 1. УЗИ почек и выявлении мочекаменной болезни 2. рентгенографии костей скелета 3. Повышении уровня щелочной фосфатазы 4. Повышении АЛТ, АСТ 5. Повышении уровня кальция в крови 6. Повышении содержания в крови паратиреоидного гормона
77.12. Для первичного гиперпаратиреоза характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение кальция в сыворотке крови 2. Снижение кальция в сыворотке крови 3. Повышение магния в сыворотке крови 4. Снижение магния в сыворотке крови
78.12. Первичный гипопаратиреоз характеризуется:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тоническими судорогами 2. Повышением температуры 3. Диареей 4. Запорами
79.12. У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипотиреоз 2. Тиреотоксический криз 3. Травма гортанных нервов 4. Гипопаратиреоз

80.12. Что из нижеперечисленного используется для оценки адекватности заместительной гормонотерапии при первичном гипотиреозе:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уровни ТТГ 2. Общие T_3 и T_4 3. Свободный T_4 4. ТТГ 5. Свободный T_3
81.12. Что наиболее всего подходит для групповой йодной профилактики:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Йодированная поваренная соль 2. Йодированная бутилированная вода 3. Йодированный хлеб 4. Йодид калия внутрь 5. Молекулярный йод внутрь
82.12. Какой метод лечения наиболее показан при узловом эндемическом зобе при выявлении на УЗИ узла размером 3 см ³ на фоне эутиреоза:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемиструмэктомия 2. Терапия радиоактивным йодом 3. Терапия супрессивными дозами левотироксина 4. Терапия лечебными дозами препаратов йодида калия 5. Терапия большими дозами препаратов йода
83.12. Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области определяется как:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эндемический зоб 2. Эпидемический зоб 3. Спорадический зоб 4. Струмит
84.12. Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сцинтиграфия щитовидной железы 2. Пальпаторное исследование 3. Ультразвуковое исследование щитовидной железы 4. Компьютерная томография щитовидной железы 5. Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

<p>85.12. Больную 43 лет беспокоят прибавка в весе, слабость, отечность лица, сухость кожи, запоры, аменорея, ухудшение памяти. Кожа сухая, холодная. Щитовидная железа не пальпируется. АД - 90/60 мм.рт.ст., пульс - 52 в мин. Т3, Т4 снижены, ТТГ - повышен. О каком заболевании может идти речь:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Центральное ожирение 2. Первичный гипотиреоз 3. Вторичный гипотиреоз 4. Синдром поликистозных яичников 5. Гипоталамический синдром
<p>86.12. Больную 43 лет беспокоят прибавка в весе, слабость, отечность лица, сухость кожи, запоры, аменорея, ухудшение памяти. Кожа сухая, холодная. Щитовидная железа не пальпируется. АД - 90/60 мм.рт.ст., пульс - 52 в мин. Т3, Т4 снижены, ТТГ - повышен. Какое лечение показано больной:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тиреостатические препараты 2. Тиреоидные препараты 3. Диуретики 4. Препараты йода 5. Нестероидные противовоспалительные препараты
<p>87.12. Больная 40 лет жалуется на зябкость, сонливость, запоры. При объективном исследовании обнаружено увеличение щитовидной железы и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения данного диагноза наиболее информативно:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение скintiграфии щитовидной железы 2. Определение уровня ТТГ 3. Определение уровня ионизированного кальция в крови 4. Определение Т₃ 5. Определение Т₄
<p>88.12. Третичный гипотиреоз обусловлен:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Симондса 2. Недостаток йода 3. Поражение гипофиза 4. Поражение щитовидной железы

Раздел № 13. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.13. Заболевания, протекающие с гипохромией эритроцитов:	<ol style="list-style-type: none">1. В12 – дефицитная анемия2. Железодефицитная анемия3. Фолиеводефицитная анемия4. Болезнь Минковского-Шоффараф5. Талассемия6. Свинцовая интоксикация7. Апластическая анемия8. Аутоиммунные гемолитические анемии
02.13. Заболевания, характеризующиеся снижением уровня ферритина в сыворотке крови:	<ol style="list-style-type: none">1. Мегалобластные анемии2. Апластическая анемия3. Железодефицитная анемия4. Острый лейкоз5. Талассемия6. Гемолитическая анемия7. Гемофилия
03.13. При железодефицитной анемии в мазках крови обнаруживаются:	<ol style="list-style-type: none">1. Микроцитоз эритроцитов2. Гиперхромия эритроцитов3. Микросфероцитоз эритроцитов4. Эритроциты с тельцами Жолли5. Базофильная пунктация эритроцитов6. Гипохромия эритроцитов7. Овалоцитоз эритроцитов
04.13. Клинические признаки, характерные для железодефицитной анемии:	<ol style="list-style-type: none">1. Спленомегалия2. Ломкость ногтей, волос3. «Башенный» череп4. Тяга к поеданию мела5. Темная моча6. Фуникулярный миелоз7. Желтушность кожи и слизистых оболочек

<p>05.13. Причинами железодефицитной анемии являются:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический атрофический гастрит 2. Рецидивирующие геморроидальные кровотечения 3. Полименорея у женщин 4. Острые респираторные вирусные инфекции 5. Хронические воспалительные заболевания внутренних органов 6. Хронический энтерит с явлениями мальабсорбции
<p>06.13. Характерные изменения показателей обмена железа при железодефицитной анемии:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение уровня железа в сыворотке крови 2. Повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови 3. Снижение коэффициента насыщения трансферрина железом 4. Снижение концентрации сывороточного ферритина 5. Снижение количества сидеробластов костного мозга
<p>07.13. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. К своевременному переливанию эритроцитной массы 2. К длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно 3. К ликвидации, по возможности, причины железодефицита (источника кровотечений) 4. К назначению препаратов железа перорально на длительный срок 5. К употреблению мясной диеты, богатой железом
<p>08.13. Ретикулоцитоз характерен для следующих анемий:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Железодефицитная анемия 2. Мегалобластные анемии 3. Наследственный микросфероцитоз 4. Апластическая анемия 5. Аутоиммунная гемолитическая анемия 6. Талассемия 7. Анемия при миелокарциноматозах

09.13. Для В12- дефицитной анемии характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Микроцитоз эритроцитов 2. Гиперсегментация ядер нейтрофилов 3. Мегалобласты в костном мозге 4. Гиперхромия эритроцитов 5. Макроцитоз эритроцитов 6. Тромбоцитоз 7. Мишеневидные эритроциты
10.13. Группа крови по системе АВО устанавливается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Только по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами 2. Только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов сывороткой исследуемой крови 3. По результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке 4. По результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке
11.13. При определении группы крови по системе АВО используются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках 2. Конглютинация с желатином 3. Конглютинация с альбумином 4. Непрямой антиглобулиновый метод
12.13. Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору 2. Для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО 3. Для выявления аутоSENSИБИЛИЗАЦИИ эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора 4. Для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента

13.13. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке 2. С-реактивный белок 3. Аутоиммунные неполные антиэритроцитарные антитела 4. Сенсibilизацию эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе
14.13. Непрямая проба Кумбса применяется для выявления:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов 2. Аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител 3. Антигенов эритроцитов при типировании крови взамен изогемагглютинирующих сывороток 4. Сенсibilизации эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе
15.13. Наиболее возможные причины В12-дефицитной анемии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Маточные кровотечения 2. Беременность 3. Дифиллоботриоз 4. Аутоиммунный атрофический гастрит 5. Хронический дуоденит 6. Длительный прием противосудорожных средств (дифенин)
16.13. Лабораторные признаки гемолитических анемий:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Понижение осмотической устойчивости эритроцитов 2. Повышение уровня непрямого билирубина 3. Уробилинурия, гемосидеринурия 4. Снижение уровня железа в сыворотке крови 5. Ретикулоцитопения 6. Повышение уровня лактатдегидрогеназы

17.13. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Биопсию лимфоузла 2. Стернальную пункцию 3. Пункцию селезенки 4. Подсчет ретикулоцитов
18.13. Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение числа лимфоцитов 2. Сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево до миелоцитов 3. Базофильно-эозинофильная ассоциация 4. Появление плазмобластов 5. Ретикулоцитоз 6. Лейкопения
19.13. Остеодеструктивный процесс:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Является обязательным симптомом множественной миеломы 2. Не является обязательным симптомом множественной миеломы 3. Развивается только на поздних стадиях заболевания 4. Развивается только у стариков
20.13. Для множественной миеломы характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лихорадка 2. Увеличение размеров лимфоузлов 3. Костные боли и полинейропатия 4. Снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия 5. Повышенная потливость
21.13. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости 2. Спленомегалией 3. Тромбоцитозом и нарушением функциональных свойств тромбоцитов 4. Нейтрофильным лейкоцитозом

22.13. Наследственный микросфероцитоз характеризуется:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спленомегалией 2. Аутосомно-доминантным типом наследования 3. Повышением осмотической устойчивости эритроцитов 4. Тромботическими осложнениями 5. Положительной прямой пробой Кумбса 6. Снижением уровня ферритина в сыворотке крови
23.13. Основное количество железа в организме человека всасывается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. В желудке 2. В нисходящем отделе ободочной кишки 3. В двенадцатиперстной и тощей кишках 4. В подвздошной кишке
24.13. Для острого внутрисосудистого гемолиза характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Боли в животе, пояснице 2. Спленомегалия 3. Гемоглобинурия 4. Желтушность кожи 5. Снижение концентрации гемоглобина в крови
25.13. Характерными признаками анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служат:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперхромия эритроцитов 2. Ретикулоцитоз 3. Базофильная пунктация эритроцитов 4. Появление шизоцитов
26.13. В12-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Через 1 месяц 2. Через 3 года 3. Через 5 лет 4. Через неделю
27.13. Лабораторные признаки, характерные для миеломной болезни:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипопротеинемия 2. Белок Бенс-Джонса в моче 3. Увеличение СОЭ 4. Гипокальциемия 5. Парапротеин в сыворотке крови

28.13. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лимфопролиферативных заболеваний 2. Диффузных болезней соединительной ткани 3. Острой пневмонии 4. Инфаркта миокарда 5. Цирроза печени
29.13. Патологические состояния, сопровождающиеся вторичным абсолютным эритроцитозом:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Пикквика 2. Врожденные «синие» пороки сердца 3. Острая пневмония 4. Язвенная болезнь желудка 5. Гипернефрома почки 6. Тяжелый гастроэнтероколит 7. Лимфогранулематоз
30.13. Для апластической анемии характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кровоточивость 2. Присоединение инфекции 3. Проливные поты 4. Кожный зуд 5. Увеличение печени и селезенки
31.13. К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) 2. Определение протромбинового времени 3. Определение времени кровотечения по Айви 4. Определение тромбинового времени 5. Проба щипка 6. Определение фактора Виллебранда
32.13. Для эритремии в развернутую стадию характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тромбоз сосудов 2. Снижение гематокрита 3. Спленомегалия 4. Желтушность кожи и склер 5. Кожный зуд 6. Лейкопения 7. Тромбоцитоз

33.13. Патогенетическими механизмами развития идиопатической тромбоцитопенической пурпуры являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Активация системы комплемента 2. Иммунокомплексный синдром 3. Появление аутоантител к тромбоцитам 4. Дефицит тромбомодулина 5. Снижение образования тромбоцитов
34.13. Ориентировочные диагностические критерии гемофилий А и В:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гематомный тип кровоточивости 2. Увеличение времени свертывания крови 3. Удлинение времени кровотечения 4. Нормальное тромбиновое время 5. Нормальное протромбиновое время 6. Снижение ристоцетин-агрегации тромбоцитов
35.13. Удлинение тромбинового времени наблюдается при дефиците:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фактора VIII 2. Фибриногена (фактора I) 3. Фактора IX (Кристмаса) 4. Протромбина (фактора II) 5. Фактора X (Стюарта-Прауэра)
36.13. Дефицит следующих факторов свертывания крови приводит к удлинению протромбинового времени (при нормальном тромбиновом времени):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фактора VIII 2. Фибриногена (фактора I) 3. Фактора IX (Кристмаса) 4. Протромбина (фактора II) 5. Фактора X (Стюарта-Прауэра) 6. Конвертина (фактора VII) 7. Акцелерина (фактора V) 8. Фибринстабилизирующего фактора (XIII)
37.13. Лабораторная диагностика ДВС-синдрома основана:	<ol style="list-style-type: none"> 1. На прогрессирующей тромбоцитопении и коагулопатии потребления (депрессия антитромбина -III) 2. На развитии феномена внутрисосудистого гемолиза (фрагментации) эритроцитов 3. На высоком уровне маркеров тромбинемии (растворимые фибрин-мономерные комплексы - РФМК, D-димеры) 4. На повышении билирубина в крови и уробилинурии 5. На высоком уровне фибриногена

<p>38.13. При лечении свежемороженой плазмой необходимо придерживаться следующих принципов:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вводить свежемороженную плазму внутривенно, медленно, капельно 2. Вводить свежемороженную плазму внутривенно, струйно под контролем центрального венозного давления, до 2000 мл/сут 3. Размороженную и неиспользованную свежемороженную плазму можно заморозить вновь и в дальнейшем вводить больному при необходимости 4. Использование гепарина в комплексе со свежемороженой плазмой должно осуществляться под контролем уровня физиологических антикоагулянтов
<p>39.13. Для лечения венозных тромбозов могут быть применены</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гепаринотерапия 2. Введение свежемороженой плазмы с целью профилактики дефицита физиологических антикоагулянтов 3. Введение в пораженную вену склерозирующих препаратов 4. Введение непрямых антикоагулянтов под контролем протромбинового времени 5. Введение фибринолитических препаратов
<p>40.13. Характерные симптомы идиопатической тромбоцитопенической пурпуры:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гематомный тип кровоточивости 2. Удлинение времени кровотечения 3. Укорочение времени свертывания крови 4. Носовые, маточные кровотечения 5. Снижение числа тромбоцитов

Раздел 14. ГЕМОТРАНСФУЗИОЛОГИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.14. Группа крови по системе АВО устанавливается:	<ol style="list-style-type: none">1. Только по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами2. Только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов сывороткой исследуемой крови3. По результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке крови4. По результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке
02.14. Проба на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента проводится:	<ol style="list-style-type: none">1. Для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору2. Для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО3. Для выявления аутоSENSИБИЛИЗАЦИИ эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора4. Для выявления иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента
03.14. Запрещено переливание донорской крови или ее компонентов не обследованной:	<ol style="list-style-type: none">1. На маркеры вирусов иммунодефицита человека, гепатитов В и С2. На маркеры вируса Эпштейн-Барр и цитомегаловируса3. На маркеры возбудителя сифилиса4. На маркеры возбудителя малярии5. На группу крови по системе АВО и резус-принадлежность

<p>04.14. Индивидуальный подбор компонентов донорской крови в клинико-диагностической лаборатории проводят реципиентам:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Имеющим в анамнезе посттрансфузионные осложнения 2. Имеющим в анамнезе беременность и (или) рождение детей с гемолитической болезнью новорожденного 3. Имеющим рецидивирующие кровотечения 4. Страдающим хроническими заболеваниями 5. Имеющим в крови аллоиммунные антитела
<p>05.14. Перед началом трансфузии донорской крови и ее компонентов врач должен убедиться в их пригодности для переливания с учетом результатов:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лабораторного контроля и правильности паспортизации контейнера с гемотрансфузионной средой 2. Определения герметичности, целостности контейнера 3. Визуальной оценки отсутствия макроскопических изменений в переливаемой среде
<p>06.14. Переливание донорской крови и (или) ее компонентов производит:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Врач-хирург 2. Процедурная медицинская сестра 3. Врач-терапевт 4. Врач, прошедший обучение по вопросам трансфузиологии 5. Заведующий клиническим отделением стационара
<p>07.14. Факт переливания донорской крови и (или) ее компонентов регистрируется:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. В журнале госпитализации больных 2. В журнале регистрации переливания крови и её компонентов 3. В медицинской карте стационарного больного с оформлением протокола трансфузии 4. В операционном журнале клинического отделения

<p>08.14. Непосредственными иммунными реакциями и осложнениями, возникающими у реципиентов в связи с переливанием донорской крови или ее компонентов, являются:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реакция «трансплантат против хозяина» 2. Септический шок 3. Острый гемолиз 4. Анафилактический шок 5. Инфицирование, трансмиссия вирусных инфекций
<p>09.14. Острый иммунный гемолиз, возникающий у реципиента при переливании донорской крови или эритроцитсодержащих компонентов, связан:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. С разрушением эритроцитов донора вследствие нарушения температурного режима хранения или сроков хранения, несоблюдением правил подготовки к переливанию, смешиванием с гипотоническим или гипертоническим растворами 2. Групповой (ABO) и резус-несовместимостью эритроцитов донора и реципиента 3. Переливанием инфицированной крови или её компонентов 4. Наличием гранулоцитов донора переливаемой среде 5. Наличием антител класса А (анти-Ig A) в крови реципиента
<p>10.14. Причиной анафилактического шока, возникающего у реципиента в связи с переливанием донорской крови или ее компонентов, является:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Групповая (ABO) и резус-несовместимость эритроцитов донора и реципиента 2. Повторная трансфузия с образованием антител к антигенам эритроцитов реципиента 3. Переливание инфицированной крови или её компонентов 4. Наличие антител класса А (анти-Ig A) в крови реципиента 5. Иммунологический конфликт, обусловленный активацией Т-лимфоцита трансплантата (компонента крови) с образованием у реципиента цитокинов, стимулирующих антигенный ответ

<p>11.14. Признаками реакции или осложнения при трансфузии донорской крови или компонентов под наркозом служат:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Усиливающаяся без видимых причин кровоточивость в операционной ране 2. Учащение пульса 3. Снижение артериального давления 4. Изменение цвета мочи при катетеризации мочевого пузыря
<p>12.14. Переливание донорской крови или эритроцитсодержащих компонентов с учетом фенотипа эритроцита донора и реципиента по антигенам <i>C, c, E, e, C^w, K, k</i> осуществляется:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. У детей до 18 лет, женщин детородного возраста и беременных 2. У реципиентов с отягощенным трансфузионным анамнезом, имеющих антитела к антигенам эритроцитов 3. У реципиентов с анемией послеоперационном периоде 4. У реципиентов, нуждающихся в многократных, повторных гемотрансфузиях (кардиохирургия, трансплантология, ортопедия, онкология, онкогематология, травматология, гематология) 5. У лиц пожилого и старческого возраста
<p>13.14. При плановом переливании консервированной донорской крови и (или) эритроцитсодержащих компонентов врач, проводящий трансфузию, обязан:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Удостовериться в совместимости фенотипов донора и реципиента по данным медицинской документации реципиента и данным на этикетке контейнера донорской крови эритроцитсодержащих компонентов 2. Определить время свертывания крови реципиента 3. Выполнить контрольные исследования группы крови реципиента и группы крови донора в контейнере по системе АВО 4. Выполнить пробы на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента и биологическую пробу 5. Выполнить контрольную проверку групп крови реципиента и донора по системе Келл

<p>14.14. При переливании свежезамороженной плазмы врач, проводящий трансфузию, обязан:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определить антиэритроцитарные антитела у реципиента 2. Определить группу крови реципиента по системе АВО 3. Установить групповую принадлежность донора по маркировке на контейнере с компонентом крови 4. Выполнить пробы на индивидуальную совместимость 5. Выполнить биологическую пробу
<p>15.14. При переливании тромбоцитарного концентрата врач, проводящий трансфузию, обязан:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определить антигены эритроцитов C, c, E, e, C^w, K, k у донора и реципиента 2. Определить группу крови по системе АВО и резус-принадлежность реципиента 3. Установить групповую и резус-принадлежность донора по маркировке на контейнере с компонентом крови 4. Выполнить пробы на индивидуальную совместимость 5. Выполнить биологическую пробу
<p>16.14. При хронической анемии переливание донорской крови или эритроцитсодержащих компонентов назначается только для:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Купирования анемии (нормализации концентрации гемоглобина и числа эритроцитов) 2. Устранения бледности кожи и слизистых оболочек 3. Коррекции важнейших симптомов, обусловленных анемией и не поддающихся основной патогенетической терапии
<p>17.14. Трансфузия эритроцитной массы, обедненной лейкоцитами и тромбоцитами (ЭМОЛТ), осуществляется с целью профилактики:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аллоиммунизации лейкоцитарными антигенами 2. Гемосидероза внутренних органов 3. Рефрактерности к повторным переливаниям тромбоцитов 4. Реакции «трансплантат против хозяина» 5. Септического шока

<p>18.14. Задачами гемокомпонентной терапии являются замещение дефицитов:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Газотранспортной функции крови – эритроцитами 2. Объема циркулирующей крови – свежемороженой плазмой 3. Тромбоцитарного гемостаза – тромбоцитами 4. Гуморальных факторов гемостаза – плазмой и ее составляющей – криопреципитатом 5. Антимикробной резистентности - гранулоцитами
<p>19.14. Медицинскими показаниями к переливанию свежемороженой плазмы являются:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый ДВС-синдром, осложняющий течение шоков различного генеза 2. Применение с дезинтоксикационной целью при инфекционно-воспалительных заболеваниях 3. Лечение отечно-асцитического синдрома при хронической почечной недостаточности 4. Коагулопатия, обусловленная дефицитом плазменных физиологических антикоагулянтов 5. Терапевтический плазмаферез у пациентов с тромботической тромбоцитопенической пурпурой (болезнь Мошковиц), тяжелых отравлениях, сепсисе, остром ДВС-синдроме

<p>20.14. Медицинскими показаниями к переливанию свежзамороженной плазмы являются:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Использование в качестве средства парентерального питания у тяжелобольных 2. Острая массивная кровопотеря (более 30% объема циркулирующей крови) с развитием геморрагического шока и ДВС-синдрома 3. Стимуляция защитных сил у иммунокомпromетированных больных 4. Болезни печени, сопровождающиеся снижением продукции плазменных факторов свертывания и их дефицитом в циркуляции (острый фульминантный гепатит, цирроз печени) 5. Передозировка антикоагулянтов непрямого действия (дикумарин, варфарин и др.)
----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Раздел 15. РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

001.15. Для системного остеопороза характерны:	<ol style="list-style-type: none">1. Повышенная рентгенопрозрачность костной ткани2. Подчеркнутость контуров тел позвонков3. Выраженная трабекулярность костной ткани4. Истончение кортикального слоя диафизов трубчатых костей
002.15. К белкам острой фазы относят:	<ol style="list-style-type: none">1. С-реактивный белок2. Гаптоглобулин3. Альфа-глобулин4. Церулоплазмин
003.15. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться:	<ol style="list-style-type: none">1. Преходящими нарушениями мозгового кровообращения2. Судорогами3. Периферической полинейропатией4. Психозами
004.15. Для ревматической полимиалгии характерно:	<ol style="list-style-type: none">1. Анемия2. Боль в плечевом и/или тазовом поясе3. Значительное увеличение СОЭ4. Возраст больных старше 40 лет
005.15. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:	<ol style="list-style-type: none">1. Гепатотоксические2. Нефротоксические3. Гематологические4. Кожные5. Желудочно-кишечные
006.15. Причина анемии при ревматоидном артрите:	<ol style="list-style-type: none">1. Дефицит железа в организме2. Аутоиммунный процесс3. Дефицит фолиевой кислоты4. Неизвестна5. Гемолиз

007.15. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реактивной гиперемией кожи пальцев кистей 2. Цианозом дистальных отделов конечностей 3. «Побелением» пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции 4. Парестезиями по всей руке, ноге 5. Реактивной гиперемией кожи стоп
008.15. Для болезни Лайма (боррелиоза) характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мигрирующая эритема 2. Артрит, появляющийся через 2 месяца после возникновения эритемы 3. Лимфаденопатия 4. Поражение ЦНС
009.15. Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается с:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Шейного отдела 2. Поясничного отдела 3. Крестцово-подвздошных суставов 4. Грудного отдела 5. Вовлечение в процесс всех отделов позвоночника
010.15. Рациональная медикаментозная терапия первичного остеоартроза включает следующие препараты:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нестероидные противовоспалительные препараты 2. Локальное введение глюкокортикостероидов при реактивном синовите 3. Хондропротекторы 4. Аналгетики
011.15. Какие заболевания могут быть причиной рецидивирующей крапивницы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ювенильный ревматоидный артрит 2. Системная красная волчанка 3. Амилоидоз 4. Инфекционный эндокардит 5. Саркоидоз

012.15. Какие положения, касающиеся псориатического артрита, правильные:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Особый вариант ревматоидного артрита 2. Симптомы артрита всегда появляются позднее кожных высыпаний 3. Чаще всего поражаются 1-2 крупных сустава, прежде всего коленные и голеностопные 4. При рентгенографии пальцев выявляют остеолиз и костные разрастания, эпифизарный остеопороз отсутствует 5. У половины больных обнаруживают рентгенологические признаки сакроилеита
013.15. Инфицирование каких органов чаще всего является причиной реактивного артрита:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Носоглотка 2. Кишечник 3. Мочеполовой тракт 4. Бронхи и легкие 5. Кожа
014.15. Какие положения, касающиеся септического артрита, правильные:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поражаются 2-3 и более суставов 2. Наличие резко выраженных местных и общих признаков воспаления 3. Чаще встречается у пожилых и ослабленных больных 4. Характерно деструктивное поражение хряща и костного остова суставов 5. Инфицирующий микроорганизм отсутствует в синовиальной жидкости
015.15. Какие изменения кожи встречаются при узелковом периартериите:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Узловатая эритема 2. Узелки 3. Ливедо 4. Геморрагическая пурпура 5. Кольцевидная эритема
016.15. О каких двух заболеваниях из перечисленных следует думать при появлении у 26-летнего мужчины нарушения речи, головных болей, судорог и головокружений:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неспецифический аортоартериит 2. Височный артериит 3. Системная красная волчанка 4. Узелковый периартериит 5. Эозинофильный васкулит

017.15. При каких системных васкулитах нередко наблюдается абдоминальный синдром:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Узелковый периартериит 2. Геморрагический васкулит 3. Височный артериит 4. Гранулематоз Вегенера 5. Синдром Гудпасчера
018.15. Какие выводы об антителах к кардиолипину верны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Связаны с ложноположительной реакцией Вассермана 2. Ассоциируются с развитием тромбозов 3. Ассоциируются с развитием акушерской патологии 4. Часто обнаруживаются при системной красной волчанке 5. Все перечисленные
019.15. Перечислите основные рентгенологические признаки воспалительного процесса в суставах:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отек мягких тканей 2. Околосуставной остеопороз 3. Распространенная деструкция хряща 4. Костные эрозии 5. Все вышеперечисленные
020.15. Какие внесуставные (системные) проявления развиваются при ревматоидном артрите:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Васкулит 2. Плеврит, перикардит 3. Поражение глаз 4. Нейропатия 5. Все перечисленные
021.15. Какой из цитокинов стал первой терапевтической мишенью для генно-инженерных биологических препаратов:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интерлейкин-6 2. Фактор некроза опухоли-α 3. Интерлейкин-1 4. Интерлейкин-12/23
022.15. Гиперурикемия может быть следствием таких заболеваний, как:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Почечная недостаточность 2. Гипотиреоз 3. Несахарный диабет 4. Саркоидоз 5. Лимфопролиферативные заболевания 6. Все вышеперечисленные
023.15. Воспалительный процесс в суставах может развиваться при таких заболеваниях кишечника, как:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Целиакия 2. Неспецифический язвенный колит 3. Болезнь Крона 4. Болезнь Уиппла

024.15. В случае остро развившегося тяжелого псориаза или псориатического артрита у молодого мужчины необходимо исключить:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заболевание желудочно-кишечного тракта 2. Подагру 3. Лимфопролиферативное заболевание 4. ВИЧ-инфекцию 5. Туберкулез
025.15. Отметьте препарат, не эффективный для антимикробной терапии рецидивирующего тонзиллита, вызванного β -гемолитическим стрептококком:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Амоксициллин / клавулановая кислота 2. Ко-тримоксазол 3. Клиндамицин 4. Линкомицин 5. Цефуроксима аксетил
026.15. Какое поражение кожи редко встречается при системной склеродермии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Телеангиоэктазии 2. Изъязвление ногтевых фаланг 3. Кальциноз 4. Дискоидные высыпания 5. Уплотнение кожи
027.15. Перечислите состояния, при которых наблюдается двустороннее увеличение слюнных желез:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Шегрена 2. Саркоидоз 3. Вирусная инфекция 4. Все вышеперечисленные
028.15. Какие заболевания проявляются острым моноартритом:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Септический артрит 2. Идиопатический диффузный гиперостоз скелета 3. Болезнь Шейермана – Мау 4. Ревматоидный артрит 5. Все перечисленные
029.15. Развитие гиперурикемии нехарактерно для таких заболеваний, как:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Лёша – Нихена 2. Полицитемия 3. Первичный гиперпаратиреоз 4. Тиреотоксикоз 5. Голодание 6. Псориаз

030.15. Укажите возможные варианты поражения желудочно-кишечного тракта при системной красной волчанке:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Асцит 2. Панкреатит 3. Тромбоз мезентериальных сосудов 4. Все вышеперечисленные 5. Ничего из вышеперечисленных
031.15. Плеврит при системной красной волчанке бывает, как правило:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Односторонним 2. Проявлением туберкулеза легких 3. Является осложнением терапии глюкокортикоидами 4. Все вышеперечисленное 5. Ничего из вышеперечисленного
032.15. Воспаление крупных суставов, летучесть болей наблюдаются при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Деформирующем остеоартрозе 2. Ревматоидном артрите 3. Ревматическом полиартрите 4. Подагре
033.15. По данным ревматологов Европы и США, на долю этого заболевания приходится до 60 – 70% всех ревматических болезней. Какое это заболевание?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подагра 2. Пропалс митрального клапана 3. Деформирующий остеоартроз 4. Псориатическая артропатия
034.15. В патогенезе деформирующего остеоартроза ведущее значение имеют:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Воспаление синовиальной оболочки 2. Резорбция костной ткани 3. Нарушение молекулярной структуры гиалинового хряща 4. Нарушения в работе связочного аппарата
035.15. Для клиники деформирующего остеоартроза характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие утренней скованности более 1 часа 2. Механический ритм болей – возникновение боли под влиянием дневной физической нагрузки и стихание за период ночного отдыха 3. Ограничение подвижности сустава уже в ранней стадии заболевания 4. Резкие признаки воспаления мягких тканей

036.15. Какой из перечисленных НПВП помимо блокады ЦОГ оказывает стимулирующий эффект на синтез хрящевого матрикса и поэтому используется при лечении патологии суставов, связанной с деструкцией хряща и субхондральной кости:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диклофенак 2. Ацеклофенак 3. Ацетилсалициловая кислота 4. Ибупрофен
037.15. Какие из нижеперечисленных НПВП ингибируют преимущественно ЦОГ – 2, в связи с чем реже вызывают желудочно – кишечные осложнения:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мелоксикам, нимесулид, целекоксиб 2. Индометацин, нимесулид 3. Диклофенак, целекоксиб 4. Диклофенак, нимесулид, целекоксиб 5. Мелоксикам, нимесулид
038.15. Факторы, способствующие повышению риска НПВП – гастропатии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возраст (старше 60 лет) 2. Наличие патологии ЖКТ в анамнезе 3. Прием высоких доз НПВП или одновременный прием нескольких НПВП 4. Длительная (свыше 3 месяцев) терапия 5. Одновременный прием НПВП и ГКС, терапия антикоагулянтами и/или антиагрегантами 6. Всё перечисленное
039.15. К серонегативным спондилоартропатиям не относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Идиопатический анкилозирующий спондилоартрит 2. Реактивный артрит 3. Ревматическая полимиалгия 4. Псориатический артрит 5. Энтеропатические артриты
040.15. Кристаллы пирофосфата кальция накапливаются в суставных тканях при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подагре 2. Деформирующем остеоартрозе 3. Псевдоподагре 4. Ревматоидном артрите

041.15. Какой рентгенологический признак характерен для подагры:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Околосуставной остеопороз 2. Хондрокальциноз 3. Множественные узур 4. Субкортикальные кисты в эпифизах костей («симптом пробойника»)
042.15. Какие признаки характерны для боррелиоза:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Связь с перенесенным две недели назад вирусным заболеванием 2. Моно- или олигоартрит крупных суставов 3. Мигрирующая эритема 4. Связь с укусом клеща
043.15. Для синдрома Рейтера характерны следующие системные проявления:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подкожные узелки 2. Конъюнктивит 3. Синдром Рейно 4. Лимфаденопатия 5. Уретрит
044.15. Какие суставы чаще всего вовлекаются в патологический процесс при ревматоидном артрите:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проксимальные межфаланговые суставы кистей 2. Дистальные межфаланговые суставы кистей 3. Коленные суставы 4. Суставы поясничного отдела позвоночника 5. Суставы шейного отдела позвоночника
045.15. Для суставного синдрома при ревматоидном артрите характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Симметричный артрит с преимущественным поражением суставов кистей 2. Одностороннее поражение 1 – го плюснефалангового сустава стопы 3. Утренняя скованность в суставах более часа 4. Небольшая утренняя скованность 5. Неэрозивный полиартрит

046.15. Мужчина 49 лет жалуется на сухость во рту и глазах, боли в суставах кистей и коленей. Конфигурация суставов не изменена, движения в полном объеме. Отмечаются увеличение околоушных желез, шелушащаяся пурпура на коже голеней. Наиболее вероятный диагноз:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ревматоидный артрит 2. Синдром Шегрена 3. Синдром Рейтера 4. Подагра 5. Склеродермия
047.15. Патогенетически главным, первичным поражением при спондилоартропатиях являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Воспаление синовиальной оболочки 2. Энтезит – воспаление в местах прикрепления связок, сухожилий или капсулы сустава к кости 3. Резорбция костной ткани 4. Нарушение структуры гиалинового хряща
048.15. На ранней стадии заболевания для диагностики сакроилеита и спондилоартрита рекомендуется:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгенография 2. Компьютерная или магнитно – резонансная томография
049.15. При лечении серонегативных спондилоартропатий не используются следующие препараты:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Антибиотики группы макролидов 2. «Базисные» препараты, такие как сульфасалазин, метотрексат, лефлуномид 3. Генно – инженерные антицитокиновые препараты (инфликсимаб) 4. Аллопуринол, колхицин
050.15. Определенный диагноз подагры можно поставить при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интермиттирующем воспалении 1 – го плюснефалангового сустава 2. Выявлении кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости 3. Гиперурикемии

051.15. Ревматическая лихорадка вызывается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стафилококком 2. Бета – гемолитическим стрептококком группы С 3. Пневмококком 4. Бета – гемолитическим стрептококком группы А 5. Возбудитель неизвестен
052.15. Наиболее типичными признаками ревматической лихорадки являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Малая хорея 2. «Летучий» артрит 3. Кольцевидная эритема 1. Узловатая эритема
053.15. После перенесенной стрептококковой инфекции ревматическая лихорадка возникает через:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 – 2 года 2. 2 – 3 недели 3. 4 дня 4. 5 месяцев 5. 6 недель
054.15. Для ревматического полиартрита характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стойкая деформация суставов 2. Нестойкая деформация суставов 3. Поражение крупных и средних суставов 4. Летучесть болей 5. Исчезновение болей после приема НПВП
055.15. При каком осложнении ревматоидного артрита анализ мочи является информативным тестом:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Хаммена – Рича 2. Перикардит 3. Амилоидоз 4. Дигитальный ангиит
056.15. Лабораторными признаками активности ревматоидного артрита являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение уровня СРБ 2. Ускорение СОЭ 3. Повышение уровня ЛДГ 4. Лейкоцитоз 5. Титр АСЛ – О
057.15. Паннус – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Агрессивная грануляционная ткань 2. Утренняя скованность более 1 часа 3. Повышение АлТ 4. Узелок Гебердена 5. Высокий титр АСЛ – О

058.15. При ревматоидном артрите поражаются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Верхняя часть шейного отдела позвоночника 2. Нижняя часть шейного отдела позвоночника 3. Шейный отдел никогда не поражается
059.15. Характерными лабораторными признаками болезни Рейтера являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ревматоидный фактор 2. Повышение СОЭ 3. Обнаружение хламидий в соскобе из уретры 4. Протеинурия 5. Анемия
060.15. Укажите суставы, наиболее часто поражаемые при остеоартрозе	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дистальные межфаланговые 2. Проксимальные межфаланговые 3. Запястно – пястные 4. Тазобедренные 5. Локтевые 6. Коленные 7. Пястно – фаланговые 8. Позвоночника 9. Крестцово – подвздошные сочленения 10. Голеностопные
061.15. При остеоартрозе вариантами болевого синдрома могут быть все, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стартовых болей 2. Утренней скованности более 1 часа 3. Ночных болей, обусловленных внутрикостной гипертензией 4. Болей при механической нагрузке 5. Болей, связанных с блокадой сустава
062.15. «Большими» критериями острой ревматической лихорадки является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ревмокардит, артралгии, малая хорея, узловатая эритема 2. Ревмокардит, полиартрит, кольцевидная эритема, тофусы 3. Вальвулит, артралгии, малая хорея, лихорадка 4. Ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема 5. Эндокардит, полиартрит, ревматические узелки, ксантелазмы

<p>063.15. Клинические симптомы, наблюдаемые при недостаточности митрального клапана:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область 2. Перебои в работе сердца, трехчленный ритм на верхушке, синкопальные состояния 3. Кровохарканье, усиленный I тон на верхушке, диастолический шум на верхушке 4. Иктеричность кожи и видимых слизистых, акцент II тона над легочной артерией, метеоризм 5. Сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум в точке Боткина – Эрба
<p>064.15. К невоспалительным заболеваниям позвоночника с болями в спине относятся:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь Бехчета 2. Остеоартроз 3. Охроноз 4. Остеопороз 5. Ревматическая полимиалгия 6. Фибромиалгия 7. Синдром гипермобильности суставов 8. Все перечисленное
<p>065.15. При системной красной волчанке возможно развитие следующих клинических вариантов поражений почек:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Изолированный мочево́й синдром 2. Нефритический мочево́й синдром 3. Нефротический мочево́й синдром 4. Пиелонефритический мочево́й синдром
<p>066.15. При каких заболеваниях встречается спондилоартрит:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Саркоидоз 2. Псориаз 3. Болезнь Рейтера 4. Иерсиниоз 5. Гемохроматоз
<p>067.15. Что является абсолютным показанием для назначения антиостеопоретического лечения у пациентов, длительно получающих ГК, независимо от возраста:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Низкая МПК 2. Высокие дозы ГК 3. Высокий 10-летний риск переломов, рассчитанный по FRAX 4. Низкоэнергетические переломы в анамнезе

068.15. Укажите основные клинические симптомы псориатического артрита (ПсА):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Артрит 2. Энтезит 3. Спондилит 4. Дактилит 5. Все перечисленное
069.15. Какие клинические признаки псориатического артрита (ПсА) входят в критерии CASPAR (2006):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дактилит 2. Артрит ДМФС 3. Сакроилеит 4. Энтезит 5. Наличие HLA-B27-антигена
070.15. Как часто у больных псориатическим артритом (ПсА) наблюдается дактилит или «сосискообразная» деформация пальца:	<ol style="list-style-type: none"> 1. В 10% случаев 2. В 20% случаев 3. Более чем в 30% случаев
071.15. Какие факторы неблагоприятного прогноза псориатического артрита (ПсА) учитывают при выборе терапии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Полиартрит 2. Эрозии 3. Повышение СОЭ/уровня СРБ 4. Функциональное нарушение из-за активности ПсА 5. Предшествующий системный прием ГК 6. Все перечисленное
072.15. Отметьте группу препаратов, которые достоверно задерживают рентгенологическое прогрессирование у больных псориатическим артритом (ПсА):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) 2. Глюкокортикостероиды (ГК) 3. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)
073.15. Какова цель стратегии «Лечение до достижения цели» при спондиллоартрите, включая псориатический артрит (ПсА):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Задержка рентгенологического прогрессирования в суставах 2. Ремиссия и/или минимальная активность заболевания 3. Повышение качества жизни больных 4. Увеличение продолжительности жизни больных

074.15. Укажите основной механизм действия инфликсимаба и адалимумаба:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Влияние на молекулы адгезии 2. Блокада иммунологических синапсов 3. Блокада ФНОα 4. Деплеция активированных Т-лимфоцитов
075.15. Укажите клинические признаки трохантерита (периартрита тазобедренного сустава), позволяющие дифференцировать его от коксартроза:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ограничение и болезненность активных и пассивных движений в суставах 2. Отсутствие ограничения и болезненности пассивных движений в суставах 3. Острое развитие болевого синдрома 4. Усиление болей при отведении бедра 5. Усиление болей в ночное время
076.15. Какая деформация чаще возникает при гонартрозе:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genu valgum 2. Genu varum 3. Genu recurvatum
077.15. Укажите рентгенологические признаки остеоартроза, входящие в критерии постановки диагноза:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сужение суставной щели 2. Околосуставной остеопороз 3. Остеофиты 4. Уплотнение замыкательных пластин (остеосклероз) 5. Подвывихи суставов
078.15. В каком отделе бедренно-большеберцового сочленения чаще развиваются изменения при гонартрозе:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медиальном 2. Латеральном
079.15. К основным диагностическим признакам склеродермии относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Очаговый и диффузный нефрит 2. Синдром Шегрена 3. Синдром Рейно 4. Истинная склеродермическая почка 5. Полиневрит
080.15. К дополнительным диагностическим признакам склеродермии относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Базальный пневмосклероз 2. Поражение ЖКТ 3. Телеангиэктазии 4. Гиперпигментация кожи 5. Остеолиз

081.15. Для суставного синдрома при системной склеродермии характерным являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кальциноз мягких тканей в области суставов пальцев 2. Остеолиз ногтевых фаланг 3. Остеофитоз 4. Поражение крупных суставов 5. Спондиллит
082.15. CREST – синдром включает поражение пищевода:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Да 2. Нет
083.15. При системной склеродермии наиболее часто из отделов ЖКТ поражается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пищевод 2. Желудок 3. Тонкая кишка 4. Толстая кишка
084.15. Диагностическое значение при дерматомиозите имеет:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение уровня белков острой фазы 2. Высокая активность креатинфосфокиназы 3. Умеренный лейкоцитоз 4. Наличие гемолитической анемии
085.15. Признаки, характерные для дерматомиозита:	<ol style="list-style-type: none"> 1. «Бабочка» на лице 2. Остеолиз ногтевых фаланг 3. Резкая мышечная слабость 4. Деформация суставов
086.15. Диагностическую ценность при системной красной волчанке представляет выявление антител:	<ol style="list-style-type: none"> 1. К нативной ДНК 2. К денатурированной ДНК 3. К митохондриям 4. К тромбоцитам
087.15. При системной красной волчанке чаще выявляют:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лейкопению 2. Лейкоцитоз 3. Тромбоцитоз 4. Тромбоцитопению
088.15. Для системной красной волчанки характерна анемия:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемолитическая 2. Макроцитарная 3. Нормоцитарная нормохромная

089.15. Небактериальный веррукозный эндокардит при системной красной волчанке (Либмана-Сакса) возникает чаще всего на:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аортальном клапане 2. Митральном клапане 3. Клапане легочной артерии 4. Трехстворчатом клапане
090.15. Для болезни Шегрена характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Артрит 2. Высокий титр ревматоидного фактора в сыворотке крови 3. Лейкопения
091.15. Развитие блокады коленного сустава связано с:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травмой менисков 2. Скоплением синовиальной жидкости 3. Разрывом крестообразных связок 4. Наличием свободного внутрисуставного тела 5. Наличием крупных остеофитов
092.15. При остеоартрозе (ОА) вариантами болевого синдрома могут быть все, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Утренней скованности более 1 часа 2. «Стартовых» болей 3. Ночных болей, обусловленных внутрикостной гипертензией 4. Болей при механической нагрузке 5. Болей, связанных с блокадой сустава
093.15. Изменения конфигурации сустава при остеоартрозе (ОА):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствуют 2. Выражены за счет припухлости мягких тканей 3. Выражены за счет костных изменений
094.15. Для синовиальной жидкости при ОА характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пониженная вязкость 2. Повышенная вязкость 3. Содержание белка 40 -60 г/л 4. Содержание белка 20 – 30 г/л 5. Клеток 1000 – 5000/мл., нейтрофилов не более 50% 6. Клеток 5000 – 25000/мл., нейтрофилов не более 75% 7. Плохое образование муцинового сгустка 8. Сниженное содержание глюкозы

<p>095.15. По данным международных эпидемиологических исследований, распространенность боли в любой популяции достигает 36%. Как ВЫ считаете, какая часть больных с хронической болью получает адекватное обезболивание:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 90 – 95% 2. 70 – 75% 3. 50 – 60% 4. 30 – 40% 5. Менее 20%
<p>096.15. Патогенетические события, развивающиеся у больного с хронической болью, традиционно разделяют на три компонента: ноцицептивный, нейропатический и психогенный. Укажите группы лекарственных средств, которые можно назначить больным с хронической болью:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. НПВП 2. Антikonвульсанты 3. Антигистаминные 4. Антидепрессанты 5. Слабые опиоиды

Раздел 16. КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.16. Укажите основные свойства иммунной системы:	<ol style="list-style-type: none">1. Высокая специфичность2. Высокая степень чувствительности3. Иммунная индивидуальность4. Иммунологическая память5. Иммунная толерантность6. Все ответы верны
02.16. Свойства клеток врожденной иммунной системы. Выберите неверный ответ	<ol style="list-style-type: none">1. Не образуют клонов2. Подвергаются позитивной и негативной селекции3. Участвуют в реакциях фагоцитоза4. Способствуют выработке цитокинов5. Способны вызывать цитолиз
03.16. Особенности адаптивного иммунитета:	<ol style="list-style-type: none">1. Активация не формирует продолжительной иммунной памяти2. Молекулы и рецепторы закладываются на ранних этапах онтогенеза3. Формируется в течение жизни под воздействием различных антигенов4. Распознавание патогенов происходит с помощью паттерн-распознающих рецепторов
04.16. Клетки-эффекторы врожденного иммунитета:	<ol style="list-style-type: none">1. Моноциты/макрофаги2. Т-регуляторы3. НКТ-клетки4. Тучные клетки5. Гранулоциты6. Все ответы верны
05.16. Перечислите функции адаптивного иммунитета:	<ol style="list-style-type: none">1. Распознавание патогенов2. Двойное распознавание антигена в комплексе с молекулами главного комплекса гистосовместимости3. Прямое противомикробное действие4. Развитие воспаления5. Иммунная память

06.16. Гаптенами являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Антибиотики бета-лактамы 2. Сульфаниламиды 3. Динитрохлорбензол 4. Йод 5. Низкомолекулярные химические соединения 6. Все ответы верны
07.16. Выберите характеристики адъювантов:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вызывают торможение иммунного ответа 2. Не могут быть цитокинами 3. Широко применяются в вакцинах 4. Неспецифически повышают иммуногенность антигена
08.16. Показатели иммунного статуса в норме зависят от:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Биологических циклов 2. Гормональных воздействий 3. Факторов внешней среды 4. Возраста 5. Все ответы верны
09.16. Назовите периоды физиологических перекрестов лейкоцитарной формулы периферической крови у детей:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 5 сутки 2. 1-2 год 3. 5-6 год 4. 3-4 год
10.16. Клинические признаки первичного иммунодефицита:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Манифестация с раннего возраста 2. Рецидивирующие пиогенные инфекции 3. Аутоиммунные или хронические воспалительные заболевания 4. Поражение ЛОР-органов 5. Все ответы верны
11.16. Укажите характерные признаки наследственного ангионевротического отека:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дефицит ингибитора C1-эстеразы 2. Повышение функциональной активности ингибитора C1-эстеразы 3. Низкий эффект от применения ГКС и антигистаминных препаратов 4. Сильный зуд и краснота отеков 5. Все ответы верны

12.16. Выберите недостатки использования ингаляционных систем доставки:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возможный местно-раздражающий эффект 2. Низкая доза депозиции в ротоглотке 3. Невозможность доставки высоких доз 4. Технические ошибки пациентов 5. Все ответы верно
13.16. Как влияет курение на течение бронхиальной астмы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличивает дневные симптомы в 1,2 раза 2. Снижает риск развития фиксированной обструкции легких 3. Увеличивает частоту ночных симптомов в 2 раза 4. Увеличивает скорость снижения функции легких 5. Верно все, кроме «2»
14.16 В основе бронхообструктивного синдрома лежат следующие функциональные (обратимые) нарушения:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бронходилатация 2. Гиперсекреция слизи 3. Рубцовый стеноз стенки бронха 4. Мукоцилиарная недостаточность 5. Перибронхиальный фиброз
15.16. Признаки, наиболее характерные для гуморального иммунодефицита:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рецидивирующие синуситы и заболевания органов дыхания 2. Дессиминация инфекционного процесса и вовлечения других органов и систем 3. Аутоиммунный тиреоидит 4. Атрофическая пурпура 5. Артриты 6. Все ответы верны
16.16. Физиологические причины вторичных иммунодефицитов:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Иммунодефицит новорожденных 2. Иммунодефицит пубертатного периода 3. Иммунодефицит у мужчин с 30 до 40 лет 4. Иммунодефицит при беременности 5. Иммунодефицит пожилых людей 6. Верно все, кроме «б»

17.16. Иммуномодулирующая активность препаратов интерферона связана с:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Торможением активности макрофагов 2. Активацией цитотоксических CD8-лимфоцитов 3. Снижением цитотоксической активности NK-клеток 4. Индукцией молекул МНС 5. Все ответы верны
18.16. Преимущества применения препаратов индукторов интерферона:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие антигенной активности 2. Сбалансированность синтеза ИФН в организме с действием контрольных механизмов, обеспечивающих защиту организма от перенасыщенности ИФН 3. Обладают иммуномодулирующим действием 4. Не оказывают синергичного эффекта при сочетанном применении с противовирусными средствами 5. Верно все, кроме «4» 6. Верно «1,2»
19.16. Методы исследования респираторной функции легких при бронхиальной астме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спирометрия 2. Пикфлоуметрия 3. ЭКГ 4. КТ легких 5. Бодиплетизмография 6. Ингаляционные провокационные тесты
20.16. Виды вакцин:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Живые 2. Убитые 3. Химические 4. Анатоксины 5. Рекомбинантные 6. Все ответы верны
21.16. Укажите глюкокортикостероиды III класса активности:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гидрокортизон 2. Флуметазон 3. Флутиказон 4. Мометазон 5. Бетаметазон

22.16. Длительность лечения топическими глюкокортикоидами не должна превышать:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 7 дней 2. 3-4 недель 3. 1 месяца 4. 3 дней
23.15. К ингибиторам кальциневрина относят:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Метилпреднизолон 2. Циклоспорин А 3. Такролимус 4. Пимекролимус 5. Верно «1,3,4» 6. Верно «2,3,4»
24.16. Перечислите пищевые продукты, к которым возможны перекрестные аллергические реакции при сенсibilизации к пыльце деревьев:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Орехи 2. Злаки 3. Цитрусовые 4. Черешня, слива, персики 5. Морковь, сельдерей, картофель
25.16. Перекрестно-реагирующие лекарственные средства, содержащие кольцо бета-лактама:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сульфаниламиды 2. Пенициллины 3. Тиенамицины 4. Цефалоспорины 5. Карбапенемы (кроме азтреонама) 6. Верно все, кроме «1»
26.16. Перекрестно-реагирующие лекарственные средства с детерминантой парааминобензойной кислоты:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сульфаниламиды 2. Анестезин 3. Новокаин 4. Дикаин 5. Тетракаин 6. Все ответы верны
27.16. Клинические проявления клеточно-опосредованной гиперчувствительности:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аллергический контактный дерматит 2. Анафилактический шок 3. Крапивница 4. Сывороточная болезнь 5. Фиксированная эритема

28.16. Клинические проявления цитотоксических реакций:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аллергический ринит 2. Гломерулонефрит 3. Иммунные цитопении (лейкопения, тромбоцитопения, гемолитическая анемия) 4. Лекарственная лихорадка 5. Узловатая эритема
29.16. Признаки истинной лекарственной аллергии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Каждая реакция на последующее введение протекает с утяжелением 2. Обязателен период сенсибилизации 3. Как правило, отягощенный анамнез по аллергии у родителей 4. Могут протекать по любому из четырех типов гиперчувствительности
30.16. Основной элемент крапивницы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Папула 2. Эритема 3. Волдырь 4. Пустула
31.16. Укажите суммарную допустимую дозу адреналина гидрохлорида 0,1%, допустимую при оказании неотложной помощи при анафилаксии взрослым:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 5 мл. 2. 1 мл. 3. 2 мл. 4. 3 мл.
32.16. Выберите преимущественный способ введения адреналина гидрохлорида 0,1% при оказании первой помощи при анафилаксии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подкожно 2. Подъязычно 3. Внутримышечно в переднелатеральную поверхность бедра 4. Внутривенно 5. Внутримышечно в ягодичную область
33.16. Варианты анафилактического шока:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Типичный 2. Гемодинамический 3. Асфиктический 4. Абдоминальный 5. Церебральный 6. Все ответы верны

34.16. Интервал повторного введения прессорных аминов при анафилаксии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 5 минут 2. 20 минут 3. 30 минут 4. 10-15 минут
35.16. Длительность врачебного наблюдения после лекарственного анафилактического шока:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3 дня 2. 7 дней 3. 8 часов 4. 2-3 недели
36.16. Шоковый орган при сывороточной болезни:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Печень 2. Сосуды 3. Почки 4. Головной мозг 5. Кожа
37.16. По результатам пикфлоуметрии астма средней степени тяжести имеет следующие характеристики:	<ol style="list-style-type: none"> 1. ПСВ<60%, дневной разброс более 30% 2. ПСВ>80%, дневной разброс менее 20% 3. ПСВ 60-80%, дневной разброс 20-30%
38.16. Характеристика псевдоаллергических реакций на лекарства:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обычно высокая доза препарата нужна для запуска реакции 2. Частый кумулятивный эффект 3. Однообразные клинические проявления 4. Различные клинические проявления 5. Связь между эффектами и фармакологическим действием
39.16. Возможные сильные местные реакции на коже при инсектной аллергии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отек в месте контакта (укуса) более 10 см в диаметре 2. Разрешение реакции в течение 5-10 дней 3. Вовлечение более одной области кожи 4. Все ответы верны
40.16. Возможные перекрестные реакции между латексом и другими аллергенами:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Яблоко, абрикос, банан, вишня 2. Каштан, кокос, фи́га, киви 3. Манго, дыня, папайя, персик 4. О́льха, гречиха, сельдерей, шоколад 5. Картофель, фисташки, кунжут, томаты 6. Все ответы верны

Раздел 17. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.17. Заболевание, сопровождающееся резкой интоксикацией, высокой лихорадкой, болями в груди, кашлем с кровянистой мокротой и скудными физикальными данными со стороны легких, скорее всего является:	<ol style="list-style-type: none">1. Туляремией2. Чумой3. Сыпным тифом4. Легионеллезом5. Орнитозом
02.17. Заболевание, возникшее остро, сопровождающееся лихорадкой, головной болью, болями в животе схваткообразного характера, жидким стулом с примесью значительного количества слизи, с прожилками крови, болезненностью по ходу нисходящего отдела толстого кишечника, клинически следует расценивать, как:	<ol style="list-style-type: none">1. Амебную дизентерию2. Пищевую токсикоинфекцию3. Ботулизм4. Дизентерию5. Сальмонеллез
03.17. Заболевание, сопровождающееся на 5-й день болезни выраженной интоксикацией, высокой температурой, болями в суставах, одутловатостью и гиперемией лица, гиперемией шеи, кистей и стоп, урчанием и болезненностью в илеоцекальной области, ярко-красной сыпью на туловище и конечностях, укладывается в клинику:	<ol style="list-style-type: none">1. Сальмонеллеза2. Брюшного тифа3. Псевдотуберкулеза4. Трихинеллеза5. Сыпного тифа

<p>04.17. В хирургическое отделение доставлен больной с симптомами раздражения брюшины на 12-й день высокой лихорадки. Диагностирована перфорация язвы тонкого кишечника, перитонит. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аппендицит 2. Брюшной тиф 3. Дизентерия 4. Неспецифич. язвенный колит 5. Псевдотуберкулез
<p>05.17. Больной А., 19 лет, обратился с жалобами на высокую температуру, слабость, наличие сыпи на теле. Болен в течение 3-х дней. Объективно: состояние ближе к средней тяжести, температура 39°C, на коже лица, туловища обильная сыпь в виде пятен, папул и везикул, имеются высыпания на волосистой части головы и на слизистой полости рта. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Энтеровирусная экзантема 2. Сепсис 3. Генерализованный герпес 4. Ветряная оспа 5. Иерсиниоз
<p>06.17. У воспитателя детского сада 22 лет высокая температура, увеличенные болезненные затылочные лимфоузлы, мелкая пятнистая розовая сыпь на коже, обильная, без тенденции к сгущению, равномерно покрывает все участки кожных покровов, боли в суставах. Больная 2-й день. Состояние удовлетворительное. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Корь 2. Краснуха 3. Инфекционный мононуклеоз 4. Псевдотуберкулез 5. Сыпной тиф

<p>07.17. Больной Ч., 40 лет, бизнесмен, заболел в командировке в странах Юго-Восточной Азии: высокая ежедневная лихорадка с повторными ознобами, головная боль, рвота, диарея. К врачам не обращался. На 6-й день болезни вернулся в Россию, обратился на СМП. При осмотре: температура - 39°C, бледный, единичные геморрагии на коже, сознание спутанное, желтушность склер, пальпируется плотная селезенка, определяется ригидность мышц затылка. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Геморрагическая лихорадка 2. Сепсис 3. Менингококковая инфекция 4. Тропическая малярия 5. Желтая лихорадка
<p>08.17. У больного 28 лет ведущими проявлениями болезни являются периодические судороги мышц туловища. Рот растянут в улыбке, открывает с трудом только на 1-1,5 см. Сознание ясное, температура нормальная, мышечный гипертонус. На левой кисти эпителизирующий ожог IV степени после электротравмы. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бешенство 2. Раневой ботулизм 3. Столбняк 4. Энцефалит 5. Нарушение мозгового кровообращения

<p>09.17. Больная 30 лет, домохозяйка, заболела 7 дней назад, на 2-й день после приезда из Узбекистана, где употребляла сырое молоко. Жалуется на боли в мышцах, коленных и плечевых суставах, повторные ознобы, поты. Температура 39,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Печень и селезенка увеличены. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Иерсиниоз 2. Бруцеллез 3. Лептоспироз 4. Висцеральный лейшманиоз 5. Туляремия
<p>10.17. Больной 23-х лет, доставлен в стационар машиной скорой помощи без сознания на 2-й день болезни. Температура тела 39,2°C. Рефлексы сохранены. Ригидность затылочных мышц. Сыпи нет. Печень и селезенка не увеличены. Пульс 56 уд. в минуту, ритмичный, не напряжен. АД 100/70 мм рт. ст. В крови лейкоцитоз до 23×10^3 в 1 мкл, анэозинофилия, СОЭ 40 мм/час. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ГЛПС 2. Гнойный менингит 3. Серозный менингит 4. Сыпной тиф 5. Субарахноидальное кровоизлияние
<p>11.17. Больной 19 лет, заболел остро с повышением температуры до 40°C с ознобом к концу суток. Появилась геморрагическая мелкоточечная сыпь на коже дистальных отделов конечностей. Менингеальные симптомы отсутствуют. Перед заболеванием перенес ринит в течение 7 дней. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Брюшной тиф 2. Сыпной тиф 3. Аденовирусная инфекция 4. Грипп 5. Менингококковая инфекция

<p>12.17. С самолета, прибывшего из азиатской страны, снят пассажир с двусторонней пневмонией. Состояние больного тяжелое, температура 40°C, гиперемия лица, «налитые кровью» глаза, число дыханий 50 в 1 мин., кашель с большим количеством жидкой, пенистой, кровянистой мокроты, физикальные данные скудные. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Легочная форма туляремии 2. Легочная форма сибирской язвы 3. Легочная форма чумы 4. Крупозная пневмония 5. Гриппозная пневмония
<p>13.17. Больной 40 лет, поступил в больницу на 3-й день болезни в среднетяжелом состоянии с подозрением на правостороннюю пневмонию. Заболел остро, все дни высоко лихорадил. Пневмония рентгенологически не подтвердилась. С 5-ого дня болезни температура начала снижаться, появились боли в пояснице, единичные геморрагии в подключичной и надключичной областях. Однократно было носовое кровотечение. На 4-5 день стал редко мочиться, температура нормализовалась, но общее состояние ухудшилось. Работает водителем, имеет дачу в сельской местности. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Грипп 2. ГЛПС 3. Острый пиелонефрит 4. Лептоспироз 5. Брюшной тиф

<p>14.17. Больной 37 лет, заболел постепенно, стал испытывать слабость, обнаружил увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов, почувствовал кожный зуд. При осмотре: гепато-лиенальный синдром, температура 36,6°C, в легких на фоне жесткого дыхания рассеянные сухие хрипы и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в задне-нижних отделах. Больной приехал из Заира 1,5 месяца тому назад, в детстве болел малярией. О каком заболевании может идти речь наиболее вероятно:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лимфогранулематоз 2. Инфекционный мононуклеоз 3. Очаговая пневмония 4. ВИЧ-инфекция 5. Малярия
<p>15.17. В приемное отделение доставлена больная Г., 48 лет, с выраженным синдромом интоксикации (температура 39,2°C, боли в мышцах, озноб). В области правой голени в средней и нижней ее трети яркая гиперемия, резко ограниченная от здоровой кожи, края ее неровные, в виде зубцов и языков. На фоне эритемы два пузыря, наполненные прозрачной желтой жидкостью. Выражен отек голени и стопы. Кожа в области эритемы горячая на ощупь, инфильтрирована, умеренно болезненна. Пальпируются болезненные, увеличенные паховые лимфатические узлы. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Флегмона 2. Сибирская язва 3. Рожа 4. Эризипеллоид 5. Тромбофлебит

<p>16.17. Больной 50 лет, поступил в клинику на 1-й день болезни. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39°C, цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, одышка. Отек кожи лица, шеи, верхней половины туловища, в области правого крыла носа темный струп с сукровичным отделяемым, кожа гиперемирована. Области отека безболезненна. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рожа 2. Флегмона 3. Сибирская язва 4. Эризипеллоид 5. Кожная форма чумы
<p>17.17. Больная Т., 62 лет, заболела через 12 дней после получения глубокой колотой раны правой стопы во время работы на огороде. Появились недомогание, напряжение и подергивание мышц вокруг раны. Через два дня отметила затруднение жевания и открывания рта, болезненность при глотании. Затем появилось напряжение мышц лица и чувство стеснения в груди. Обратилась за медицинской помощью. Длительно злоупотребляет алкоголем. Наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ботулизм 2. Энцефалит 3. Столбняк 4. Бешенство 5. Алкогольная энцефалопатия

<p>18.17. У больного повышенная температура ремиттирующего характера в течение 2 недель, головная боль, кашель. Боль при движении глазных яблок. В легких единичные сухие и влажные хрипы. Брадикардия. Пальпируется печень и селезенка. Живет в сельской местности, работает пастухом. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лихорадка Ку 2. Грипп 3. Пневмония 4. Бруцеллез 5. Брюшной тиф
<p>19.17. При поступлении в инфекционную больницу у больного 30 лет с жалобами на головную боль, боли в мышцах, плохой аппетит, высокую температуру (39°C), одутловатость и гиперемию лица и шеи, резкую болезненность при пальпации мышц бедра и голени с наличием положительного симптома поколачивания с обеих сторон, следует заподозрить:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сальмонеллез 2. Клещевой энцефалит 3. Лептоспироз 4. Сибирскую язву 5. Трихинеллез
<p>20.17. Больная М. 25 лет, лечится у врача по поводу ОРЗ в течение 5 дней. В последние 2 дня температура тела нормальная, однако самочувствие ухудшилось: пропал аппетит, появилась тошнота, выросла слабость, заметила темный цвет мочи. Укажите наиболее вероятный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Холецистит 2. Вирусный гепатит 3. Брюшной тиф 4. Лептоспироз 5. ГЛПС

21.17. Факторы передачи ВИЧ-инфекции:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кровь 2. Сперма 3. Слюна 4. Вагинальный секрет 5. Пот
22.17. Инфицирование медицинского персонала ВИЧ-инфекцией возможно при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проведении инвазивных процедур 2. Оперативных вмешательствах 3. Рентгенологическом исследовании 4. УЗ исследовании 5. Осмотре пациента
23.17. При уколе или порезе инструментом, контаминированным кровью пациента ВИЧ, медицинский работник должен:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сообщить заведующему отделением 2. Сделать запись в журнале аварийных ситуаций 3. Составить акт о несчастном случае на производстве в 3-х экземплярах 4. Не позднее 36 часов обратиться за консультацией в территориальный СПИД-центр 5. Не позднее 48 часов обратиться за консультацией в территориальный СПИД-центр
24.17. При аварийной ситуации с повреждением кожных покровов или слизистых оболочек и их контаминацией кровью пациента, медицинский работник должен обследоваться на ВИЧ-инфекцию:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сразу после аварийной ситуации 2. Через 2 недели 3. Через 3 месяца 4. Через 6 месяцев 5. Через 1,5 года
25.17. Ограничению распространения ВИЧ-инфекции способствуют следующие меры:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пропаганда здорового образа жизни 2. Борьба с распространением наркотиков 3. Доступность медицинского освидетельствования, в том числе анонимного 4. Изоляция ВИЧ-инфицированных в закрытые лечебные учреждения 5. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ

26.17. При инфицировании вирусом иммунодефицита человека происходит:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поражение клеток, несущих маркер CD4 2. Поражение вновь образовавшимися вирионами новых клеток-мишеней 3. Репликация структурных элементов ВИЧ в гепатоцитах 4. Сборка новых вирусных частиц с помощью протеазы 5. Образование провируса
27.17. ВИЧ-инфицированный человек является источником инфекции:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Только в клинически выраженных периодах 2. Только в терминальной стадии 3. Только в стадии бессимптомной инфекции 4. Только в стадии острой инфекции 5. Пожизненно
28.17. К основным показателям прогрессирования ВИЧ-инфекции относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Количество CD4 лимфоцитов 2. Уровень вирусной нагрузки 3. Величину лейкоцитоза 4. Уровень аланинаминотрансферазы 5. Характер присоединившихся оппортунистических заболеваний
29.17. Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными лицами включает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ крови 2. Определение маркеров вирусных гепатитов В и С 3. Микроскопическое исследование кала 4. Иммунологическое исследование 5. Биохимический анализ крови
30.17. Больной 29 лет приехал из Нигерии год тому назад. Стал испытывать слабость, недомогание, субфебрилитет. Периодически отмечает появление сыпи на теле, ежедневно жидкий стул до 2-3 раз в сутки. Потеря веса свыше 10 кг. Увеличены шейные и подмышечные узлы. Ваш предварительный диагноз:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лихорадка Ласса 2. Легионеллез 3. ВИЧ-инфекция 4. Бруцеллез 5. Лимфома

31.17. Противоэпидемические мероприятия - это мероприятия, направленные на профилактику:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неинфекционных заболеваний 2. Инфекционных заболеваний 3. Инфекционных и неинфекционных заболеваний 4. Заболеваний отдельных групп населения
32.17. Понятие "санитарная охрана территории страны" включает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплекс мероприятий, направленный на предупреждение заноса и распространения карантинных и любых других инфекционных болезней на территорию страны 2. Комплекс мероприятий, направленный на предупреждение заноса и распространение возбудителей карантинных и других инфекционных болезней, передаваемых комарами 3. Комплекс мероприятий, направленный на предупреждение заноса и распространение любых возбудителей зоонозных болезней на территорию страны
33.17. Выберите мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи антропонозных инфекций:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выявление и изоляция больного 2. Выявление лиц, контактировавших с больным 3. Проведение экстренной профилактики лицам, контактировавшим с больным 4. Дезинфекция квартиры и личных вещей больного 5. Проведение мероприятий, направленных на сокращение численности переносчиков
34.17. Первичное экстренное извещение заполняет врач:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заподозривший инфекционную болезнь 2. Подтвердивший инфекционную болезнь 3. Установивший границы инфекционного очага

<p>35.17. Как поступить с ребенком 7 лет, после укуса в голень известной собакой во время игры? Ребенок 2 месяца назад получил плановую ревакцинацию АДС-М анатоксином:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наблюдать животное, антирабические прививки не проводить, ввести АС-анатоксин 2. Наблюдать животное, антирабические прививки не проводить, ввести АС-анатоксин и ППС (ПСЧИ) 3. Наблюдать животное, ввести антирабическую вакцину и АС-анатоксин 4. Наблюдать животное, ввести антирабическую вакцину, АС-анатоксин и ПСС (ПСЧИ) 5. Наблюдать животное, антирабические и противостолбнячные прививки не проводить
<p>36.17. Среди пассажиров самолета следующего рейсом Бомбей - Москва, выявлен больной с подозрением на холеру. В отношении больного, пассажиров (граждан России и иностранцев), членов экипажа проводят комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий. Укажите, какое из перечисленных мероприятий не проводится:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация больного 2. Медицинское наблюдение за членами экипажа в течение 5 дней 3. Медицинское наблюдение за пассажирами в течение 5 дней 4. Бактериологическое обследование членов экипажа и пассажиров (граждан России) 5. Введение холероген-анатоксина пассажирам и членам экипажа

Раздел 18. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ С ВОПРОСАМИ АЛЬГОЗОЛОГИИ

***Инструкция:** выберите один или несколько правильных ответов:*

01.18. Шок – это прогрессирующая недостаточность:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Системного кровообращения 2. Почечного кровообращения 3. Тканевого кровообращения 4. Церебрального кровообращения
02.18. Кардиальные причины шока:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Истинная гиповолемия 2. Относительная гиповолемия 3. Нарушение преднагрузки 4. Системная вазодилатация
03.18. Шоки, вызванные истинной гиповолемией:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ожоговый 2. Анафилактический 3. Гемотрансфузионный 4. Септический
04.18. Порочный круг нарушений микроциркуляции при шоке не включает:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Гиперволемию 2. Снижение сердечного выброса 3. Секвестрацию крови 4. Нарушение реологических свойств крови
05.18. Клинические признаки компенсированного шока:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Теплые конечности 2. Нормальное время заполнения капилляров 3. Тахикардия 4. Сохранение двигательной активности
06.18. Клиническим признаком декомпенсированного шока не является:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Бледность кожных покровов 2. Гипертензия 3. Тахикардия 4. Олигурия
07.18. Нормальное значение шокового индекса Альговера:	<ul style="list-style-type: none"> 1. 0,5 2. 1,0 3. 1,5 4. 2,0

08.18. Малая программа контроля при шоке не включает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Артериальное давление 2. Почасовой диурез 3. Цвет кожных покровов 4. Измерение ОПСС
09.18. Цели интенсивной терапии шока:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диурез > 0,1 мл/час 2. Диурез > 1 мл/час 3. Диурез > 10 мл/час 4. Наличие диуреза
10.18. В программу интенсивной терапии шока не включено:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оксигенотерапия 2. Коррекция ацидоза 3. Анальгоседация 4. Форсированный диурез
11.18. К задачам инфузионной терапии не относится:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Восстановление объема всех водных секторов 2. Восстановление внешнего дыхания 3. Обеспечение тканевого дыхания 4. Коррекция осмолярности
12.18. Объем воды, заключенный во внутриклеточном водном пространстве:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 50 % 2. 60 % 3. 70 % 4. 80 %
13.18. Дополнительная потребность в воде у взрослых при гипервентиляции составляет:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0,5 л 2. 1,0 л 3. 1,5 л 4. 2,0 л
14.18. Не является коллоидом:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гелофузин 2. Полиглюкин 3. Нормофундин 4. Венофундин
15.18. Показания к применению кристаллоидов:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Восполнение объема внеклеточной жидкости 2. Антигипоксанта́ная терапия 3. Поддержание газотранспортной функции крови 4. Восполнение объема внутриклеточной жидкости

16.18. К отрицательным эффектам декстранов не относится:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аллергические реакции 2. Блокада почечных канальцев 3. Восполнение ОЦК 4. Нарушение свертывающей системы крови
17.18. Максимальная дозировка венофундина:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 35 мл/кг 2. 45 мл/кг 3. 55 мл/кг 4. 65 мл/кг
18.18. К объему инфузии при лихорадке добавляется:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 10 мл/час вне зависимости от температуры тела 2. 10 мл/час на каждые градус выше 37 3. 10 мл/час на каждый градус выше 38 4. 10 мл/час на каждый градус выше 39
19.18. Цель инфузионной терапии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. САД не менее 70 мм рт ст 2. ДАД не менее 70 мм рт ст 3. АД ср. не менее 70 мм рт ст 4. ЦВД не менее 70 см вод ст
20.18. К показаниям для переливания СЗП не относится:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острая массивная кровопотеря 2. Удлинение АЧТВ более чем в 1,8 раза 3. Снижение ПТИ менее 60 % 4. Тахикардия
21.18. Возможные внелегочные причины ОДН:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травмы диафрагмы 2. Нарушение водно-электролитного баланса 3. Пневмония 4. Бронхит
22.18. Для 2 стадии ОДН характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушения сознания 2. Одышка до 40 в минуту 3. Склонность к артериальной гипотонии 4. Тахикардия до 110 в минуту
23.18. К мероприятиям неотложной помощи при ОДН относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгенография грудной клетки 2. Оксигенотерапия 3. Седация 4. Миорелаксация

24.18. При ОДН аминофиллин вводится в количестве:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 120 мг 2. 240 мг 3. 480 мг 4. 960 мг
25.18. При бронхоспазме ингаляционно вводятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Будесонид 2. Сальбутамол 3. Нитроглицерин 4. Ипратропия бромид
26.18. Причины недостаточности вентиляции:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение активности дыхательных мышц 2. Нарушение растяжимости грудной клетки 3. Нарушение активности скелетной мускулатуры 4. Нарушение газотранспортной функции крови
27.18. Показания для перевода в ОРИТ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЧДД > 24 в минуту 2. ЧДД > 30 в минуту 3. SpO₂ < 95 % 4. SpO₂ < 90 %
28.18. Показания для перевода на ИВЛ:	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЧДД > 30 в минуту 2. ЧДД > 35 в минуту 3. SpO₂ < 95 % 4. SpO₂ < 90 %
29.18. Соотношение PaO ₂ /FiO ₂ при ОРДС:	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 100 2. ≤ 200 3. ≤ 300 4. ≤ 400
30.18. Наиболее быстро действующий препарат с адреномиметическим действием:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сальметерол 2. Формотерол 3. Сальбутамол 4. Эфедрин
31.18. Варианты остановки кровообращения по патогенезу:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Асистолия 2. Фибрилляция предсердий 3. Фибрилляция желудочков 4. Пароксизмальная тахикардия

32.18. Этапы умирания:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Агония 2. Клиническая смерть 3. Электромеханическая диссоциация 4. Кома
33.18. Реанимационные мероприятия:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Иммобилизация 2. Компрессии грудной клетки 3. Дефибрилляция 4. ЭЭГ
34.18. Ключевые аспекты успешной СЛР:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скорость 2. Глубина 3. Переломы ребер 4. Определение пульса
35.18. Интервалы при введении адреналина:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 минута 2. 3 минуты 3. 5 минут 4. 7 минут
36.18. Среда, используемая для разведения амиодарона:	<ol style="list-style-type: none"> 1. СЗП 2. Раствор Рингера 3. Раствор глюкозы 4. Гелофузин
37.18. Показание для прекращения реанимационных мероприятий:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неэффективность реанимационных мероприятий в течение 30 минут 2. Нарушение ритма сердца 3. Наличие признаков клинической смерти 4. Отсутствие пульса на центральных артериях
38.18. Противопоказания для проведения реанимационных мероприятий:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие признаков клинической смерти 2. Наличие признаков биологической смерти 3. Прогрессирование неизлечимого заболевания 4. Прогрессирование достоверно установленного неизлечимого заболевания, не совместимого с жизнью

39.18. Ранние признаки биологической смерти:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие пульса на крупных артериях 2. Высыхание роговицы 3. Симптом «кошачьего глаза» 4. Трупные пятна
40.18. К ошибкам реанимационных мероприятий можно отнести:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение проходимости дыхательных путей 2. Раннее проведение дефибрилляции 3. Перерыв в компрессиях грудной клетки при наложении электродов 4. Обеспечение внутривенного доступа
41.18. Боль – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инструментально подтвержденное раздражение болевых рецепторов 2. Состояние, когда человек говорит, что ему больно 3. Неприятное эмоциональное переживание, связанное с фактическим повреждением тканей 4. Способ выражения повреждения
42.18. Основные подходы при лечении боли:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Распознать 2. Оценить 3. Диагностировать 4. Лечить
43.18. Причины неадекватного обезболивания:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Трудности в оценке боли 2. Трудности в выявлении причины боли 3. Дефицит времени медицинского персонала 4. Недостаточность времени у пациента для проведения лечения
44.18. Виды боли по механизмам:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ноцицептивная 2. Хроническая 3. Нейропатическая 4. Патологическая
45.18. Группы лекарственных препаратов для лечения боли:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наркотические анальгетики 2. Ненаркотические анальгетики 3. Антиконвульсанты 4. Местные анестетики

46.18. Период полувыведения лорноксикама:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 часа 2. 4 часа 3. 6 часов 4. 8 часов
47.18. Группы препаратов для лечения хронической скелетно-мышечной боли:	<ol style="list-style-type: none"> 1. НПВС 2. Бисфосфонаты 3. Сильные опиоиды 4. Нейролептики
48.18. Суточная доза клофелина для лечения боли:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0,01 – 0,1 мг 2. 0,1 – 0,15 мг 3. 0,25 – 0,5 мг 4. 1 – 2 мг
49.18. Препараты первой ступени лечения боли:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бупренорфин 2. Фентанил 3. Анальгетик периферического действия 4. Просидол
50.18. Физические методы лечения боли:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Акупунктура 2. Холод 3. Анаэробные физические нагрузки 4. Массаж

Раздел 19. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.19. Характерные признаки кетоацидотической комы:	<ol style="list-style-type: none">1. Гипергликемия2. Гипотония мышц, влажность кожных покровов3. Сухость кожных покровов и слизистых4. «Румянец»5. Бледность лица
02.19. Экстренные мероприятия, проводимые на догоспитальном этапе при коматозном состоянии:	<ol style="list-style-type: none">1. Обеспечение проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции2. Введение дыхательных analeптиков3. Контроль и коррекция гемодинамики4. Введение наркотических анальгетиков
03.19. Характерные признаки гипогликемической комы:	<ol style="list-style-type: none">1. Гипогликемия2. Гипотония мышц, влажность кожных покровов3. Сухость кожных покровов и слизистых4. Шумное дыхание Куссмауля5. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе
04.19. В первую очередь у родственников при сборе анамнеза о коматозном больном следует выяснить:	<ol style="list-style-type: none">1. Возраст больного2. Социальное положение больного3. Не исчезли ли из домашней аптечки какие-либо сильнодействующие средства4. Имеет ли больной вредные привычки
05.19. Неблагоприятными прогностическими признаками при коме не считаются:	<ol style="list-style-type: none">1. Симптом «последней слезы» на стороне паралича2. Тахипноэ до 25/мин3. Угнетение мышечного тонуса и рефлексов4. Симптом «отвислой нижней челюсти»

06.19. При геморрагическом инсульте больной теряет сознание:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Быстро, кома глубокая, лицо асимметрично 2. Медленно, постепенно, могут предшествовать нарушения речи, парезы 3. Быстро, на фоне предшествующей эйфории; кома может быть кратковременной, после нее отмечается сонливость 4. Преходящее «сумеречное» состояние
07.19. Показатели гликемии, являющиеся критерием адекватной инсулинотерапии по выведению больного из гипергликемической комы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4 – 5 г/л 2. 5 – 7 г/л 3. 10 – 12 г/л 4. 15 – 17 г/л
08.19 При эмболии сосудов мозга кожные покровы больного:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Имеют нормальный цвет 2. Гипермированы, горячие, имеется акроцианоз 3. Сухие, розовые 4. Бледные, холодные, влажные
09.19. При гипогликемической коме потеря сознания происходит:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внезапно 2. Медленно 3. Постепенно, на фоне предшествующего депрессивного состояния
10.19 Кожные покровы при печеночной коме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сухие, следы расчесов, отеки 2. Бледные, могут быть влажными 3. Сухие, желтушные, имеются точечные кровоизлияния 4. Гиперемированные, влажные
11.19. При диабетической кетоацидотической коме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Глюкозурии и кетоновых тел в моче нет 2. Глюкозурия, присутствие в моче кетоновых тел 3. Наблюдаются олигурия, анурия 4. В моче присутствуют желчные пигменты, уробилин

12.19. Угнетение дыхания наблюдается при отравлении:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Опиатами 2. Метиловым спиртом 3. Трициклическими антидепрессантами 4. Фосфорорганическими соединениями
13.19. Артериальная гипертензия не наблюдается при отравлении:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Барбитуратами 2. Фенотиазинами 3. Этиленгликолем 4. Опиатами
14.19. Брадикардия наблюдается при отравлении:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Метиловым спиртом 2. Барбитуратами короткого действия 3. Фосфорорганическими соединениями 4. Этиловым спиртом
15.19. Средства оптимальной инфузионной терапии при ишемическом инсульте (нормотензия):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Полиглюкин 2. Изотонический раствор хлорида натрия 3. Реополиглюкин 4. Глюкозо-новокаиновая смесь 5. 10% раствор глюкозы
16.19. Форсированный диурез – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стимуляция диуреза салуретиками 2. Стимуляция диуреза осмодиуретиками 3. Стимуляция диуреза салуретиками на фоне предварительной активной инфузионной терапии, ощелачивания крови 4. Стимуляция диуреза без предварительной инфузии кристаллоидов комбинацией осмодиуретиков (манит) и салуретиков (лазикс)
17.19. К лечебным мероприятиям, проводимым при гипертоническом инсульте, не относится введение лекарственных средств:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Влияющих на проницаемость сосудистой стенки 2. Улучшающих микроциркуляцию 3. Угнетающих фибринолиз 4. Блокирующих кальцевые каналы

18.19. Лечебные мероприятия при гиперосмолярной коме не включают:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Устранение дегидратации и гиповолемии 2. Инфузию гипотонических растворов 3. Инфузию 5 – 10 % раствора глюкозы 4. Инфузию гидрокарбоната натрия
19.19. Единственным эффективным методом лечения уремической комы является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемодиализ 2. Гемосорбция 3. Плазмаферез 4. Ультрафильтрация
20.19. 30% раствор этилового спирта является антидотом при отравлении:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Транквилизаторами 2. Метиловым спиртом 3. Барбитуратами 4. Клофелином
21.19. При отравлении угарным газом основой лечения является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Форсированный диурез 2. Антидототерапия 3. Изобарическая и гипербарическая оксигенация 4. Дыхательные analeптики
22.19. Женщина 25 лет, незамужняя, потеряла сознание на работе. Жалуется на боли в животе. Анамнез без особенностей. Не отрицает задержку менструаций. На ЭКГ синусовая тахикардия до 120 в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Диагноз:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Брадикардия 2. Симптом каротидного синуса 3. Тромбоэмболия легочной артерии 4. Внематочная беременность 5. Гипогликемия
23.19. Женщина 20 лет заболела остро с повышением температуры до 38,4°С. Начало заболевания совпало с началом менструаций. Беспокоят резкие боли внизу живота. Гинекологический осмотр: резкая болезненность придатков с обеих сторон, матка нормальной величины, инфильтратов нет. Наиболее вероятно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острое воспаление придатков матки 2. Острый аппендицит 3. Разрыв кисты яичника 4. Острое воспаление придатков гонорейной этиологии

<p>24.19. Пациентка 25 лет обратилась с жалобами на раздражительность, агрессивность, тошноту, головокружение, болезненное набухание молочных желез, зуд в области промежности, повышение температуры тела, снижение зрения, одышку. Данные жалобы возникают за 2-14 дней до менструации и исчезают после окончания менструации. Предположительный диагноз:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эндометриоз 2. Альгодисменорея 3. Предменструальный синдром 4. Тиретоксикоз
<p>25.19. У роженицы на 6-й день послеродового периода повысилась температура тела до 38° С. возникли озноб, болезненность при пальпации молочных желез. Клиническая картина характерна для:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Набухания молочных желез 2. Серозного мастита 3. Абсцесса молочной железы 4. Трещин соска
<p>26.19. Самопроизвольный аборт — это прерывание беременности в сроки:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. До 28 нед 2. До 14 нед 3. До 20 нед 4. До 30 нед
<p>27.19. Преждевременные роды - это роды в сроки:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. От 28 до 38 нед 2. От 26 до 36 нед 3. От 28 до 34 нед 4. От 30 до 40 нед
<p>28.19. Симптомами угрожающего аборта могут быть:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Схваткообразные боли 2. Обильное кровотечение 3. Мажущие темно-кровянистые выделения 4. Гнойные выделения 5. Пенистые выделения

Раздел 20. НЕВРОЛОГИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.20. Антиагрегантными свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме:	<ol style="list-style-type: none">1. Ацетилсалициловой кислоты2. Дипиридамола3. Дигидроэрготоксина4. Клонидина5. Пармидина
02.20. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае:	<ol style="list-style-type: none">1. Молодого возраста больного2. Продолжительности закупорки менее 6 часов3. Отсутствия анурии4. Геморрагического синдрома5. Артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.
03.20. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии:	<ol style="list-style-type: none">1. Ревматизма2. Артериального давления выше 200/100 мм рт. ст.3. Заболеваний печени4. Язвенной болезни желудка5. Тромбоцитопатии
04.20. Критерием эффективной гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают снижение гематокрита до уровня:	<ol style="list-style-type: none">1. 45-69%2. 39-44%3. 35-38%4. 30-34%5. 25-29%
05.20. Интенсивная терапия при ишемическом инсульте не применяется для лечения и коррекции:	<ol style="list-style-type: none">1. Метаболического ацидоза2. Гиперпротромбинемии3. Гиперпротеинемии4. Отека мозга5. Водно-электролитного дисбаланса
06.20. При гипертоническом субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять:	<ol style="list-style-type: none">1. Анальгетики2. Антифибринолитики3. Дегидратационные препараты4. Спазмолитики5. Антигипертензивные средства

07.20. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг не следует применять:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Препараты ксантинового ряда 2. В-адреноблокаторы 3. Аналептики 4. Препараты раувольфии 5. Ганглиоблокаторы
08.20. При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы назначают с первого дня:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хлористый кальций и викасол 2. Фибринолизин и гепарин 3. Эпсилонаминокапроновую кислоту 4. Верно: 1 и 2 5. Верно: 1 и 3
09.20. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга 2. Альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром) 3. Альтернирующий оптикопирамидный синдром 4. Сенсорная афазия 5. Все перечисленное
10.20. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Классических альтернирующих синдромов 2. Глазодвигательных расстройств 3. Двигательных и чувствительных нарушений 4. «Пятнистости» поражения ствола по длиннику 5. Вестибуломожжечковых нарушений
11.20. К симптомам, не характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение психики 2. Преобладание пареза в руке 3. Хватательный рефлекс 4. Моторная афазия 5. Апраксия левой руки
12.20. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Апраксии левой руки 2. Левосторонней гемианопсии 3. Левосторонней гемиплегии 4. Анозогнозии

13.20. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гомонимной гемианопсии 2. Битемпоральной гемианопсии 3. Биназальной гемианопсии 4. Концентрического сужения полей зрения
14.20. Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. При узелковом периаптериите Куссмауля - Мейера 2. При неспецифическом аорто-артериите (болезни Такаясу) 3. При височном артериите Хортона - Магата – Брауна 4. При облитерирующем тромбангиите Винивартера - Бюргера 5. При гранулематозном ангиите Вегенера
15.20. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тонуса и реактивности сосудов 2. Реологических свойств крови 3. Свертывающей-противосвертывающей системы 4. Архитектоники артериального круга мозга 5. Системной и центральной гемодинамики
16.20. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 суток 2. 1 недели 3. 2 недель 4. 3 недель 5. 1 месяца
17.20. Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 недели 2. 3 недель 3. 1 месяца 4. 3 месяцев 5. 6 месяцев

18.20. При закупорке внутренней сонной артерии находят на той же стороне:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение пульсации наружной сонной артерии 2. Снижение пульсации височной артерии 3. Усиление пульсации наружной сонной артерии 4. Усиление пульсации височной артерии 5. Верно: 1 и 2 6. Верно: 3 и 4
19.20. Антиагрегантными свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ацетилсалициловой кислоты (аспирина) 2. Дипиридамола (курантила) 3. Дигидроэрготоксина (редергина) 4. Клонидина (клофелина) 5. Пармидина (продектина)
20.20. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение артериального давления и замедление кровотока 2. Повышение вязкости и агрегации 3. Повышение коагуляционной активности крови 4. Повышение фибринолитической активности крови
21.20. С помощью магнитно-резонансной томографии очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется от начала заболевания:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Через 1 ч 2. Через 3 ч 3. Через 6 ч 4. К концу первых суток
22.20. К развитию нетромботического ишемического инсульта не приводит:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спазм сосудов 2. Мозговая сосудистая недостаточность 3. Артерио-артериальная микроэмболия 4. Кардиогенная эмболия
23.20. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 ч от начала заболевания 2. 2 ч от начала заболевания 3. 4 ч от начала заболевания 4. 6 ч и более от начала заболевания

<p>24.20. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Утрата сознания 2. Кровянистый ликвор 3. Смещение срединного эхо-сигнала 4. Контралатеральный гемипарез 5. Все перечисленное
<p>25.20. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания 2. Повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей 3. Повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей 4. Повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей

Раздел 21. ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.21. Решающее значение в развитии неврозов имеет:	<ol style="list-style-type: none">1. Нейроинфекция2. Черепно-мозговая травма3. Сосудистые заболевания головного мозга4. Психогенный фактор5. Переутомление
02.21. Для развития невроза первостепенное значение имеет:	<ol style="list-style-type: none">1. Хроническое соматическое заболевание2. Затяжной личностный конфликт3. Органическая неполноценность мозга
03.21. В возникновении делириозных состояний имеют значение:	<ol style="list-style-type: none">1. Токсический фактор (алкоголь, лекарственные препараты)2. Наличие абстиненции3. Инфекции, тяжело протекающие соматические заболевания4. Сосудистые заболевания головного мозга5. Все перечисленное
04.21. Терапия маскированных депрессий проводится:	<ol style="list-style-type: none">1. Транквилизаторами2. Психостимуляторами3. Адреноблокаторами4. Антидепрессантами5. Нейролептиками
05.21. Достаточным основанием для постановки диагноза «токсикомания» является наличие:	<ol style="list-style-type: none">1. Абстинентного синдрома2. Доказанного фактора употребления токсического вещества3. Психической зависимости4. Социально-поведенческих нарушений
06.21. Алкогольный абстинентный синдром наблюдается:	<ol style="list-style-type: none">1. В 1 стадии алкоголизма2. После прекращения запоя во 2 стадии заболевания3. На высоте опьянения4. При низкой толерантности к алкоголю

07.21. Признаком, характеризующим преимущественно наркоманию, в целом является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Психическая зависимость к наркотику 2. Криминальное поведение 3. Тенденция к диссимуляции 4. Развитие осложнений со стороны внутренних органов 5. Повышение творческих потенций личности
08.21. При хронической почечной недостаточности наиболее часто наблюдается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Астенический синдром 2. Кататонический синдром 3. Синдром нервной анорексии 4. Психоэндокринный синдром
09.21. Канцерофобия наиболее характерна:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Для больных, страдающих ишемической болезнью сердца 2. Для больных, страдающих гипертонической болезнью 3. Для больных с хроническим гастритом 4. Для больных с хронической почечной недостаточностью
10.21. Ипохондрическое отношение к болезни чаще наблюдается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. В детском возрасте 2. В юношеском возрасте 3. В зрелом возрасте 4. В инволюционном возрасте 5. В старческом возрасте

Раздел 22. ОНКОЛОГИЯ

***Инструкция:** выберите один или несколько правильных ответов:*

01.22. Первое место по вкладу факторов в развитие рака занимает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Курение 2. Питание 3. Метаболиты гормонов 4. Алкоголь 5. Инсоляция
02.22. Критерием излеченности в онкологии является срок:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 года 2. 3 года 3. 4 года 4. 5 лет
03.22. К какой клинической группе относятся люди, излеченные от рака (практически здоровые):	<ol style="list-style-type: none"> 1. I а 2. I б 3. II 4. II а 5. III
04.22. Какая стадия является предельной границей ранней диагностики рака:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 стадия 2. I 3. II а 4. II б
05.22. Основные причины «запущенности» онкологической патологии:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Позднее обращение больных к врачу 2. Отсутствие онкологической настороженности врачей 3. Неполное обследование больных 4. Ошибки при морфологическом исследовании
06.22. К методам вторичной профилактики злокачественных опухолей относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лечение предраковых состояний 2. Проведение диспансерного наблюдения за больными с предраковыми состояниями 3. Проведение мероприятий по улучшению экологии 4. Проведение проф. осмотров с использованием скрининговых тестов

07.22. Патогенез поздних лучевых повреждений:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Асептическое воспаление 2. Запустевание сосудов, гипоксия 3. Изменение иннервации 4. Дистрофические изменения тканей
08.22. Какие методы диагностики необходимо применить для выявления или исключения рака при узловом образовании в щитовидной железе:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пальпация 2. Скенирование 3. УЗИ 4. Пункция, пункция под контролем УЗИ 5. Срочное гистологическое исследование во время операции
09.22. Для медуллярного рака щитовидной железы характерно:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие плотных «каменистых» узлов в щитовидной железе 2. Диарея 3. Синдром Сиппла 4. Все вышеперечисленное
10.22. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язык 2. Дно полости рта 3. Слизистая щеки 4. Слизистая мягкого неба 5. Слизистая альвеолярного отростка челюсти
11.22. Какие из перечисленных ниже особенностей заставляют заподозрить меланому при длительно существовавшем пигментном пятне:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интенсивно темный цвет 2. Сохраненная структура кожи 3. Неровные очертания 4. Наличие волос на поверхности пятна
12.22. Пигментное пятно имеет перечисленные ниже особенности. Какие из них заставляют заподозрить меланому:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стало кровоточить 2. Появились зуд и боль в области пятна 3. На поверхности пятна растут волосы 4. В окружности пятна возникли мелкие пигментированные пятнышки
13.22. Основным методом первичной диагностики рака молочной железы является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пальпаторное определение опухоли 2. Маммография 3. УЗИ молочных желез 4. Цитологическое исследование

14.22. Характерные проявления начальных форм рака пищевода:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Чувство царапания за грудиной или прилипания при проглатывании 2. Осиплость голоса 3. Гиперсаливация 4. Дисфагия I-II степени
15.22. Рак желудка может возникнуть на фоне:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язвы желудка 2. Гастрита 3. Полипов 4. Здоровой слизистой желудка
16.22. К методам уточняющей диагностики при раке желудка относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гастроскопия 2. УЗИ брюшной полости 3. Лапароскопия 4. Морфологическое исследование биоптата
17.22. К забрюшинным неорганным опухолям относят (по расположению):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Опухоли, исходящие из корня брыжейки 2. «Подбрюшинные» опухоли (в малом тазу под листком брюшины) 3. Опухоли, исходящие из ретроперитонеальной клетчатки 4. Опухоли надпочечника
18.22. Регионарными лимфатическими узлами для почки являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Узлы ворот почки 2. Парааортальные 3. Паракавальные 4. Паховые

Раздел 23. ФТИЗИАТРИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.23. Вакцины БЦЖ вводятся:	<ol style="list-style-type: none">1. Внутрь и интраназально2. Внутримышечно3. Накожно4. Подкожно5. Внутрикожно
02.23. Вакцинация БЦЖ проводится:	<ol style="list-style-type: none">1. Детям 1-14 лет2. Новорожденным +3. Подросткам 15-17 лет
03.23. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ при милиарном туберкулезе:	<ol style="list-style-type: none">1. Гиперергическая2. Положительная3. Сомнительная4. Отрицательная5. Парадоксальная
04.23. Заболеваемость туберкулезом – это:	<ol style="list-style-type: none">1. Число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей2. Число больных туберкулезом в пересчете на 10 000 жителей3. Процент больных, исчисленный к населению данной местности4. Число больных туберкулезом, выявленных в данном году5. Число вновь выявленных больных туберкулезом в пересчете на 100 000 населения
05.23. Показатель болезненности при туберкулезе – это:	<ol style="list-style-type: none">1. Число больных туберкулезом, стоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей2. Число больных активным туберкулезом на конец года3. Удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории4. Число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей

06.23. Первой морфологической реакцией при инвазии и размножении микобактерий туберкулеза в очаге поражения будет:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Образование казеозного некроза 2. Формирование туберкулезной гранулемы 3. Инфильтрация ткани нейтрофильными лейкоцитами
07. 23. В лаважной жидкости больного туберкулезом преобладают:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лимфоциты 2. Эпителиоидные и гигантские клетки 3. Нейтрофилы 4. Альвеолярные макрофаги
08.23. Микобактерии туберкулеза можно выявить при микроскопии окрашенного препарата:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Метиленовым синим 2. По Граму 3. По Цилю-Нильсену 4. По Романовскому-Гимзе 5. По Лейшману
09.23. Специфичной морфологической реакцией для туберкулезного воспаления является скопление в очаге поражения:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лимфоидных клеток 2. Нейтрофильных клеток 3. Эпителиоидных с включением гигантских клеток типа Лангганса
10.23. Казеозный некроз:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Специфичен для туберкулеза, он не встречается при других заболеваниях 2. Как правило, наблюдается при туберкулезе, редко встречается при другой патологии 3. Не является специфичной тканевой реакцией для туберкулеза, он встречается при раке, саркоидозе и некоторых других болезнях
11.23. "Первичный туберкулез" – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов 2. Первичный туберкулезный комплекс 3. Заболевание, возникшее вскоре после инфицирования

<p>12.23. Вторичные формы туберкулеза – это:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Туберкулез у лиц среднего и пожилого возраста 2. Легочная локализация туберкулеза 3. Заболевание, возникшее через некоторое время после инфицирования, чаще вследствие эндогенной реактивации незаживших очагов первичного инфицирования и характеризующееся преимущественно органным поражением
<p>13.23. Среди основных причин, вызывающих гиперергическую чувствительность к туберкулину, ведущими являются:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заболевания туберкулезом 2. Активизация туберкулезной инфекции в организме 3. Повышение уровня специфической сенсибилизации организма вследствие суперинфекции, а также активной формы туберкулеза 4. Фактор парааллергии
<p>14.23. Рентгенологическое исследование при заболеваниях органов дыхания следует начинать:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. С флюорографии в прямой и боковой проекциях 2. С рентгеноскопии в различных проекциях 3. С обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях 4. С томографии легких в прямой и боковой проекциях 5. С томографии средостения в прямой и боковой проекциях
<p>15.23. Боковая рентгенограмма грудной клетки позволяет получить всю дополнительную информацию, кроме:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Состояния отделов грудной клетки, не получивших отображения в прямой проекции 2. Локализации патологического процесса относительно долей и сегментов легких 3. Распространенности патологического процесса в легких 4. Состояния легочного рисунка

16.23. Основной причиной легочного кровотечения у больных туберкулезом является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повреждение стенок кровеносных сосудов 2. Нарушение в свертывающей системе крови 3. Нарушение в противосвертывающей системе крови 4. Застойные явления в малом круге кровообращения 5. Застойные явления в большом круге кровообращения
17.23. Какие формы вторичного туберкулеза легких при выявлении считаются запущенными:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Очаговый туберкулез 2. Диссеминированный туберкулез в фазе инфильтрации 3. Туберкулома легких 4. Фиброзно-кавернозный туберкулёз 5. Инфильтративный туберкулёз (облаковидный инфильтрат)
18.23. В каких сегментах наиболее часто локализуется очаговый туберкулез легких:	<ol style="list-style-type: none"> 1. I, II 2. I, II, VI 3. VI 4. VIII, IX 5. III, IV, V
19.23. При кавернозном туберкулезе легких бактериовыделение:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Массивное и постоянное 2. Массивное и непостоянное 3. Скудное и постоянное 4. Скудное и непостоянное 5. Отсутствует
20.23. При милиарном туберкулезе очаговые тени в легких при рентгенологическом исследовании обнаруживаются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. В первые сутки заболевания 2. На 3 - 5 сутки 3. На 7 - 9 сутки 4. На 10- 14 сутки 5. На 20 сутки и позже

Раздел 24. МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ И БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.24. При прогнозе дозы общего облучения 100 сЗв или при мощности дозы внешнего облучения 0,3 Гр/ми в случае радиационной аварии необходимо принять из аптечки:	<ol style="list-style-type: none">1. Ондансетрон (латран)2. Ферроцин3. Ацизол4. Индралин (В – 190)
02.24. В режиме чрезвычайной ситуации функции штаба по организации оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим, включая медицинскую эвакуацию, выполняет:	<ol style="list-style-type: none">1. Территориальный центр медицины катастроф2. Орган управления здравоохранением субъекта3. Ближайшая медицинская организация4. Министерство транспорта субъекта
03.24. К специальным формированиям здравоохранения относятся:	<ol style="list-style-type: none">1. Врачебно-сестринские бригады2. Эвакуационные госпитали3. Тыловые госпитали здравоохранения4. Больничные базы
04.24. Геморрагический шок возникает при:	<ol style="list-style-type: none">1. При острой кровопотере 25% ОЦК2. При острой кровопотере 35% ОЦК3. При острой кровопотере 55% ОЦК4. При острой кровопотере 40% ОЦК
05.24. Скорая медицинская помощь на месте катастроф оказывается:	<ol style="list-style-type: none">1. Сотрудниками МВД2. Сотрудниками МЧС3. Очевидцами события4. Бригадами скорой медицинской помощи и службы медицины катастроф

06.23. К лечебным ошибкам, часто отмечаемым при оказании медицинской помощи детям в условиях ЧС, относятся все, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Недостаточное обезболивание при травматических повреждениях 2. Отсутствие или нарушение правил временной иммобилизации конечностей при переломах 3. Недостаточный объем или несоответствующий тяжести состояния пострадавшего состав инфузионной терапии 4. Применение жгута при остановке артериального кровотечения при травме конечностей
07.24. Специальным и наиболее важным мероприятием по предупреждению и лечению токсического отека легких является применение:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Массивных доз кортикостероидов 2. Антигистаминных препаратов 3. Нестероидных противовоспалительных препаратов 4. Осмотических диуретиков
08.24. При проведении медицинской сортировки пострадавших ведущими признаками, на основании которых осуществляется их распределение на группы, являются все, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нуждаемости пострадавших в изоляции или в санитарной обработке 2. Нуждаемости в медицинской помощи, месте и очередности ее оказания пострадавшим 3. Целесообразности и возможность дальнейшей медицинской эвакуации 4. Социального статуса пострадавших
09.24. Величина общих потерь при наводнениях среди населения находящегося в зоне действия волны прорыва, могут составить ночью	<ol style="list-style-type: none"> 1. До 90% 2. До 70% 3. До 50% 4. До 30%
10.24. Основными последствиями воздействия высоких температур и пламени на человека при пожарах являются все, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ожоги тела 2. Развитие острой печеночной недостаточности 3. Отравление продуктами горения 4. Термические повреждения верхних дыхательных путей

Раздел 25. КЛИНИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.25. Тромбоциты образуются из:	<ol style="list-style-type: none">1. Мегакариобласта2. Плазмобласта3. Миелобласта4. Фибробласта5. Лимфобласта
02.25. Под абсолютным количеством лейкоцитов понимают:	<ol style="list-style-type: none">1. Количество лейкоцитов в 1 л. крови2. Процентное содержание отдельных видов лейкоцитов в лейкоформуле3. Количество лейкоцитов в мазке периферической крови4. Все ответы правильные5. Все ответы неправильные
03.25. Под «относительным нейтрофилезом» понимают:	<ol style="list-style-type: none">1. Увеличение процентного содержания нейтрофилов при нормальном абсолютном их количестве2. Увеличение процентного и абсолютного содержания нейтрофилов3. Увеличение их абсолютного числа4. Уменьшение процентного содержания нейтрофилов5. Все ответы неправильные
04.25. Для гранулоцитов характерны:	<ol style="list-style-type: none">1. Нейтрофильная специфическая зернистость2. Нейтрофильная и базофильная специфическая зернистость3. Базофильная специфическая зернистость4. Эозинофильная специфическая зернистость5. Все ответы верны

05.25. Гемоглобин выполняет функцию:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Транспорта кислорода и углекислоты 2. Транспорта метаболитов 3. Пластическую 4. Энергетическую 5. Транспорта микроэлементов
06.25. Белковой частью гемоглобина является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Глобин 2. Альбумин 3. Трасферрин 4. Церулоплазмин 5. Гаптоглобин
07.25. Увеличение ретикулоцитов наблюдается при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемолитическом синдроме 2. Апластических анемиях 3. Гипопластических анемиях 4. Метастазах рака в кости
08.25. Повышение гематокритной величины наблюдается при следующих состояниях:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эритроцитозах 2. Дегидратации 3. Анемиях 4. Гипергидратации 5. Кровотечениях
09.25. Для периферической крови при остром лейкозе характерны:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие бластных клеток 2. Эритроцитоз 3. Нейтрофилез 4. Тромбоцитоз
10.25. При острой лучевой болезни изменяются следующие показатели:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Время кровотечения 2. Время свертывания крови 3. Количество тромбоцитов 4. Активность фактора XII свертывания крови 5. Фибринолиз 6. Все ответы верны
11.25. Нарушения при острой лучевой болезни:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синтез факторов гемостаза 2. Сосудистая стенка 3. Обмен белков 4. Факторы иммунной системы 5. Все ответы верны

12.25. При остром бронхите в мокроте обнаруживают:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Цилиндрический мерцательный эпителий 2. Кристаллы гематоидина 3. Спирали Куршмана 4. Эластические волокна 5. Все перечисленные элементы
13.25. В мокроте при бронхиальной астме характерно присутствие:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скоплений эозинофилов 2. Альвеолярных макрофагов 3. Обызвествленных волокон 4. Частиц некротической ткани
14.25. Термин "ахилия" означает отсутствие:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Свободной, связанной соляной кислоты и пепсина 2. Свободной соляной кислоты 3. Свободной и связанной соляной кислоты 4. Пепсина
15.25. Слюнные железы выделяют фермент:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Амилазу 2. Мальтазу 3. Энтерокиназу 4. Липазу
16.25. Суточное количество кала увеличивается при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Углеводной пище 2. Белковой пище 3. Жировой пище 4. Смешанном питании
17.25. Что оказывает влияние на окраску кала:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Примесь крови 2. Зеленые части овощей 3. Принимаемый карболен 4. Стеркобилин 5. Все ответы верны
18.25. Слизь, кровь и гной на поверхности оформленных каловых масс встречается при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Всех перечисленных заболеваний 2. Дистальном язвенном колите 3. Раке прямой кишки 4. Геморрое 5. Правильного ответа нет

19.25. Преренальные (внепочечные) протеинурии обусловлены следующим фактором:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Усиленным распадом белков тканей 2. Повреждением базальной мембраны 3. Попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей 4. Повреждением канальцев почек
20.25. Ренальные (почечные) протеинурии обусловлены следующим фактором:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушением фильтрации и реабсорбции белков 2. Диспротеинемией 3. Попаданием экссудата при воспалении мочеточников 4. Почечными камнями
21.25. Постренальная протеинурия обусловлена следующим фактором:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Попаданием воспалительного экссудата в мочу при заболевании мочевыводящих путей 2. Прохождением через неповрежденный почечный фильтр белков низкой молекулярной массы 3. Фильтрацией нормальных плазменных белков через поврежденный почечный фильтр 4. Нарушением реабсорбции белка в проксимальных канальцах
22.25. Определение относительной плотности мочи дает представление о:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Концентрационной функции почек 2. Выделительной функции почек 3. Фильтрационной функции почек
23.25. При заболеваниях почек с преимущественным поражением клубочков отмечается:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение фильтрации 2. Нарушение концентрационной способности почек 3. Нарушение реабсорбции 4. Нарушение секреции
24.25. Наличие кетоновых тел в моче при диабете характеризует:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тяжесть заболевания 2. Эффективность терапии 3. Длительность болезни 4. Степень поражения почек 5. Выраженность ангиопатии

25.25. Кетоновые тела в моче обнаруживают при:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарном диабете 2. Остром нефрите 3. Мочекаменной болезни 4. Хронической почечной недостаточности 5. Туберкулезе почек
26.25. Низкая концентрационная способность почек отмечается во всех порциях мочи при проведении пробы Зимницкого в случае:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронической почечной недостаточности 2. Опухоли почек 3. Почечно-каменной болезни 4. Туберкулезе 5. Пиелите
27.25. Признаком обтурационных желтух является наличие в моче:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Конъюгированного билирубина 2. Индикана 3. Цилиндрурии 4. Протеинурии 5. Лактозурии
28.25. Билирубин в моче обнаруживают при следующих заболеваниях, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемолитической анемии 2. Желчекаменной болезни 3. Опухоли головки поджелудочной железы 4. Паренхиматозного гепатита 5. Болезни Криглера-Найяра
29.25. Термин “изостенурия” означает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выделение в течение суток мочи с постоянной относительной плотностью, равной относительной плотности безбелковой плазмы крови 2. Редкое мочеиспускание 3. Увеличение суточного диуреза 4. Полное прекращение выделения мочи 5. Выделение в течение суток мочи с постоянной относительной плотностью выше относительной плотности безбелковой плазмы крови
30.25. Для ранней диагностики острого вирусного гепатита целесообразно исследовать следующие показатели:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Билирубин прямой и общий 2. Аминотрансферазы 3. Сывороточное железо 4. Щелочную и кислую фосфатазу 5. Альфа-амилазу

31.25. Диспротеинемия - это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение соотношения фракций белков плазмы 2. Увеличение содержания общего белка 3. Уменьшение содержания общего белка 4. Снижение содержания фибриногена 5. Нарушение соотношения липопротеинов плазмы
32.25. Величина онкотического давления сыворотки определяется:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Белками 2. Ионами 3. Углеводами 4. Липидами 5. Низкомолекулярными азотистыми соединениями
33.25. "Голодные" отеки связаны с:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижением онкотического давления 2. Задержкой натрия в организме 3. Гиперальдостеронизмом 4. Гипергидратацией 5. Гипокалиемией
34.25. Наиболее показательным для диагностики заболеваний костной системы является определение сывороточной активности:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Щелочной фосфатазы 2. Кислой фосфатазы 3. Аминотрансфераз 4. Амилазы 5. Лактатдегидрогеназы
35.25. Для дифференциальной диагностики желтух целесообразно определять активность следующих ферментов:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аминотрансфераз 2. ГГТ 3. Глутаматдегидрогеназы 4. Щелочной фосфатазы 5. Кислой фосфатазы 6. Креатинкиназы 7. Альфа-амилазы
36.25. В преджелтушный период острого вирусного гепатита, как правило, повышена сывороточная активность:	<ol style="list-style-type: none"> 1. АЛТ 2. Сорбитолдегидрогеназы 3. Щелочной фосфатазы 4. АСТ 5. Альфа-амилазы

37.25. Основным ионом, определяющим обмен воды в организме, является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Натрий 2. Калий 3. Кальций 4. Магний 5. Железо
38.25. Дефицит воды в организме приводит к следующим нарушениям:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уменьшению объема плазмы 2. Снижению почечного кровотока 3. Стимуляции системы ренин-ангиотензин-альдостерон 4. Снижению осмолярности плазмы 5. Гипонатриемии
39.25. Гиперкалиемией могут сопровождаться следующие заболевания:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемолитические кризы 2. Тяжелые травмы и ожоги 3. Хроническая почечная недостаточность 4. Гиперальдостеронизм 5. Сахарный диабет
40.25. Коагулограмма - это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплекс методов для характеристики разных звеньев гемостаза 2. Метод измерения времени свертывания 3. Способ определения агрегации тромбоцитов 4. Система представлений о свертывании крови 5. Учение о кроветворении
41.25. При острой форме ДВС-синдрома:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фибриноген снижается 2. Продукты деградации фибрина не обнаруживаются 3. АЧТВ укорачивается 4. Повышается количество тромбоцитов 5. Тромбиновое время укорачивается
42.25. При первой встрече с антигеном первыми появляются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. IgM 2. IgG 3. IgA 4. IgE 5. IgD

43.25. Единым предшественником всех клеток иммунной системы является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стволовая клетка 2. Плазмоцит 3. Миелобласт 4. Эпителиоидная клетка
44.25. Какие признаки наиболее характерны для аллергических заболеваний с реактиновым типом реакций (атопии):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение IgE 2. Эозинофилия 3. Лимфоцитоз 4. Лейкопения
45.25. Основная структурно-функциональная единица почек:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нефрон 2. Клубочек 3. Каналец 4. Собирательная трубочка 5. Все перечисленное верно

Раздел 26. МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.26. Кариотип - это совокупность особенностей хромосомного набора (комплекса) клетки, определяющаяся:	<ol style="list-style-type: none">1. Числом половых хромосом2. Формой хромосом3. Структурой хромосом4. Всем перечисленным5. Верно: 1) и 2)
02.26. Для клинических проявлений гликогеновой миопатии (болезнь Мак-Ардля) является характерным наличие:	<ol style="list-style-type: none">1. Болезненных пароксизмов в мышцах2. Патологической мышечной утомляемости3. Псевдогипертрофии мышц голени4. Верно: 1) и 2)5. Всего перечисленного
03.26. Изменение контура ног по типу "опрокинутой бутылки" обусловлено изменением массы мышц:	<ol style="list-style-type: none">1. При амиотрофии Шарко - Мари – Тута2. При гипертрофической невропатии Дежерины - Сотта3. При мышечной дистрофии Эрба4. При мышечной дистрофии Беккера - Киннера5. При амиотрофии Кугельберга – Веландера
04.26. При атрофической миотонии преобладает слабость мышц:	<ol style="list-style-type: none">1. Головы и шеи2. Проксимальных отделов конечностей3. Дистальных отделов конечностей4. Верно: 1) и 2)5. Верно: 1) и 3)
05.26. Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет:	<ol style="list-style-type: none">1. Повышение уровня церулоплазмина и гиперкупремию2. Понижение уровня церулоплазмина и гиперкупремию3. Повышение уровня церулоплазмина и гипокупремию4. Понижение уровня церулоплазмина и гипокупремию

<p>06.26. Приступ пароксизмальной миоплегии при гипокалиемической форме болезни Вестфаля -Шахновича обычно возникает:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Во время тяжелой физической нагрузки 2. Сразу после тяжелой физической нагрузки 3. В состоянии полного покоя днем 4. Во время ночного сна 5. Во всех перечисленных состояниях
<p>07.26. При наследственном эссенциальном дрожании тремор обычно имеет следующий характер:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тремор покоя 2. Интенционный 3. Статодинамический 4. Верно: 1) и 2) 5. Верно: 2) и 3)

Раздел 27. ФИЗИОТЕРАПИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.27. Противопоказаниями к аэрозольной терапии следует считать все перечисленные заболевания, кроме:	<ol style="list-style-type: none">1. Гигантских каверн2. Буллезной эмфиземы легких3. Острого периода спонтанного пневмоторакса4. Перикардита5. ИБС, стенокардии напряжения
02.27. Для профилактики бронхолегочных заболеваний у лиц, работающих в запыленных помещениях, показано назначение всех перечисленных процедур, кроме:	<ol style="list-style-type: none">1. Общего ультрафиолетового облучения2. Ингаляций фитонцидов3. Масляных ингаляций4. Ингаляций минеральной воды
03.27. Для профилактики гипертонической болезни I стадии не показано назначение:	<ol style="list-style-type: none">1. Лекарственного электрофореза2. Индуктотермии3. Хвойных ванн4. Электросна
04.27. Основными методами физиопрофилактики является все перечисленное, кроме:	<ol style="list-style-type: none">1. Электросна2. Закаливания3. Гидротерапии4. Ингаляционной терапии
05.27. Для лечения ультрафиолетовым облучением (УФО) показаны все перечисленные заболевания, кроме:	<ol style="list-style-type: none">1. Ревматоидного артрита2. Тиреотоксикоза3. Рахита4. Атеросклероза
06.27. Назначение массажа противопоказано при всех перечисленных заболеваниях, кроме:	<ol style="list-style-type: none">1. Острого остеомиелита2. Бронхиальной астмы в межприступный период3. Пиодермии4. Острого болевого синдрома

<p>07.27. Метод аэрозольтерапии показан при лечении всех перечисленных заболеваний, кроме:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Туберкулеза органов дыхания 2. Неспецифических заболеваний легких 3. Острых и хронических заболеваний носоглотки 4. Профессиональных заболеваний органов дыхания 5. Заболевании почек и мочевыводящих путей
<p>08.27. Комплексная программа физиопрофилактики предусматривает назначение физических факторов с целью:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предупреждение развития заболеваний 2. Закаливание организма 3. Повышение сопротивляемости к профессиональным раздражителям 4. Предупреждение обострений хронических заболеваний 5. Всего перечисленного
<p>09.27. С целью профилактики простудных заболеваний применяются все перечисленные факторы, кроме:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Электросна 2. Общих УФО – облучений 3. Ингаляции фитонцидов 4. УФО – носоглотки
<p>10.27. В основе механизма действия аэрозолей лежат:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рефлекторные реакции с рецепторов слизистой оболочки дыхательных путей 2. Непосредственное всасывание лекарственных средств 3. Поступление в лимфо- и кровеносную систему бронхолегочного аппарата 4. Прямое попадание в зону патологического процесса 5. Все перечисленное

Раздел 28. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.28. Лица, какой профессии могут заболеть силикозом:	<ol style="list-style-type: none">1. Трактористы2. Пескоструйщики3. Рабочие коксохимических заводов4. Рабочие агломерационных фабрик5. Электросварщики6. Шахтеры каменно-угольных рудников
02.28. На основе какого документа впервые проводится регистрация больных с подозрением на профессиональное заболевание:	<ol style="list-style-type: none">1. Экстренное извещение в СЭС2. Акт заключительной комиссии3. Статистический талон4. Заключение по результатам проведения медицинского осмотра5. Акт о результатах расследования причин проф. заболевания на производстве
03.28. Выберите из представленных показания для направления на МСЭК больных с профессиональным заболеванием:	<ol style="list-style-type: none">1. При переводе на работу, не связанную с вредным производственным фактором без снижения квалификации и зарплаты2. При начальных стадиях заболевания3. Для определения процесса утраты профессиональной трудоспособности4. На период переквалификации лиц, в возрасте старше 50 лет
04.28. Для направления в проф. центр и постановки диагноза проф. заболевания необходимы следующие документы:	<ol style="list-style-type: none">1. Листок временной нетрудоспособности2. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда3. Справка КЭК4. Копия трудовой книжки5. Справка МСЭК6. Направление лечебно-профилактического учреждения

05.28. Документами, устанавливающим связь профессионального заболевания с вредным производственным фактором являются все, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Копия трудовой книжки 2. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда 3. Амбулаторная карта 4. Список профессиональных заболеваний 5. Листок временной нетрудоспособности
06.28. Выберите характерные изменения в крови при свинцовой интоксикации:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипохромия 2. Базофильная зернистость эритроцитов 3. Микроцитоз 4. Макроцитоз 5. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево 6. Ретикулоцитоз 7. Эритроцитоз
07.28. Выберите препараты, которые используются для этиотропного лечения ртутной интоксикации:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Десфераль 2. Сукцимер 3. Унитиол 4. Д -пенициламин 5. Атропин
08.28. Для вибрационной болезни от локализации вибрации наиболее характерны следующие синдромы:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Периферический ангиодистонический синдром с приступами ангиоспазмов верхних конечностей 2. Миастенический 3. Вестибулярный 4. Диэнцефальный 5. Вегето-сенсорная полиневропатия верхних конечностей 6. Периферический ангиодистонический синдром с приступами ангиоспазмов верхних и нижних конечностей

Раздел 29. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.29. Первая медицинская помощь при отёке Квинке:	<ol style="list-style-type: none">1. Немедленное внутривенное введение раствора преднизолона из расчёта 2-3 мг на кг массы тела, госпитализация2. Немедленное внутривенное введение раствора преднизолона из расчёта 0,5 -1 мг на кг массы тела, госпитализация3. Назначение антигистаминных препаратов
02.29. Тактика врача при обнаружении единичных пузырей и эрозий в ротовой полости:	<ol style="list-style-type: none">1. Назначить эпителизирующие средства для полоскания2. Обработать эрозии раствором Люголя3. Направить на определение акантолитических клеток в содержимом пузырей
03.29. Тактика врача при подозрении на синдром Лайелла:	<ol style="list-style-type: none">1. Начать немедленное внутривенное введение преднизолона из расчёта 3-5 мг на кг массы тела, госпитализация2. Назначить антигистаминные препараты внутрь и пригласить пациента на повторный приём
04.29. Патология каких внутренних органов наиболее часто влияет на развитие аллергических заболеваний:	<ol style="list-style-type: none">1. Печени2. Сердца3. Почек4. Кишечника5. Гениталий
05.29. Факторы, провоцирующие обострение склеродермии:	<ol style="list-style-type: none">1. Травмирование кожи и слизистых2. Физиопроцедуры3. Посещение бань, саун4. Инсоляция5. Назначение антибиотиков6. Назначение ферментов

06.29. С какой соматической патологией часто сочетается эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Патологией желудочно-кишечного тракта 2. Сосудистой патологией 3. Сахарным диабетом
07.29. Признаком какой патологии является липоидный некробиоз:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Патологии почек 2. Патологии кишечника 3. Сахарного диабета
08.29. Характерные признаки сифилитической ангины:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выраженный отёк очага поражения 2. Четкость границ очага поражения 3. Синюшный оттенок эритемы 4. Выраженная яркость эритемы
09.29. Что характерно для чесоточного зуда:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Непрерывность в течение суток 2. Усиление зуда при выходе из помещения 3. Усиление зуда при согревании в постели в вечернее время

Раздел 30. ТОКСИКОЛОГИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.30. При отравлении уксусной эссенцией средней и тяжелой степени встречается следующая симптоматика:	<ol style="list-style-type: none">1. Угнетение функции ЦНС2. Болезненность акта глотания3. Гематурия4. Болезненность акта глотания, гемоглинурия гемоглинурийный нефроз5. Шум в ушах, головокружение, тошнота, сердцебиение
02.30. При отравлении кофеином возможна следующая симптоматика:	<ol style="list-style-type: none">1. Тошнота, рвота, боли в животе, жидкий частый стул2. Высокие концентрации свободного гемоглобина в крови3. Шум в ушах, головокружение, тошнота, рвота, сердцебиение, психомоторное возбуждение, галлюцинации4. Сонографически: увеличение печени, повышение ее эхогенности5. Нарушения водно-электролитного баланса
03.30. При отравлении фосфорорганическими соединениями характерны следующие симптомы:	<ol style="list-style-type: none">1. М-холиномиметический эффект2. Н-холиномиметический эффект3. Паралич дыхательной мускулатуры4. Пункты «1, 2, 3» вместе взятые5. Слезотечение, кашель, одышка
04.30. При отравлении формалином (прием внутрь) возможна следующая симптоматика:	<ol style="list-style-type: none">1. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания мышц2. Гипотония3. Ожог пищеварительного тракта, боли за грудиной, кровавая рвота, слезотечение, кашель, судороги4. Брадикардия с переходом в фибрилляцию желудочков сердца5. Тонические, клонические судороги

<p>05.30. При отравлении этиленгликоль - содержащими жидкостями (антифризы, антиобледенители) характерна следующая симптоматика:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Головокружения, слабость, атаксия, кома без острой почечной недостаточности 2. Сухость, гиперемия кожных покровов, галлюцинации 3. Диплопия, нарушения дыхания 4. Нарушения сердечного ритма 5. Токсическая энцефалопатия, с развитием судорожного синдрома, нарушения дыхания, олиго – и анурия
<p>06.30. При ботулизме встречается следующая симптоматика:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тошнота, рвота, понос 2. Сухость во рту, галлюцинации, повышение температуры 3. Фибриллярные подергивания мимической мускулатуры 4. Печеночно-почечная недостаточность 5. Дисфония, диплопия, дисфагия, нарушения дыхания
<p>07.30. При отравлении угарным газом наблюдается следующая симптоматика:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сильные боли в животе, слюно- и слезотечение, жидкий стул 2. Желтушность 3. Нарушения сердечного ритма 4. Головная боль, преимущественно в любой височной области, у части больных - потеря сознания вплоть до комы с развитием судорожного синдрома, инспираторная одышка, розовые кожные покровы 5. Тахипное, фибрилляция мышц
<p>08.30. При отравлении метиловым спиртом (метанол, древесный спирт) возможна следующая симптоматика:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мелькание мушек перед глазами, боли в ногах, головные боли, слепота 2. Горький вкус в полости рта, беспокойство, пугливость 3. Понос с примесью крови, кровавая рвота 4. Желтушность кожных покровов 5. Гематурия

<p>09.30. Укажите симптоматику характерную для отравления бледной поганкой:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гематурия, гемоглинурийный нефроз 2. Сухость в полости рта, резкое психомоторное возбуждение 3. Нарушения сердечного ритма 4. Неукротимая рвота, боли в животе, диарея, печеночно-почечная недостаточность 5. Диплопия, дисфония
<p>10.30. Какие из нижеописанных симптомов наиболее характерны для отравления аминазином:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эйфория, ригидность затылочных мышц, ухудшение зрения 2. Дисфония, дисфагия, диплопия, нарушение дыхания 3. Головокружения, сухость во рту, нарушения сознания, возможны судороги, экстрапирамидные расстройства, ортостатический коллапс 4. Сухость во рту, светобоязнь, гиперемия кожных покровов, расширение зрачков 5. Нарушения сердечно - сосудистой деятельности, гипо- и гипертермия

Раздел 31. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.31. По определению всемирной организации здравоохранения, здоровье это:	<ol style="list-style-type: none">1. Отсутствие болезней2. Нормальное функционирование систем организма3. Состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов4. Состояние организма человека, когда его функции уравновешены с внешней средой и отсутствуют болезненные изменения
02.31. Ведущие факторы, формирующие здоровье населения:	<ol style="list-style-type: none">1. Биологические2. Природные3. Социально - экономические4. Организация медицинской помощи
03.31. Наибольшее влияние на формирование здоровья населения оказывает:	<ol style="list-style-type: none">1. Генетический риск2. Окружающая среда3. Образ жизни населения4. Уровень и качество медицинской помощи
04.31. Факторы риска преждевременного старения:	<ol style="list-style-type: none">1. Гиподинамия2. Достаточные физические нагрузки3. Дистрессы4. Нерациональное питание5. Наследственная предрасположенность
05.31. Режим питания здорового человека:	<ol style="list-style-type: none">1. Шестиразовый2. Четырехразовый3. Трехразовый
06.31. Суточная потребность здорового человека в воде:	<ol style="list-style-type: none">1. 2,5 л2. 3,5 л3. 4,5 л

07.31. Суточная потребность здорового человека в соли:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 5 чайных ложек 2. 5 – 6 граммов 3. 10 граммов
08.31. Минимальная физическая активность здорового человека в день:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 5 километров с перерывами 2. 30-60 минут с перерывами для отдыха 3. 20-30 минут движения без перерывов с учащением пульса до 50% от исходного уровня 4. 10 километров с ощущением усталости
09.31. Наиболее полезными видами физической активности являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Динамические: оздоровительная ходьба, бег трусцой, плавание, езда на велосипеде, лыжные прогулки, танцы, гимнастика на все группы мышц 2. Статические, т.к. они способствуют снижению веса 3. Только оздоровительная ходьба, в том числе финская ходьба 4. Динамические и статические движения полезны для здоровья в любом возрасте
10.31. При курении основное фармакологическое действие на организм человека оказывает:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бенз(а)пирен 2. Никотин 3. Свинец
11.31. Диспансеризация определенных групп населения – это метод:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выявления острых и инфекционных заболеваний 2. Раннего выявления неинфекционных заболеваний и факторов риска 3. Выявления факторов загрязнения окружающей среды 4. Раннего выявления неинфекционных заболеваний

<p>12.31. Особенностью диспансеризации определенных групп населения является:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выявление инфекционных и неинфекционных заболеваний на ранней стадии 2. Проведение диспансеризации по территориальному принципу, раннее выявление не только неинфекционных заболеваний, но и их факторов риска, проведение профилактического консультирования 3. Выявление факторов загрязнения окружающей среды на территории терапевтического участка 4. Раннего выявления неинфекционных заболеваний с проведением профилактического консультирования по результатам обследования
<p>13.31. Лица, прошедшие диспансеризацию, делятся на группы здоровья:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 - здоровые, 2- имеющие высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск, 3- лица с заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению 2. 1 - здоровые, 2- имеющие высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск и неинфекционные заболевания, не подлежащие диспансерному наблюдению, 3- лица с заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению 3. 1 - здоровые, 2- имеющие высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск и не имеющие неинфекционные заболевания, 3- лица с заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению, делится на 3А- имеющие ХНИЗ и 3Б – имеющие другие заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению 4. 1 - здоровые, 2 -имеющие факторы риска, 3 – имеющие заболевания

14.31. Профилактика – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Государственная система по улучшению здоровья населения 2. Предупреждение заболеваний и устранение факторов риска их развития 3. Федеральная программа по совершенствованию системы здравоохранения 4. Способ проведения медицинских мероприятий
15.31. К основным технологиям медицинской профилактики относятся:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение скрининговых исследований на выявление факторов риска развития заболеваний, диспансеризация, профилактические осмотры, информационные методы – проведение школ здоровья, профилактическое консультирование, вакцинация 2. Предупреждение заболеваний и устранение факторов риска их развития 3. Гигиеническое воспитание населения и вакцинация 4. Проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров
16.31. В медицинском учреждении обязан заниматься медицинской профилактикой и гигиеническим воспитанием населения:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заведующий отделением/кабинетом медицинской профилактики 2. Каждый врач и медицинская сестра 3. Заведующие отделениями 4. Инструктор по гигиеническому воспитанию 5. Старшие медицинские сестры
17.31. Забота граждан о своем здоровье и здоровье своих детей:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Входит в их права 2. Зависит от их личного усмотрения 3. Является их обязанностью
18.31. На доверительную форму общения указывают:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Расслабленная поза головы, чуть набок 2. Спокойный, твердый, открытый прямой взгляд 3. Свободная улыбка 4. Легкий кивок головы 5. Взгляд вдаль или сверху вниз

19.31. Три основных правила общения с агрессивными людьми:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не поддаваться чувству гнева 2. Настаивать на своем решении 3. Оценивать и контролировать ситуацию 4. Оставаться вежливыми и спокойными 5. Отвечать так же агрессивно
20.31. При организации школ обучения пациента необходимо определить:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Время и место занятий 2. Содержание занятий 3. Цели занятий и ожидаемый результат 4. Образовательный уровень пациентов 5. Формы контроля полученных знаний
21.31. Шкала SCOPE – это:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тест для определения уровня стресса 2. Шкала суммарного риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет 3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии 4. Анкета для определения типа курительного поведения 5. Тест для определения степени никотиновой зависимости
22.31. К основным принципам рационального питания относят:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Энергетическое равновесие пищевого рациона 2. Отсутствие в пищевом рационе легкоусвояемых углеводов 3. Сбалансированность пищевого рациона по основным компонентам 4. Режим и условия приема пищи 5. Последний прием пищи не позднее 20.00 вечера

Раздел 32. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.32. В отношении паллиативной медицины помощи (ПМП) справедливы следующие утверждения:	<ol style="list-style-type: none">1. ПМП утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу2. ПМП не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти3. ПМП предлагает пациентам систему поддержки, способствующую улучшению качества жизни4. ПМП положительно влияет на течение болезни
02.32. К задачам паллиативной помощи относятся:	<ol style="list-style-type: none">1. Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов2. Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников3. Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека4. Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.5. Уменьшение числа госпитализаций
03.32. Какие пациенты преобладают среди нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи:	<ol style="list-style-type: none">1. Некурабельные онкологические больные2. Пациенты, перенесшие инсульт3. Больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции4. Больные с сердечной, почечной или дыхательной недостаточностью
04.32. К специализированным организациям, оказывающим паллиативную медицинскую помощь некурабельным больным, относятся:	<ol style="list-style-type: none">1. Хосписы2. Выездные патронажные службы паллиативной медицинской помощи3. Отделения паллиативной медицинской помощи Онкологические диспансеры

05.32. Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи может осуществлять следующие функции:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение и выписывание наркотических и психотропных лекарственных 2. препаратов пациентам, нуждающийся в обезболивании 3. Взаимодействие с органами и организациями системы социального обслуживания 4. Обучение пациентов и их родственников навыкам ухода 5. Установка стентов, дренажей
06.32. Сколько ступеней выделяют в соответствии с «Лестницей обезбоживания для взрослых, рекомендованная ВОЗ»:	<ol style="list-style-type: none"> 1. -2 2. -3 3. -4 4. -5 5. -6
07.32. Характеристикой ноцицептивной соматической боли является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Четкая локализация 2. Распространенность, отсутствие четких границ 3. Схваткообразная, давящая 4. Внезапная, стреляющая 5. Необходимо назначение антиконвульсантов
08.32. Характеристикой ноцицептивной висцеральной боли является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Четкая локализация 2. Разлитая, не имеет четких границ 3. Носит постоянный характер 4. Внезапная, стреляющая 5. Показан прием антиконвульсантов
09.32. Характеристикой нейропатической боли является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Четкая локализация 2. Разлитая, не имеет четких границ 3. Носит постоянный характер 4. Схваткообразная, давящая 5. Стреляющая, сверлящая, жгучая

<p>10.32. Является ли родственник или лицо оказывающее уход объектом паллиативной медицинской помощи:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Да, в период жизни паллиативного пациента и в период после утраты (в горевании) 2. Да, только в период жизни паллиативного пациента 3. Да, только в период после утраты (в горевании) 4. Нет, не является
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Раздел 33. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

***Инструкция:** выберите один или несколько правильных ответов:*

01.33. Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной, как правило, необходимо проводить с:	<ol style="list-style-type: none"> 1. С эпилепсией 2. С преэклампсией 3. С острым инфарктом миокарда
02.33. Беременность противопоказана при гипертонической болезни:	<ol style="list-style-type: none"> 1. I стадии 2. IIА стадии 3. IIБ и III стадии 4. Злокачественной гипертензии 5. Правильно: 3 и 4
03.33. При выявлении внутрипеченочного холестаза у беременных необходимо все перечисленное, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Срочно прервать беременность 2. Успокоить беременную и пролонгировать беременность 3. Назначить антигистаминные препараты 4. Назначить желчегонные препараты 5. Назначить рефлексотерапию
04.33. Препаратами, которые можно рекомендовать беременным при лечении язвенной болезни, являются все перечисленные, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Амальгеля 2. Фосфалюгеля 3. Но-шпы 4. Викалина
05.33. Фактором, способствующим развитию пиелонефрита у беременных (кроме наличия инфекционного начала), является:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Изменение гормонального фона (уровень и соотношение эстрогенов и прогестерона) 2. Наличие рефлюксов 3. Переохлаждение 4. Нарушение оттока мочи (сдавление мочеточников беременной маткой, наличие камней) 5. Все перечисленное

06.33. При бессимптомной бактериурии во время беременности следует:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прервать беременность 2. Сохранить беременность, но провести лечение как при пиелонефрите 3. Провести ретроградную пиелографию для уточнения диагноза 4. Правильно: 2 и 3
07.33. Для диагностики гидронефроза у беременных целесообразно использовать следующие методы исследования, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвукового исследования 2. Экскреторной урографии 3. Хромоцистоскопии с катетеризацией мочеточника
08.33. Показаниями к прерыванию беременности при одной почке являются:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пиелонефрит 2. Туберкулез 3. Нарушение функции почек (концентрационной и выделительной) 4. Гипертония 5. Все перечисленное
09.33. Наиболее частыми осложнениями пиелонефрита при беременности являются все перечисленное, кроме:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Преждевременного прерывания беременности 2. Преэклампсии 3. Внутриутробного инфицирования плода 4. Крупного плода
10.33. Назовите критерии диагностики гестационного сахарного диабета (по венозной плазме):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гликемия натощак ≥ 7 ммоль/л 2. Гликемия натощак $< 5,5$ ммоль/л 3. Гликемия через 120 мин после нагрузки 75,0 г безводной глюкозы $\geq 7,8$ ммоль/л 4. Гликемия через 120 мин после нагрузки глюкозой 9 – 12 ммоль/л

Раздел 34. ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов:

01.34. При закрытой травме живота с повреждением паренхиматозного органа характерны все перечисленные симптомы, за исключением:	<ol style="list-style-type: none">1. Тахикардии2. Гипотонии3. Притупления при перкуссии в отлогих местах брюшной полости4. Бледность кожных покровов5. Исчезновения печеночной тупости
02.34. Причинами развития паралитической непроходимости могут быть все перечисленные, исключая:	<ol style="list-style-type: none">1. Пищевую интоксикацию2. Тромбоз мезентериальных сосудов3. Перитонит любой этиологии4. Забрюшинную гематому5. Острый панкреонекроз
03.34. Симптом «шум плеска» при острой кишечной непроходимости свидетельствует:	<ol style="list-style-type: none">1. О скоплении жидкости и газа в приводящих петлях кишечника2. О наличии жидкости в брюшной полости3. О наличии воздуха (газа) в брюшной полости4. О скоплении жидкости в отводящих петлях кишечника5. О скоплении газа в отводящих петлях кишечника
04.34. Выраженные схваткообразные боли в животе, рвота съеденной пищей, усиленная перистальтика кишечника, задержка стула и газов характерны:	<ol style="list-style-type: none">1. Для прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки2. Для острого холецистита3. Для острого панкреатита4. Для острого гепатита5. Для острой непроходимости кишечника
05.34. Симптом «ваньки-встаньки» патогномоничен разрыву:	<ol style="list-style-type: none">1. Желудка2. Мочевого пузыря3. Печени4. Фаллопиевых труб5. Селезенки

<p>06.34. При закрытой травме живота и подозрении на повреждение внутренних органов врач скорой помощи должен:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Начать инфузионную терапию, обезболить наркотическими анальгетиками, транспортировать больного 2. Госпитализировать больного 3. Провести обезболивание, инфузионную терапию, вызвать реанимационную бригаду 4. Провести инфузионную терапию, обезболивание ненаркотическими анальгетиками короткого действия, госпитализацию 5. Провести инфузионную терапию, наблюдение
<p>07.34. Основными причинами легочного кровотечения являются все перечисленные, исключая:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Туберкулез легких 2. Абсцесс и гангрену легких 3. Бронхоэктатическую болезнь 4. Опухоль легких 5. Силикоз легких
<p>08.34. Аспирационная пневмония с выраженной гипертермией при легочном кровотечении обычно наступает:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сразу после начала кровотечения 2. К концу первых суток 3. На 2-3 сутки 4. Через 3-5 суток 5. В конце 1-й недели
<p>09. 34. На догоспитальном этапе наиболее типичными симптомами, характерными для спонтанного пневмоторакса, являются:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие дыхания при аускультации на стороне заболевания 2. Жесткое дыхание и масса разнокалиберных влажных хрипов на стороне заболевания 3. Боли за грудиной с иррадиацией влево и вниз 4. Чувство страха, возбуждение 5. Кашель с мокротой

<p>10.34. Тактика врача скорой помощи при диагностике острого холецистита:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Холод на живот, инфузионная терапия, введение антибиотиков 2. Инфузионная терапия, наркотические анальгетики, госпитализация 3. Холод на живот, спазмолитики, транспортировка в хирургический стационар в положении лежа 4. Быстрая транспортировка в стационар 5. Обезболивание, инфузионная терапия, "актив" в поликлинику
<p>11.34. Острый панкреатит в первую очередь следует дифференцировать:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. С инфарктом миокарда, холециститом, аппендицитом 2. С холециститом, аппендицитом, тромбозом сосудов брыжейки 3. С острым холециститом, кишечной коликой, гепатитом 4. С язвенной болезнью, инфарктом миокарда, аппендицитом 5. С болезнью Крона, холециститом, стенокардией