

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

# **ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ. Сборник тестовых заданий**

Учебное пособие

Томск  
Издательство СибГМУ  
2016

УДК 616.1/.4(075.8)

ББК 54.1я73

В 608

**Авторы:**

Е.В. Белобородова, Г.М. Чернявская, Э.И. Белобородова, М.И. Калюжина,  
Е.В. Калюжина, В.А. Бурковская, Н.Н. Варлакова, Н.Г. Юнеман,  
Т.А. Колосовская, И.К. Лившиц, С.И. Антипов, Т.П. Калачева

**В 608 Внутренние болезни. Сборник тестовых заданий:** учебное пособие /  
Е. В. Белобородова, Г. М. Чернявская, Э. И. Белобородова и др. –  
Томск, 2016. – 215 с.

В учебном пособии содержатся квалификационные тесты по всем разделам внутренних болезней: гастроэнтерологии, гематологии, пульмонологии, электрокардиографии, эндокринологии, ревматологии, кардиологии, нефрологии.

Данное пособие подготовлено в соответствии с основными профессиональными образовательными программами высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры, а также программам для слушателей системы послевузовской профессиональной переподготовки специалистов, обучающихся по специальности «Терапия».

УДК 616.1/.4(075.8)

ББК 54.1я73

Рецензент:

**Фаизова Л.П.** – д-р мед. наук, профессор кафедры терапии и общей врачебной подготовки с курсом гериатрии ИДПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет».

*Утверждено и рекомендовано к печати Центральным методическим советом ГБОУ ВПО СибГМУ Министерства здравоохранения (протокол № 3 от 06.04.2016).*

© Издательство СибГМУ, 2016

© Е.В. Белобородова, Г.М. Чернявская, Э.И. Белобородова, М.И. Калюжина,  
Е.В. Калюжина, В.А. Бурковская, Н.Н. Варлакова, Н.Г. Юнеман, Т.А. Колосовская,  
И.К. Лившиц, С.И. Антипов, Т.П. Калачева, 2016

## **ВВЕДЕНИЕ**

Учебное пособие «Внутренние болезни. Сборник тестовых заданий» подготовлено для закрепления материала, полученного из учебно-теоретических изданий, и проверки знаний по основным профессиональным программам высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и программам для слушателей системы послевузовской профессиональной переподготовки специалистов по специальности «Терапия».

Данное пособие включает тестовые задания с вариантами ответов по разделам внутренних болезней: пульмонология, нефрология, гематология, эндокринология, кардиология, электрокардиография, гастроэнтерология, ревматология. Учебное пособие включает 1171 тестовое задание, которые сгруппированы в 8 разделов и составлены в соответствии с современными классификациями, стандартами диагностики и лечения приоритетных заболеваний внутренних органов. Большое количество тестовых заданий позволяет при проведении аттестационного и сертификационного экзаменов по терапии использовать метод индивидуального набора вопросов для каждого курсанта.

Учебное пособие предназначено для проведения аттестационного и сертификационного экзаменов для ординаторов и слушателей факультета повышения квалификации и последипломной подготовки врачей и ординаторов, обучающихся по специальности «Терапия».

# РАЗДЕЛ 1

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Выбрать один правильный ответ.

### 1. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) пищевод
- 2) желудок
- 3) изолированно – тонкая кишка
- 4) изолированно – толстая кишка
- 5) любой отдел ЖКТ

### 2. ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ И ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ КИШЕЧНИКА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ В КАЛЕ

- 1) йодофильной флоры
- 2) эритроцитов и лейкоцитов
- 3) нейтрального жира
- 4) слизи
- 5) мыл

### 3. ДИАГНОЗ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕМ

- 1) антител к тканевой трансглутаминазе
- 2) антител к глиадину
- 3) токсинов А и В Clostridium difficile в кале
- 4) язв-трещин при колоноскопии
- 5) саркоидно-подобных гранулам при гистологическом исследовании слизистой оболочки толстой кишки

### 4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕРАПИИ

- 1) макролидами
- 2) фторхинолонами
- 3) метронидазолом
- 4) ванкомицином
- 5) цефалоспоридами 2 и 3 поколения

### 5. АНТИДИАРЕЙНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1) соматостатин
- 2) прукалоприд
- 3) итоприда гидрохлорид
- 4) полиэтиленгликоль
- 5) лактулоза

6. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ ПРИ ГИПОМОТОРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ

- 1) щадящую диету (кисели, макароны, манная каша)
- 2) пикосульфат натрия
- 3) пинаверия бромид
- 4) месалазин
- 5) рифаксимин

7. ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРНО

- 1) абдоминальная боль или дискомфорт с изменением частоты и формы стула
- 2) значительная потеря веса
- 3) лейко- и тромбоцитоз, повышенная СОЭ
- 4) выделение крови с калом
- 5) развитие его у женщин старше 40 лет

8. ЗАПОР МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1) гормонов щитовидной железы
- 2) антибиотиков
- 3) антидепрессантов
- 4) лактулозы

9. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) синдрома короткой тонкой кишки
- 2) гипотиреоза
- 3) целиакии
- 4) тиреотоксикоза
- 5) язвенного колита

10. БУДЕНОФАЛЬК – ЭТО

- 1) системный глюкокортикоид
- 2) антибиотик
- 3) производное месалазина
- 4) топический глюкокортикоид
- 5) адсорбент

11. К ПРЕПАРАТАМ С МОНОСОДЕРЖАНИЕМ 5-АМИНОСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ОТНОСЯТ

- 1) сульфасалазин
- 2) фталазол
- 3) голимумаб
- 4) салофальк
- 5) адалимумаб

12. ИНФЛИКСИМАБ – ЭТО

- 1) производное 5-аминосалициловой кислоты
- 2) системный глюкокортикоид
- 3) топический глюкокортикоид
- 4) антитела к фактору некроза опухоли
- 5) антибактериальный препарат

13. К СЕЛЕКТИВНЫМ МИОТРОПНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ ОТНОСЯТ

- 1) галидор
- 2) но-шпу
- 3) бускопан
- 4) дицетел
- 5) папаверин

14. К НЕАДСОРБИРУЕМЫМ ИЗ КИШЕЧНИКА АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТ

- 1) амоксициллин
- 2) кларитромицин
- 3) норфлоксацин
- 4) рифаксимин
- 5) нифуроксазид

15. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ КОЛИТОВ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1) будесонид
- 2) ципрофлоксацин
- 3) ванкомицин
- 4) НПВП
- 5) прукалоприд

16. ПРИ ДОМИНИРОВАНИИ В КЛИНИКЕ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАК

- 1) фатерова сосочка
- 2) правой половины ободочной кишки
- 3) левой половины ободочной кишки
- 4) средней трети пищевода
- 5) желудка

17. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ В КЛИНИКЕ СТОЙКОГО ЗУДА КОЖИ И ЖЕЛТУХИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАК

- 1) правой половины ободочной кишки
- 2) левой половины ободочной кишки
- 3) средней трети пищевода
- 4) желудка
- 5) головки поджелудочной железы

18. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮТЕНОВОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1) ферменты поджелудочной железы
- 2) глютеносодержащую диету
- 3) пробиотики
- 4) антибиотики
- 5) препараты 5-аминосалициловой кислоты

19. СЕЛЕКТИВНЫМ АГОНИСТОМ 5-HT<sub>4</sub>-РЕЦЕПТОРОВ СЕРОТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) домперидон
- 2) метоклопрамид
- 3) сульпирид
- 4) итоприда гидрохлорид
- 5) пруклоприд

20. ПСЕВДОМЕЛАНОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ – ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1) касторового масла
- 2) псиллиума
- 3) антрагликозидов
- 4) лактулозы
- 5) пруклоприда

21. КОНЬЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН ПОВЫШАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) увеличения образования билирубина
- 2) снижения захвата билирубина печенью
- 3) дефицита глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
- 4) нарушения экскреции билирубина печенью
- 5) гемолиза эритроцитов

22. БИЛИРУБИН В МОЧЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) подпеченочной желтухе
- 2) гемолитической желтухе
- 3) физиологической норме

23. ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗАХ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1) увеличение в крови неконъюгированного билирубина
- 2) повышенная активность сывороточных трансаминаз
- 3) повышенная активность щелочной фосфатазы
- 4) билирубинурия
- 5) отсутствие уробилина в моче

24. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) голод
- 2) холеретики
- 3) фенобарбитал
- 4) ферменты
- 5) гепатопротекторы

25. ПОДПЕЧЕНОЧНАЯ ЖЕЛТУХА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) синдроме Дабина-Джонсона
- 2) внутрипеченочном холестазе беременных
- 3) раке головки поджелудочной железы
- 4) первичном билиарном циррозе
- 5) синдроме Жильбера

26. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) геморрагический синдром
- 2) варикозно расширенные вены пищевода
- 3) спленомегалия
- 4) тромбоз портальной вены
- 5) ахолия кала

27. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) желтуха
- 2) ксантелазмы
- 3) варикозное расширение вен пищевода и желудка
- 4) миокардит
- 5) геникомастия

28. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) выявление высокого титра аутоантител антинуклеарных, печеночно-почечных, микросомальных, к гладкой мускулатуре
- 2) выявление кольца Кайзера-Флейшера
- 3) превалирование синдрома холестаза
- 4) неэффективность преднизолона



29. В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ «В» ОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) HBsAg
- 2) HBcor Ag
- 3) анти HBe антитела
- 4) HBeAg
- 5) ПЦР HBV ДНК

30. ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИИ О НАЛИЧИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ДОСТОВЕРНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) формирование порто-портальных фиброзных септ
- 2) формирование порто-центральных фиброзных септ
- 3) жировая дистрофия гепатоцитов
- 4) некроз гепатоцитов
- 5) ложно-дольковая трансформация паренхимы

31. В ПРОГНОЗЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ УРОВЕНЬ

- 1)  $\gamma$ -глутамилтрансферазы
- 2) прямого билирубина
- 3) трансаминаз
- 4) тимоловой пробы

32. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический гепатит вирусной этиологии
- 2) аутоиммунный гепатит
- 3) вторичный билиарный цирроз печени
- 4) первичный билиарный цирроз печени
- 5) болезнь Вильсона – оновалова

33. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТЕРАПИИ ИНТЕРФЕРОНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аутоиммунные заболевания
- 2) повышенный уровень лейкоцитов
- 3) высокий уровень виремии в сыворотке крови
- 4) компенсированный сахарный диабет
- 5) компенсированный цирроз печени

34. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) высокое содержание белка в пищевом рационе
- 2) эссенциальные фосфолипиды
- 3) салуретики
- 4) L-орнитина L-аспартат
- 5) адсорбенты

35. ПРИ ОСТРОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)  $\alpha$ -интерферона
- 2) азатиоприна
- 3) адеметионина
- 4) преднизолона
- 5) урсодезоксихолевой кислоты

36. В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) обзорный снимок брюшной полости
- 2) компьютерная томография
- 3) гепатобилисцинтиграфия с  $^{99m}\text{Tc}$

37. ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОТВОДИТСЯ

- 1) протеею
- 2) эшерихии
- 3) стафилококку
- 4) стрептококку
- 5) энтерококку

38. РАЗВИТИЮ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) гиперкинетическая дискинезия желчевыводящих путей
- 2) гемолитическая анемия
- 3) тяжелая физическая нагрузка

39. УЛУЧШАЕТ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- 1) урсодезоксихолевая кислота
- 2) ингибиторы протонной помпы
- 3) дротаверин
- 4) НПВП

40. К ЖЕЛЧЕГОННЫМ ПРЕПАРАТАМ, СОДЕРЖАЩИМ ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) сорбит
- 2) холензим
- 3) гепабене
- 4) олиметин

41. ДЛЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕРНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) развитие его после приема антибиотиков
- 2) ведущее клиническое проявление: диареи без примеси крови
- 3) определение эрозий, язв, псевдополипов толстой кишки при эндоскопии
- 4) определение эрозий, язв, псевдополипов тонкой кишки при эндоскопии
- 5) характерное изолированное поражение илеоцекальной области

42. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА – ЭТО

- 1) кишечные кровотечения
- 2) боль в животе
- 3) запор
- 4) перианальные абсцессы
- 5) рвота с кровью

43. ПРИ СИНДРОМЕ «УКЛОНЕНИЯ ФЕРМЕНТОВ В КРОВЬ» РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) преднизолон
- 2) апротинина
- 3) креона
- 4) азатиоприна
- 5) маннита

44. ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ОБИТАНИЯ ЛЯМБЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) желчный пузырь
- 2) тонкая кишка
- 3) толстая кишка
- 4) внутripеченочные желчные протоки

45. СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ДИАРЕЮ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, ХЕЙЛИТ, ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ, ГИПОПРОТЕИНЕМИЮ, ГИПОКАЛИЕМИЮ, НАИБОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) терминальному илеиту (болезнь Крона)
- 2) синдрому мальабсорбции
- 3) хроническому панкреатиту
- 4) синдрому раздраженного кишечника
- 5) холестерозу желчного пузыря

46. ВЫЯВЛЕНИЕ В КАЛЕ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И МЫЛ, ВНЕКЛЕТОЧНОГО КРАХМАЛА, ИЗМЕНЕННЫХ МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН СВОЙСТВЕННО КОПРОЛОГИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ

- 1) гастрогенному
- 2) энтеральному
- 3) илеоцекальному
- 4) дискинетическому
- 5) панкреатогенному

47. БОЛИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

- 1) патологическом процессе в теле поджелудочной железы
- 2) патологическом процессе в хвосте поджелудочной железы
- 3) патологическом процессе в головке поджелудочной железы
- 4) тотальном поражении поджелудочной железы

48. ОПРЕДЕЛИТЬ СОСТОЯНИЕ ИНКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) уровень фекальной эластазы-1
- 2) инвазивный секретин-холецистокининовый тест
- 3) значение гликозилированного гемоглобина
- 4) активность амилазы крови, мочи
- 5) C13-триглицеридный дыхательный тест

49. ПРИ РАЗВИТИИ КЛИНИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ МОЖНО ЗАФИКСИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ

- 1) 2-4 часа
- 2) 48-72 часа
- 3) 6-7 сутки

50. КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ НА НАЛИЧИЕ HELICOBACTER PYLORI ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1) не ранее 4 недель после окончания приема ингибиторов протонной помпы
- 2) сразу по окончании курса эрадикационной терапии
- 3) в любое время после завершения курса эрадикационной терапии

51. К ЦИТОПРОТЕКТОРАМ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) платифиллина гидратартрат
- 2) омепразол
- 3) висмута трикалия дицитрат
- 4) ранитидин

52. БЕЛКОВОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ БУДЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ

- 1) снижению агрессивности желудочного сока
- 2) повышению агрессивности желудочного сока
- 3) уменьшению выработки слизи, бикарбонатов
- 4) развитию диареи

53. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНОЕ ДЛЯ РАКА ЖЕЛУДКА МЕСТО ОТДАЛЕННОГО МЕТАСТАЗА – ЭТО

- 1) регионарные лимфоузлы
- 2) печень
- 3) вирховская железа
- 4) дугласово пространство
- 5) легкие

54. К СИМПТОМАМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) «кинжальную» боль в подложечной области
- 2) опоясывающую боль в животе
- 3) неукротимую рвоту
- 4) жидкий стул

55. ДЛЯ ПОСТБУЛЬБАРНОЙ ЯЗВЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) боли через 3-4 часа после еды
- 2) «ранние» боли
- 3) упорная изжога

56. ТРИАДА СИМПТОМОВ: СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЯЗВЫ В ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ С УПОРНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ДИАРЕЯ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1) синдром Золлингера –Эллисона
- 2) рак желудка
- 3) язвенный колит
- 4) синдром Жильбера
- 5) хронический панкреатит

57. ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) исследование *Helicobacter pylori*
- 2) эзофагогастродуоденоскопия с множественной биопсией
- 3) эндоскопическое УЗИ стенок желудка

58. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЭГДС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
- 3) дивертикул пищевода
- 4) острый бронхообструктивный синдром
- 5) рак кардиального отдела желудка

59. ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА (ТИП А) ВКЛЮЧАЕТ

- 1) антациды
- 2) ингибиторы протонной помпы
- 3) заместительную терапию соляной кислотой, ферментами
- 4) заместительную терапию соляной кислотой, ферментами, эрадикацию *Helicobacter pylori*, назначение витамина В 12

60. ХРОМОЭНДОСКОПИЯ – МЕТОД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ

- 1) эрозий
- 2) метаплазии и неоплазии эпителия
- 3) гельминтов

61. ОБ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) низкий уровень гастрина-17
- 2) повышенный уровень пепсиногена-1 в сыворотке крови
- 3) метаплазия желез по кишечному типу при гистологическом исследовании слизистой желудка
- 4) гиперплазия поверхностного эпителия слизистой желудка
- 5) наличие *Helicobacter pylori*

62. ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ В УСЛОВИЯХ ЗАБРОСА ДУОДЕНАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ

- 1) интетрикс
- 2) урсодезоксихолевую кислоту
- 3) мебеверин
- 4) гимекромон

63. ВНЕПИЩЕВОДНЫЙ СИМПТОМ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА – ЭТО

- 1) диарея
- 2) снижение массы тела
- 3) приступы бронхиальной астмы

64. ОЩУЩЕНИЕ ЖЖЕНИЯ ЗА ГРУДИНОЙ, УСИЛИВАЮЩЕЕСЯ ПРИ НАКЛОНАХ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) рефлюкс-эзофагита

- 2) стенокардии
- 3) ахалазии кардии
- 4) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

65. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) изжога
- 2) регургитация
- 3) диарея

66. ГИПЕРТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) склеродермии
- 2) ахалазии кардии
- 3) рефлюкс-эзофагита
- 4) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 5) пищевода Барретта

67. ДЛЯ ДИФFUЗНОГО ЭЗОФАГОСПАЗМА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) приступообразные боли в за грудиной области с иррадиацией в шею
- 2) изжога
- 3) лечебный эффект антисекреторных средств

68. ПОД ОДИНОФАГИЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1) срыгивание после приёма пищи
- 2) затруднённое глотание
- 3) ощущение затруднённого прохождения пищи по пищеводу
- 4) болезненность при прохождении пищи по пищеводу
- 5) жгучие боли в области мечевидного отростка после еды

69. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА РАКОВОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭЗОФАГИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дисфагия
- 2) боль при глотании
- 3) икота
- 4) изжога
- 5) слюнотечение

70. ДИСФАГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПРИ

- 1) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 2) синдроме Золлингера –Эллисона
- 3) ахалазии кардии
- 4) болезни Менетрие
- 5) функциональной диспепсии

71. СИНДРОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ДИСФАГИИ

- 1) встречается при органических заболеваниях пищевода
- 2) встречается при функциональных расстройствах пищевода
- 3) отличается прогрессирующим течением
- 4) сопровождается гипертермией
- 5) сопровождается синдромом системного воспаления

72. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) хронический гепатит
- 2) дискинезия пищевода
- 3) ахалазия кардии
- 4) синдром Маллори-Вейсса

73. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО СПАЗМА ПИЩЕВОДА ПОКАЗАН

- 1) домперидон
- 2) эзомепразол
- 3) итоприда гидрохлорид
- 4) прукалоприд
- 5) блокатор кальциевых каналов

74. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- 2) повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- 3) повышенный пищеводный клиренс
- 4) нормальное внутрибрюшное давление
- 5) сниженная кислотопродуцирующая функция желудка

75. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) возникает в горизонтальном положении и при наклонах туловища
- 2) возникает при ходьбе
- 3) купируется ферментами
- 4) купируется спазмолитиками

76. В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ НЕГАТИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ

- 1) рентгенологическое исследование пищевода
- 2) эзофаготономанометрия
- 3) суточное мониторирование внутрипищеводного рН
- 4) сцинтиграфия пищевода
- 5) эндоскопическая ультрасонография



77. РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБРОСА В ПИЩЕВОД

- 1) только желудочного сока
- 2) только желчи
- 3) желудочного сока и желчи

78. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) изжога
- 2) дисфагия
- 3) слюнотечение

79. К ОСЛОЖНЕНИЯМ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ОТНОСЯТ

- 1) дивертикул пищевода
- 2) пищевод Барретта
- 3) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

80. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЭРОЗИЯМИ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1) ингибиторы протонной помпы в терапевтической суточной дозе 8-12 недель
- 2) ингибиторы протонной помпы в терапевтической суточной дозе 4 недели
- 3) холинолитики
- 4) антациды и прокинетики в дебюте терапии
- 5) поддерживающую терапию «по требованию»

81. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА – ЭТО

- 1) стриктура пищевода
- 2) дивертикул пищевода
- 3) цилиндрическая метаплазия эпителия слизистой оболочки дистального отдела пищевода
- 4) рак пищевода
- 5) пептическая язва пищевода

82. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТ

- 1) пептические стриктуры пищевода
- 2) ожоговые стриктуры пищевода
- 3) пищевод Барретта

83. ДЛЯ СИНДРОМА ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ В РАМКАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) чувство «полноты» и тяжести в эпигастрии после приема обычного объема пищи
- 2) тошнота
- 3) горечь во рту
- 4) эрозивный антральный гастрит при ЭГДС
- 5) визуально неизменная слизистая оболочка желудка при ЭГДС

84. К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩЕМУ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ОТНОСЯТ

- 1) анализ желудочного сока
- 2) рентгеноскопию желудка
- 3) гастроскопию
- 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка
- 5) тест Лунда

85. РАЗВИТИЕ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) аутоиммунном гастрите тела желудка
- 2) гастрите антрального отдела желудка, ассоциированного с *Helicobacter pylori*
- 3) острым гастрите
- 4) синдроме Золлингера-Эллисона

86. НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) аутоиммунного гастрита
- 2) лимфоцитарного гастрита
- 3) болезни Менетрие
- 4) инфекции *Helicobacter pylori*

87. РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) уровнем сывороточного секретина
- 2) уровнем сывороточного хемотрипсина
- 3) проведением ЭГДС
- 4) постановкой стадии хронического гастрита по *Olga system*

88. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) ингибиторов протонной помпы
- 2) ингибиторов протонной помпы в комбинации с антибиотиками
- 3) ферментных препаратов
- 4) антацидов
- 5) урсодезоксихолевой кислоты

89. К ПРЕПАРАТАМ ИЗ ГРУППЫ ПРОКИНЕТИКОВ ОТНОСЯТ

- 1) гиосцина бутилбромид
- 2) гимекромон
- 3) нифуроксазид
- 4) итоприда гидрохлорид
- 5) сульфасалазин

90. ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- 1) метронидазол
- 2) итоприда гидрохлорид
- 3) ацетилсалициловая кислота
- 4) сукральфат

91. ИЗ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ГАСТРОПАТИЮ

- 1) индометацин
- 2) ибупрофен
- 3) вольтарен
- 4) нимесулид
- 5) диклофенак

92. ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА, РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ, В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПОКАЗАНО

- 1) проведение курса гипербарической оксигенации
- 2) повторная эзофагогастроуденоскопия с множественной биопсией из краев язвы
- 3) продолжение курса противоязвенной терапии

93. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- 1) тупой, давящей боли в эпигастральной области, усиливающейся при приеме пищи
- 2) схваткообразной боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, возникающей чаще при приеме жирной пищи
- 3) постоянной тупой боли в эпигастрии, не связанной с приемом пищи
- 4) боли в эпигастральной области, возникающей натощак или через 2-3 часа после приема пищи
- 5) давящей боли в левом подреберье, усиливающейся после приема пищи и иррадиирующей в спину

94. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА НАИБОЛЬШУЮ СПЕЦИФИЧНОСТЬ ИМЕЕТ

- 1) определение базальной и максимальной кислотопroduкции
- 2) определение уровня гастрина в сыворотке крови
- 3) ЭГДС
- 4) биопсия слизистой оболочки желудка

95. МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО КРОВИ, ВЫЗЫВАЮЩЕЕ МЕЛЕНУ, СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) 25 мл
- 2) 60 мл
- 3) 100 мл
- 4) 250 мл
- 5) 500 мл

96. ПРИЗНАКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) алая кровь в стуле
- 2) мелена
- 3) опоясывающая боль в животе
- 4) «кинжальная» боль в животе
- 5) «доскообразное» напряжение мышц живота

97. СИМУЛИРОВАТЬ МЕЛЕНУ МОЖЕТ ПРИЕМ

- 1) НПВП
- 2) глюкокортикоидов
- 3) ферментов, содержащих желчные кислоты
- 4) препаратов железа
- 5) симетикона

98. К ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ОТНОСЯТ

- 1) рвоту желчью
- 2) шум «плеска» через 3-4 часа после приема пищи
- 3) рвоту «кофейной гущей»
- 4) мелену
- 5) диарею

99. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В

- 1) легких
- 2) печени
- 3) костях
- 4) головном мозге

100. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ РЕЖИМ НАЗНАЧЕНИЯ АНТАЦИДОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) за 30-60 мин до еды и на ночь
- 2) сразу после еды
- 3) независимо от приема пищи 4-5 раз в день
- 4) во время приема пищи

101. МЕХАНИЗМОМ БЛОКАДЫ H<sub>2</sub>-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ОБЛАДАЮТ

- 1) димедрол
- 2) гиосцина бутилбромид
- 3) рабепразол
- 4) пантопразол
- 5) фамотидин

102. ПРЕПАРАТ ЭЗОМЕПРАЗОЛ – ЭТО

- 1) блокатор H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов
- 2) холинолитик неселективного действия
- 3) холинолитик селективного действия
- 4) антацид
- 5) ингибитор протонной помпы

103. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI С ЦЕЛЮ КАНЦЕРОПРЕВЕНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) функциональная диспепсия
- 2) язвенная болезнь желудка/ДПК в стадии обострения
- 3) язвенная болезнь желудка/ДПК в стадии ремиссии
- 4) атрофический гастрит
- 5) аутоиммунная тромбоцитопения

104. СХЕМА ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ВКЛЮЧАЕТ

- 1) ингибиторы протонной помпы+кларитромицин+амоксициклин
- 2) ингибиторы протонной помпы+амоксициллин+метронидазол
- 3) ингибиторы протонной помпы+тетрациклин+де-нол+метронидазол
- 4) ингибиторы протонной помпы+кларитромицин+левофлоксацин
- 5) кларитромицин+де-нол+метронидазол

105. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI РЕКОМЕНДОВАН

- 1) серологический тест с определением специфических антител класса IgG, IgM
- 2) быстрый уреазный тест
- 3) ИФА с определением антигена H.pylori в кале, гистологический метод

106. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АТРОПИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глаукома
- 2) брадикардия
- 3) атриовентрикулярная блокада II степени
- 4) дисфункция сфинктера Одди

107. К СИМПТОМАМ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

- 1) рвоту желчью
- 2) изжогу
- 3) вздутие и диарею
- 4) запор
- 5) жажду, сухость во рту

108. ФЕРМЕНТНУЮ ПРОДУКЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТИМУЛИРУЕТ

- 1) холецистокинин-панкреозимин
- 2) глюкагон
- 3) секретин
- 4) соматостатин
- 5) вазопрессин

109. ОПРЕДЕЛИТЬ СОСТОЯНИЕ ВНЕШНЕЙ СЕКРЕЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) эластазы сыворотки
- 2) липазы сыворотки
- 3) ингибитора трипсина сыворотки
- 4) уровня фекальной эластазы-1
- 5) теста толерантности к глюкозе с сахарной нагрузкой

110. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПАНКРЕАТИТА – ЭТО

- 1) приступообразные, опоясывающие боли в эпигастрии, усиливающиеся после погрешности в диете с максимальной интенсивностью на пике пищеварения, в положении лежа на спине
- 2) боли натошак в эпигастральной области, уменьшающиеся после приема пищи

3) ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку

111. ЗАПОДОЗРИТЬ ОПУХОЛЬ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНОГО

- 1) болезненности в зоне Шофара и в точке Дежардена
- 2) положительного симптома Мюсси слева
- 3) симптома Курвуазье и желтушного окрашивания кожи
- 4) симптома Грота
- 5) положительного симптома Мейо-Робсона

112. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) ферменты, содержащие желчные кислоты
- 2) спазмолитики
- 3) ингибиторы протонной помпы
- 4) прокинетики

113. ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ, ПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1) билиарной гипертензии
- 2) диарее
- 3) запоре
- 4) эрозивно-язвенных поражениях слизистой гастродуоденальной зоны
- 5) отечной форме панкреатита

114. ДЛЯ ДЕКОНТАМИНАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО

- 1) дульколак
- 2) рифаксимин
- 3) сульфасалазин
- 4) пентаса

115. ДЛЯ ДИАРЕИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТИПА ХАРАКТЕРНО

- 1) значительное по объему (полифекалия) каловых масс
- 2) отсутствие тенезмов
- 3) частота стула – 2-4 раза в день
- 4) наличие слизи, крови в испражнениях

116. РЕШАЮЩИЙ МЕТОД ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА НЕЗАВИСИМО ОТ ЭТИОЛОГИИ – ЭТО

- 1) тест с Д-ксилозой
- 2) морфологическое исследование биоптата слизистой тонкой кишки
- 3) рентгенологическое исследование тонкой кишки

- 4) общий анализ крови с обнаружением «острофазовых» показателей
- 5) иммунологическое обследование

117. СИМПТОМОКОМПЛЕКС В ВИДЕ УПОРНОЙ ДИАРЕИ, СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ, РЕМИССИИ ПРИ ИСКЛЮЧЕНИИ ХЛЕБНЫХ ИЗДЕЛИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) неспецифического язвенного колита
- 2) болезни Уиппла
- 3) глютеновой болезни
- 4) терминального илеита (болезнь Крона)
- 5) синдрома Золлингера–Эллисона

118. ПРОДУКТЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ДИАРЕЮ ПРИ ЦЕЛИАКИИ, – ЭТО

- 1) мясо
- 2) сырые овощи и фрукты
- 3) белые сухари
- 4) рис
- 5) кукуруза

119. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОБЯЗАТЕЛЬНО РАЗВИВАЕТСЯ В ПРЯМОЙ КИШКЕ ПРИ

- 1) ишемическом колите
- 2) болезни Крона
- 3) неспецифическом язвенном колите
- 4) болезни Уиппла
- 5) дивертикулезе толстой кишки

120. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА – ЭТО

- 1) сегментарные отделы тощей кишки
- 2) терминальный отдел подвздошной кишки
- 3) толстая кишка
- 4) тотальное поражение желудочно-кишечного тракта
- 5) желудок и двенадцатиперстная кишка

121. ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВСЕХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1) болезни Крона
- 2) синдроме Золлингера-Эллисона
- 3) синдроме Меллори-Вейса
- 4) болезни Менетрие
- 5) болезни Уиппла



122. ПАЛЬПИРУЕМЫЙ ИНФИЛЬТРАТ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1) болезни Уиппла
- 2) болезни Крона
- 3) дизентерии
- 4) целиакии
- 5) неспецифического язвенного колита

123. К ПРЕПАРАТАМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТ

- 1) рифаксимин
- 2) мебеверин
- 3) месалазин
- 4) псиллиум
- 5) интетрикс

124. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) интетрикс
- 2) метронидазол
- 3) ципрофлоксацин
- 4) кларитромицин
- 5) амоксилав

125. ТЕРАПИЯ ДИВЕРТИКУЛИТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЕТ

- 1) псиллиум
- 2) мебеверин
- 3) прукалоприд
- 4) лактулозу
- 5) месалазин

126. ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ С АНЕМИИ ТРЕБУЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСКЛЮЧАТЬ РАК

- 1) фатерова сосочка
- 2) правой половины ободочной кишки
- 3) левой половины ободочной кишки
- 4) средней трети пищевода
- 5) желудка

127. ДИЕТА БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРИТОМ ДОЛЖНА ИСКЛЮЧАТЬ

- 1) сыр
- 2) творог
- 3) нежирное мясо

- 4) молоко и блюда, приготовленные на молоке
- 5) вегетарианские супы

128. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ РАСТЕНИЯМ, РЕКОМЕНДУЕМЫМ ПРИ ПОНОСАХ, ОТНОСЯТ

- 1) кукурузные рыльца
- 2) кору дуба
- 3) корень ревеня
- 4) лист сенны
- 5) крушину

129. К ПРЕБИОТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ

- 1) линекс
- 2) хилак-форте
- 3) интетрикс
- 4) рيوФлору
- 5) пикосульфат натрия

130. К ОСМОТИЧЕСКИМ СЛАБИТЕЛЬНЫМ ОТНОСЯТ

- 1) бисакодил
- 2) псиллиум
- 3) лактулозу
- 4) вазелиновое масло
- 5) пикосульфат натрия

131. К ОБЪЕМНЫМ СЛАБИТЕЛЬНЫМ ОТНОСЯТ

- 1) пикосульфат натрия
- 2) псиллиум
- 3) лактулозу
- 4) полиэтиленгликоль
- 5) касторовое масло

132. К СТИМУЛИРУЮЩИМ СЛАБИТЕЛЬНЫМ РАЗДРАЖАЮЩЕГО И СЕКРЕТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ

- 1) полиэтиленгликоль
- 2) лактулозу
- 3) бисакодил
- 4) псиллиум
- 5) прукалоприд

133. КОНЪЮГАЦИЯ БИЛИРУБИНА ПРОИСХОДИТ

- 1) в мышцах
- 2) в поджелудочной железе

- 3) в почках
- 4) в печени
- 5) в кишечнике

134. УРОБИЛИНОГЕН ОБРАЗУЕТСЯ В

- 1) кишечнике
- 2) почках
- 3) печени
- 4) моче
- 5) поджелудочной железе

135. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) синдроме Ротора
- 2) болезни Дабина-Джонсона
- 3) гемолитической желтухе
- 4) хроническом активном гепатите
- 5) первичном билиарном циррозе печени

136. ПОВЫШЕНИЕ СТЕРКОБИЛИНА В КАЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) паренхиматозной желтухе
- 2) механической желтухе
- 3) гемолитической анемии
- 4) болезни Жильбера

137. ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) кожный зуд
- 2) телеангиоэктазии
- 3) билирубинурия
- 4) анемия с ретикулоцитозом

138. ПРИ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ РЕГИСТРИРУЮТ

- 1) кожный зуд
- 2) телеангиоэктазии
- 3) спленомегалию
- 4) конъюгированную гипербилирубинемию
- 5) гипохолестеринемию

139. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ БОЛЕЗНИ ЖИЛЬБЕРА, ЭТО

- 1) увеличение в крови непрямого билирубина
- 2) билирубинурия
- 3) увеличение активности трансаминаз

- 4) ретикулоцитоз
- 5) гипоальбуминемия

140. ПРИ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ ЖЕЛТУХЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

- 1) увеличение непрямого билирубина крови
- 2) увеличение содержания стеркобилина в кале
- 3) отсутствие стеркобилина в кале
- 4) отсутствие желчных пигментов в моче
- 5) повышение активности ферментов АЛТ, АСТ в сыворотке крови

141. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кожный зуд
- 2) телеангиоэктазии
- 3) асцит
- 4) «печеночные ладони»
- 5) геникомастия

142. ЛАБОРАТОРНЫЙ КРИТЕРИЙ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА – ЭТО

- 1) уробилинурия
- 2) снижение протромбинового индекса
- 3) повышение неконъюгированного билирубина
- 4) повышение щелочной фосфатазы и  $\gamma$ -глутамилтрансферазы
- 5) гипохолестеринемия

143. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1) некрозе энтероцитов любой этиологии
- 2) заболевании почек
- 3) повреждении костной системы
- 4) инфаркте миокарда

144. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение сывороточных трансаминаз
- 2) гипергаммаглобулинемия
- 3) гипербилирубинемия с повышением непрямого билирубина
- 4) снижение протромбинового индекса
- 5) гиперхолестеринемия

145. СИНДРОМ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В КРОВИ

- 1) гамма-глобулинов

- 2) холестерина
- 3) билирубина
- 4) альбумина
- 5) гамма-глутамилтрансферазы

146. О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) высокая активность трансаминаз
- 2) гипоальбуминемия
- 3) гиперхолестеринемия
- 4) повышение холинэстеразы
- 5) гипергаммаглобулинемия

147. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вирус герпеса
- 2) вирус гепатита В
- 3) нарушение обмена меди
- 4) ожирение
- 5) нарушение метаболизма железа

148. РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вирусный гепатит в анамнезе
- 2) данные гистологического исследования печени
- 3) желтушность, периодические боли в правом подреберье, субфебрилитет
- 4) повышение в сыворотке крови альфа-фетопротеина

149. УМЕРЕННАЯ СТАДИЯ ФИБРОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ – ЭТО

- 1) формирование ложных долек
- 2) хотя бы одна порто-портальная септа
- 3) хотя бы одна порто-центральная септа
- 4) портальный и перипортальный фиброз

150. К МАРКЕРАМ ФАЗЫ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В ОТНОСЯТ

- 1) анти HBe антитела
- 2) анти HBs антитела
- 3) анти HBcor IgG
- 4) анти HBcor IgM
- 5) HBs Ag

151. ПРАВИЛЬНЫМ СУЖДЕНИЕМ О ПРОЯВЛЕНИЯХ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) коэффициент Де Ритиса менее 1
- 2) склонность к запорам
- 3) характерна гемолитическая анемия
- 4) нефропатия нехарактерна
- 5) развитие асцита возможно у больных с острым алкогольным гепатитом даже при отсутствии цирроза печени

152. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ – ЭТО

- 1) высокий фекальный кальпротектин
- 2) низкий холестерин в сыворотке крови
- 3) высокая активность  $\gamma$ -глутамилтрансферазы
- 4) антитела к гладкой мускулатуре в диагностическом титре

153. ДЛЯ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРЕН

- 1) нормальный уровень  $\gamma$ -глутамилтрансферазы
- 2) лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом
- 3) лейкопения
- 4) коэффициент Де Ритиса менее 1
- 5) высокий титр антимитохондриальных антител

154. ПЕРЕХОД ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

- 1) варикозно расширенных вен пищевода
- 2) кожного зуда
- 3) желтухи
- 4) лейкоцитоза
- 5) синдрома цитолиза

155. ПАНЦИТОПЕНИЯ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) гемолизом
- 2) кровопотерей из расширенных вен пищевода
- 3) гиперспленизмом
- 4) нарушением всасывания железа
- 5) синдромом холестаза

156. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

- 1) альбумин
- 2) билирубин

- 3) тимоловая проба
- 4) протромбиновый индекс
- 5) данный лабораторный показатель отсутствует

157. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ВЕРНО СУЖДЕНИЕ –

- 1) кожный зуд – поздний признак заболевания
- 2) морфологически выявляется негнойный деструктивный холангит
- 3) отсутствие системных проявлений
- 4) повышение титра антинуклеарных антител
- 5) высокий синдром цитолиза

158. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)  $\alpha$ -интерферон
- 2) адеметеонин
- 3) телбивудин
- 4) урсодезоксихолевая кислота
- 5) будесонид

159. ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ВКЛЮЧАЕТ

- 1) адеметионин
- 2) энтекавир
- 3) рибавирин
- 4) пегилированный  $\alpha$ -интерферон в комбинации с рибавирином
- 5) урсодезоксихолевую кислоту

160. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) гепа-мерца
- 2) свежзамороженной плазмы
- 3) альбумина
- 4) адеметионина
- 5) ингибиторов протонной помпы

161. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) гепа-мерц
- 2) антагонисты альдостерона
- 3) свежзамороженная плазма
- 4) альбумин
- 5) лактулоза

162. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- 1) пропранолол
  - 2) торасемид
  - 3) силибинин
  - 4) адеметионин
  - 5) рифаксимин
163. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ
- 1) макролиды
  - 2) цефалоспорины III поколения
  - 3) сульфасалазин-ЕН
  - 4) рифаксимин
164. БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) азатиоприн
  - 2) будесонид
  - 3) эссенциальные фосфолипиды
  - 4) урсодезоксихолевая кислота
  - 5) адеметионин
165. ОДНОЙ ИЗ САМЫХ ЭФФЕКТИВНЫХ ТЕРАПИЙ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) снижение массы тела
  - 2) гепатопротекторы
  - 3) глюкокортикоиды
166. ПРИ СИНДРОМЕ ЖИЛЬБЕРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛТУХИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- 1) фенобарбитал
  - 2) урсодезоксихолевую кислоту
  - 3) аллохол
  - 4) гепабене
  - 5) отвар кукурузных рыльцев
167. ПРИСТУП БИЛИАРНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ ПО БИЛИАРНОМУ ТИПУ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- 1) повышением уровня амилазы/липазы сыворотки крови
  - 2) подъемом АСТ, АЛТ, билирубина или ЩФ»2 норм
  - 3) увеличением размеров печени



168. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ ХОЛАНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боль в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
- 2) приступ острых болей в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
- 3) кратковременная боль в эпигастрии, рвота, диарея
- 4) фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз
- 5) тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью

169. ХОЛЕСТЕРОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ – ЭТО

- 1) злокачественная опухоль
- 2) доброкачественная опухоль
- 3) паразитарное заболевание
- 4) обменное нарушение с диффузным или очаговым накоплением липидов в стенке пузыря

170. К ПОКАЗАНИЯМ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ОТНОСЯТ

- 1) наличие некальцифицированных холестериновых конкрементов
- 2) «отключенный» желчный пузырь
- 3) размеры конкрементов до 30 мм
- 4) множественные конкременты, занимающие более 50% тени желчного пузыря

171. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) холекинетики
- 2) ингибиторы протонной помпы
- 3) гепатопротекторы
- 4) урсодезоксихолевая кислота
- 5) спазмолитики

172. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОЙ ИНФЕКЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) сульфасалазин
- 2) нифуроксазид
- 3) интетрикс
- 4) ципрофлоксацин
- 5) рифаксимин

173. ХОЛЕКИНЕТИКИ ПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1) холецистолитиазе
- 2) холедохолитиазе
- 3) функциональных расстройствах билиарного тракта по гипермоторному типу

- 4) функциональных расстройств желчного пузыря по гипомоторному типу
- 5) обострению бескаменного хронического холецистита

174. ОДНИМ ИЗ АНТИПРОТОЗОЙНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЯМБЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) урсодезоксихолевая кислота
- 2) нифуратель
- 3) бильтрицид
- 4) амоксиклав

175. ХОФИТОЛ – ЭТО ПРОИЗВОДНОЕ

- 1) расторопши пятнистой
- 2) эссенциальных фосфолипидов
- 3) артишока полевого
- 4) барбариса обыкновенного
- 5) шиповника

176. СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НА СФИНКТЕР ОДДИ ОКАЗЫВАЕТ

- 1) рифаксимин
- 2) мебеверин
- 3) домперидон
- 4) месалазин
- 5) инулин

177. ДИСФУНКЦИЯ СФИНКТРА ОДДИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ

- 1) первичного склерозирующего холангита
- 2) вторичного склерозирующего холангита
- 3) цирроза печени
- 4) синдрома избыточного бактериального роста

178. К КИШЕЧНЫМ АНТИСЕПТИКАМ ОТНОСЯТ

- 1) гиосцина бутилбромид
- 2) нифуроксазид
- 3) прукалоприд
- 4) псиллиум
- 5) хилак-форте

179. СОЧЕТАННЫМ ЖЕЛЧЕГОННЫМ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1) аллахол
- 2) холензим

- 3) никодин
- 4) фламин
- 5) оксафенамид

180. РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОМАТИЧЕСКОГО МИНУТИРОВАННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ У БОЛЬНОГО С ГИПОКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СООТВЕТСТВУЮТ ПОКАЗАТЕЛЯМ –

- 1) объем пузырной желчи – 110 мл, время выделения порции В - 60 минут, скорость выделения пузырной желчи – 20 мл за пять минут
- 2) объем пузырной желчи – 25 мл, время выделения порции В – 15 минут, скорость выделения пузырной желчи – 10 мл за пять минут

181. ПРИМЕНЕНИЕ РИБАВИРИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С ОГРАНИЧЕНО

- 1) гранулоцитопенией
- 2) тромбоцитопенией
- 3) анемией
- 4) гиперхолестеринемией
- 5) тромбоцитозом

182. В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА «ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ» РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) титр ДНК вируса гепатита В в сыворотке крови
- 2) уровень сывороточного железа
- 3) насыщение трансферрина железом
- 4) концентрация ферритина в сыворотке крови
- 5) уровень глюкозы крови

183. ОДНИМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) высокий фекальный кальпротектин
- 2) высокий уровень IgM
- 3) высокая активность щелочной фосфатазы
- 4) макроцитоз
- 5) антитела к ДНК в диагностическом титре

184. РЕФРАКТЕРНЫЙ К ДИУРЕТИКАМ АСЦИТ КАК МАНИФЕСТ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) тромбозе воротной вены
- 2) тромбозе селезеночной вены
- 3) хроническом гепатите
- 4) циррозе печени
- 5) облитерирующем эндофлебите печеночных вен

185. МАСЛЯНАЯ КИСЛОТА

- 1) является основным энергетическим субстратом для колоноцитов
- 2) оказывает провоспалительное действие
- 3) угнетает апоптоз опухолевых клеток
- 4) повышает проницаемость эпителия
- 5) нарушает водно-электролитный баланс в толстой кишке с развитием диареи

186. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ С УЛУЧШЕНИЕМ ОТ ПРИЕМА НИТРАТОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) ишемической болезни кишечника
- 2) неспецифического язвенного колита
- 3) болезни Крона
- 4) дивертикулярной болезни
- 5) глютеновой болезни

187. ПРИ СТЕРОИДОЗАВИСИМОСТИ И СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ

- 1) месалазин в высоких дозах
- 2) метронидазол
- 3) рифаксимин
- 4) азатиоприн
- 5) будесонид

188. КАЛЬПРОТЕКТИН – ЭТО

- 1) фермент тонкой кишки
- 2) белок нейтрофильных гранулоцитов
- 3) гормон поджелудочной железы
- 4) мукополисахарид желудочного сока
- 5) составная часть мицелл желчи

189. ПРЕДПОЛАГАТЬ БОЛЕЗНЬ КРОНА МОЖНО НА ОСНОВАНИИ РАЗВИТИЯ

- 1) хронического запора
- 2) бронхообструктивного синдрома
- 3) приступов тонкокишечной непроходимости
- 4) энцефалопатии

190. МЕТОД, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ НАЛИЧИЕ ПЕРВИЧНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ЭТО

- 1) водородный дыхательный тест с лактулозой
- 2) определение антител к эндомизию
- 3) водородный дыхательный тест с лактозой
- 4) тест с пробным назначением полиферментных препаратов
- 5) тест Шиллинга

191. СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ С ПОЛИСЕРОЗИТАМИ, ПОЛИАРТРИТОМ, ЛИМФОАДЕНОПАТИЕЙ, ЛИХОРАДКОЙ, ОБНАРУЖЕНИЕМ В БИОПТАТАХ ТОНКОЙ КИШКИ «ПЕНИСТЫХ» PAS-ПОЗИТИВНЫХ МАКРОФАГОВ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) болезни Гиршпрунга
- 2) болезни Крона
- 3) неспецифическому язвенному колиту
- 4) болезни Уиппла
- 5) хроническому панкреатиту

192. СИНДРОМУ НАРУШЕННОГО ВСАСЫВАНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) преобладание «кишечных» симптомов
- 2) отеки и асцит
- 3) ИМТ=19 кг/м<sup>2</sup>
- 4) уровень гемоглобина 130 г/л
- 5) альбумин сыворотки 38 г/л

193. ДЛЯ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) гиперкальциемия
- 2) гиперпротеинемия
- 3) гипокалиемия
- 4) гиперкалиемия
- 5) обилие нейтрального жира в кале

194. ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ВЫБОРА ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ЦЕЛИАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гематологическая картина
- 2) копрологическое исследование
- 3) абсорбционный тест с Д-ксилозой
- 4) определение антител IgA к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови
- 5) рентгенологическое исследование

195. К СИМПТОМАМ КАРЦИНОИДА ОТНОСЯТ

- 1) бледность кожных покровов

- 2) запор
- 3) бронхоспазм
- 4) узловую эритему
- 5) спондилоартрит

196. ПОТЕРЯ БЕЛКА ЧЕРЕЗ СЛИЗИСТУЮ ЖКТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) лимфоангиоэктазии тонкой кишки
- 2) циррозе печени с печеночно-клеточной недостаточностью
- 3) нефротическом синдроме
- 4) язвенной болезни желудка
- 5) лактазной недостаточности

197. К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА, КОРРЕЛИРУЮЩИМ С АКТИВНОСТЬЮ ПРОЦЕССА, ОТНОСЯТ

- 1) стеатоз печени
- 2) спондилоартрит
- 3) узловую эритему
- 4) склерозирующий холангит
- 5) спленомегалию

198. ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ТАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК КАК

- 1) увеличение диаметра кишки
- 2) стенозирование просвета участка толстой кишки
- 3) картина «булыжной мостовой»
- 4) «мешковидные» выпячивания по контуру кишки
- 5) исчезновение гаустрации с укорочением и сужением просвета толстой кишки

199. ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПОРАЖЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперемия, отек, контактная кровоточивость слизистой оболочки
- 2) стеноз
- 3) формирование дивертикулов
- 4) чередование пораженных и «здоровых» участков
- 5) обязательное наличие язв

200. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- 1) рефлюкс-эзофагит
- 2) холангиокарциному
- 3) массивное ректальное кровотечение

- 4) токсический мегаколон
- 5) внутрибрюшные и тазовые абсцессы

201. К ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- 1) гипермоторную дискинезию тонкой кишки
- 2) «перистый» рисунок складок тонкой кишки
- 3) наличие чашек Клойбера
- 4) псевдополипы
- 5) изменения слизистой оболочки кишечника по типу «булыжной мостовой»

202. В ТОЩЕЙ КИШКЕ ПРОИСХОДИТ

- 1) начальный гидролиз пищевых белков
- 2) переваривание волокон соединительной ткани
- 3) всасывание солей желчных кислот и витамина В12
- 4) всасывание продуктов гидролиза углеводов, жиров, белков

203. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ФЕРМЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПОДБИРАЕТСЯ, ИСХОДЯ ИЗ СОДЕРЖАНИЯ В ПРЕПАРАТАХ ДОЗЫ

- 1) амилазы
- 2) протеаз
- 3) липазы
- 4) желчных кислот
- 5) гемицеллюлазы

204. ОПУХОЛЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) в головке
- 2) в теле
- 3) в хвосте
- 4) тотальное поражение
- 5) одинаково во всех отделах

205. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ СИНДРОМ

- 1) дисфагии
- 2) желчной гипертензии
- 3) мелены

206. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

- 1) хронической застойной сердечной недостаточности
- 2) внематочной беременности, опухоли и кисте яичников
- 3) переломе костей
- 4) артрозах
- 5) хроническом геморрое

207. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА, ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИИ,

- 1) адекатозные
- 2) гиперпластические
- 3) ворсинчатые
- 4) ювенильные
- 5) гомартонные

208. К ФАКТОРАМ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) соляная кислота
- 2) пепсин
- 3) простагландины
- 4) дуодено-гастральный рефлюкс
- 5) *Helicobacter pylori*

209. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ

- 1) соляную кислоту
- 2) молочную кислоту
- 3) гастромукопротеид
- 4) муцин
- 5) пепсиноген

210. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФАРИНГОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боль за грудиной
- 2) изжога
- 3) дисфагия

211. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хеликобактерная инфекция
- 2) ахалазия кардии



- 3) приём медикаментов (антагонисты кальция, нитраты, психотропные средства и т.д.)

212. ПРИ СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ pH В ПИЩЕВОДЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) общая кислотная продукция в течение суток
- 2) общая продолжительность времени снижения уровня pH в пищеводе в течение суток менее 4
- 3) степень дисфагии

213. ЦЕЛЬ ХРОМОЭНДОСКОПИИ ПИЩЕВОДА – ЭТО

- 1) оценка глубины поражения стенки пищевода
- 2) диагностика моторных нарушений пищевода
- 3) выявление неопластических изменений слизистой оболочки пищевода
- 4) диагностика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 5) остановка кровотечения из пептической язвы пищевода

214. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ВНУТРИПИЩЕВОДНОГО pH ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ

- 1) дифференциальной диагностики болей в грудной клетке
- 2) диагностики пищевода Барретта
- 3) подбора оптимальной дозы спазмолитических препаратов

215. ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФИКСИРУЕТ

- 1) наличие газового пузыря
- 2) ровное сужение дистального участка пищевода в виде «мышинного хвоста»
- 3) подстенотическое расширение пищевода
- 4) ускоренное прохождения взвеси сульфата бария из пищевода в желудок
- 5) наличие дефекта наполнения в месте сужения

216. СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) пептической язвой пищевода
- 2) хронической патологией легких
- 3) язвенной болезнью гастродуоденальной зоны
- 4) ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

217. ФОРМИРОВАНИЮ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) ослабление связочного аппарата пищеводно-желудочного перехода
- 2) наличие рефлюкс-эзофагита
- 3) синдром Мэллори–Вэйса

218. ГЛАВНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ

- 1) пепсиноген
- 2) мотилин
- 3) соляную кислоту
- 4) холецистокинин
- 5) секретин

219. ГАСТРИН СЕКРЕТИРУЕТСЯ В

- 1) фундальном отделе желудка
- 2) антральном отделе желудка
- 3) двенадцатиперстной кишке
- 4) тощей кишке
- 5) поджелудочной железе

220. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА (ТИП А) ХАРАКТЕРНО

- 1) преимущественное поражение антрального отдела желудка
- 2) поражение тела желудка
- 3) клиническая картина аналогична язвенной болезни
- 4) гиперпродукция соляной кислоты

221. ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (ТИП С) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) образование аутоантител к главным клеткам тела желудка
- 2) рефлюкс желчи после холецистэктомии
- 3) инфекция *Helicobacter pylori*
- 4) пищевая аллергия

222. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) кислотно-пептическим фактором
- 2) «уклонением» ферментов в кровь

223. ПОЗДНИЙ ДЕМПИНГ-СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) быстрым поступлением гиперосмолярного содержимого в тощую кишку
- 2) высокой секрецией соляной кислоты
- 3) нарушением проходимости приводящей и отводящей петель
- 4) гипогликемией, связанной с освобождением большого количества инсулина
- 5) спаечным процессом

224. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) злоупотребление алкоголем
- 2) применение лекарств
- 3) недостаточность  $\alpha 1$ -антитрипсина
- 4) избыточная масса тела, гиперлипидемия
- 5) гиперпаратиреоз

225. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ С РАННИМИ ТЯЖЕЛЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) синдроме Дауна
- 2) синдроме Марфана
- 3) первичном амилоидозе
- 4) муковисцидозе
- 5) синдроме Золлингера–Эллисона

226. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТ

- 1) диарею
- 2) развитие варикозно-расширенных вен пищевода
- 3) тромбоз селезеночной вены
- 4) синдром Бадда-Киари

227. ПРОЯВЛЕНИЕМ ФИБРИНОЗНО-СКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) сахарный диабет
- 2) асцит
- 3) экссудативный плеврит
- 4) перитонит

228. ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ НАЗНАЧЕНИЯ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ ЭТО

- 1) купирование эндотоксемии
- 2) заместительная терапия
- 3) спазмолитический эффект на сфинктер Одди
- 4) холеретический эффект
- 5) купирование синдрома избыточного бактериального роста

229. ФЕРМЕНТНЫЙ ПРЕПАРАТ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ЛИПАЗЫ – ЭТО

- 1) креон
- 2) юниэнзим
- 3) фестал
- 4) абомин
- 5) панкреофлат

230. К ФЕРМЕНТАМ, СОДЕРЖАЩИМ ЖЕЛЧНЫЕ КИСЛОТЫ, ОТНОСИТСЯ
- 1) креон
  - 2) мезим-форте
  - 3) фестал
  - 4) юниэнзим
  - 5) панкреофлат
231. К ФЕРМЕНТАМ, СОДЕРЖАЩИМ СИМЕТИКОН И АКТИВИРОВАННЫЙ УГОЛЬ, ОТНОСИТСЯ
- 1) эрмиталь
  - 2) мезим форте
  - 3) юниэнзим
  - 4) фестал
  - 5) лактраза
232. В ТЕРМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ВСАСЫВАЮТСЯ
- 1) продукты гидролиза жиров
  - 2) продукты гидролиза белков
  - 3) продукты гидролиза углеводов
  - 4) витамин В12 и соли желчных кислот
  - 5) минеральные вещества
233. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА МОЖЕТ ВЫЯВИТЬ
- 1) меланоз слизистой оболочки кишки
  - 2) язвы – афты
  - 3) диффузное поражение
  - 4) «псевдомембраны» на слизистой
234. В ТЕРМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ВЫСВОБОЖДАЕТСЯ
- 1) сульфасалазин
  - 2) салофальк
  - 3) пентаса
  - 4) рифаксимин
  - 5) мезавант
235. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКО-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ ХАРАКТЕРНО
- 1) отсутствие дозозависимости
  - 2) развитие через 2 недели от начала терапии

- 3) наличие системной воспалительной реакции (повышение температуры и СОЭ, лейкоцитоз крови)
- 4) появление патологических примесей в кале (крови и лейкоцитов)
- 5) быстрое прекращение после отмены антибиотика

236. ДЛЯ ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА ВЕРНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ СЧИТАЕТСЯ, ЧТО

- 1) в диагностике болезни наиболее информативна ректороманоскопия
- 2) в диагностике болезни наиболее информативна аортография с селективным контрастированием мезентериальных артерий
- 3) обнаружение стриктур исключает ишемический колит
- 4) выявление псевдополипов при ирригоскопии патогномонично
- 5) характерно развитие тяжелого синдрома мальабсорбции

237. КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОДУКТОМ МЕТАБОЛИЗМА

- 1) кишечной микрофлоры
- 2) нейроглии
- 3) гепатоцитов
- 4) энтероцитов
- 5) ацинарных клеток поджелудочной железы

238. К ВОДОНЕРАСТВОРИМЫМ ПИЩЕВЫМ ВОЛОКНАМ ОТНОСЯТ

- 1) пектин
- 2) камеди, слизи
- 3) целлюлозу, лигнин

239. КОНЬЮГИРОВАННЫЙ БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА

- 1) глюкуронилтрансферазы
- 2) лейцинаминопептидазы
- 3) кислой фосфатазы
- 4) нуклеотидазы
- 5)  $\gamma$ -глутамилтрансферазы

240. НЕКОНЬЮГИРОВАННАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) болезни Дабина-Джонсона
- 2) опухоли головки поджелудочной железы
- 3) желчнокаменной болезни
- 4) синдрома Криглера-Найара
- 5) первичного склерозирующего холангита

241. К РАЗВИТИЮ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- 1) констриктивный перикардит
- 2) тромбоз воротной вены
- 3) тромбоз нижней полой вены
- 4) сдавление нижней полой вены опухолью
- 5) тромбоз печеночных вен

242. ИНДЕКС КНОДЕЛЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) активность атрофического гастрита
- 2) степень атрофии слизистой кишечника
- 3) активность хронического гепатита
- 4) длительность гастроэзофагеального рефлюкса
- 5) активность язвенного колита

243. СТАДИИ НЕАКТИВНОГО НОСИТЕЛЬСТВА HBsAg СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) HBsAg (+) более 6 месяцев
- 2) HBeAg (+), анти HBe (-)
- 3) HBV ДНК сыворотки крови менее 2000 МЕ/л (104 копий/мл)
- 4) стойкое повышение уровня трансаминаз
- 5) наличие лобулярных некрозов при морфологии печени

244. ХРОНИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОБУСЛАВЛИВАЕТ РАЗВИТИЕ

- 1) синдрома Жильбера
- 2) болезни Вильсона-Коновалова
- 3) первичного гемохроматоза
- 4) вторичного синдрома перегрузки железа

245. «БРОНЗОВАЯ» ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- 1) аутоиммунного гепатита
- 2) гемохроматоза
- 3) болезни Вильсона-Коновалова
- 4) хронического гепатита вирусного генеза
- 5) болезни Жильбера

246. БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) снижение концентрации церулоплазмينا в сыворотке крови
- 2) повышение концентрации церулоплазмينا в сыворотке крови
- 3) «бронзовая» пигментация кожи
- 4) снижение суточной экскреции меди с мочой

247. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ ОСТРОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ

- 1) коэффициенте Де Ритиса более 1
- 2) индексе Медрея более 32
- 3) индексе Медрея менее 15
- 4) гиперурикемии
- 5) лейкоцитозе с палочкоядерным сдвигом

248. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

- 1) холецистокинина, гастрина
- 2) глюкагона, кальцитонина
- 3) гормонов гипофиза
- 4) вазоактивного интестинального гормона

249. БИЛИАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОБУСЛАВЛИВАЕТ РАЗВИТИЕ

- 1) синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке
- 2) язв слизистой кишечника
- 3) острого панкреатита
- 4) рефлюкс-гастрита

250. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН СИМПТОМ

- 1) Мерфи
- 2) Воскресенского
- 3) Менделя
- 4) Мейо-Робсона
- 5) Грота

251. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА РЕГИСТРИРУЮТ

- 1) по данным УЗИ толщину стенки желчного пузыря 2 мм
- 2) желтуху
- 3) обязательное повышение амилазы в сыворотке крови
- 4) обязательное повышение трансаминаз в сыворотке крови
- 5) изменение биохимического состава желчи (выявление СРБ, сиаловых кислот) и бактериальную контаминацию желчи

252. СДЕЛАТЬ ВЫВОД ОБ «ОТКЛЮЧЕННОМ» ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ МОЖНО, ЕСЛИ

- 1) при пероральной холецистографии не визуализируется желчный пузырь
- 2) при внутривенной холеграфии не визуализируется желчный пузырь, но виден общий желчный проток

3) при ультразвуковом исследовании виден камень в общем желчном протоке и нет сокращения желчного пузыря

253. ЖЕЛЧЕГОННЫМ ПРЕПАРАТОМ С ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫМ ЭФФЕКТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фламин
- 2) холензим
- 3) аллохол
- 4) гепабене

254. ХОЛЕСПАЗМОЛИТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1) берберина бисульфат
- 2) гимекромон
- 3) сульфат магния
- 4) сорбит

255. ПРИ ПЕРЕКРЕСТНОМ СИНДРОМЕ АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ/ ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ

- 1) только урсодезоксихолевую кислоту
- 2) эссенциальные фосфолипиды
- 3) метформин
- 4) урсодезоксихолевую кислоту в сочетании с буденофальком, преднизолоном

256. ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ПУЗЫРНОЙ ЖЕЛЧИ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) снижение соотношения желчных кислот и холестерина
- 2) снижение уровня билирубина
- 3) снижение уровня белков
- 4) повышение уровня желчных кислот
- 5) повышение уровня лецитина

257. ПРЕПАРАТОМ С ВЫСОКИМ БАРЬЕРОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рибавирин
- 2) ламивудин
- 3) эссенциальные фосфолипиды
- 4) энтекавир

258. ЖЕЛТУХА КРИГЛЕРА-НАЙАРА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) билирубин-альбуминовой диссоциации в сыворотке крови
- 2) снижения содержания белка сыворотки крови
- 3) нарушения внутриклеточного транспорта билирубина



- 4) снижения активности или отсутствия глюкуронилтрансферазы
- 5) уменьшения захвата билирубина гепатоцитами

259. К СИНБИОТИКАМ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1) бифиформ
- 2) пробиоЛог
- 3) линекс
- 4) энтерол
- 5) бактисубтил

260. НЕРАЗВЕТВЛЕННЫЕ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ (МАСЛЯНАЯ, УКСУСНАЯ И ПРОПИОНОВАЯ) ОБРАЗУЮТСЯ В КИШЕЧНИКЕ ПРИ

- 1) анаэробном брожении углеводов
- 2) расщеплении белков
- 3) расщеплении нейтрального жира

261. ДЛЯ СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ КАНДИДОЗА КИШЕЧНИКА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

- 1) азитромицин
- 2) флуконазол
- 3) натамицин
- 4) ванкомицин
- 5) амоксиклав

262. МАКСИМАЛЬНУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ МЕСАЛАЗИНА В ЛЕВЫХ ОТДЕЛАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ СОЗДАЕТ

- 1) сульфасалазин
- 2) салофальк в таблетках
- 3) салофальк в гранулах
- 4) асакол
- 5) пентаса

263. К ФЕРМЕНТАМ ИЗ ГРУППЫ ДИСАХАРИДАЗ ОТНОСЯТ

- 1) трипсин
- 2) трегалазу
- 3) эластазу
- 4) энтерокиназу
- 5) липазу

264. К ПРИЗНАКАМ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭНТЕРИТА ОТНОСЯТ

- 1) стриктуры кишечника
- 2) примесь крови в стуле

- 3) частое сочетание с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом
- 4) гемолитическую анемию
- 5) образование межкишечных свищей

265. ОБНАРУЖЕНИЕ В ПОРАЖЕННЫХ ТКАНЯХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ТЕЛ ТРОПНЕРУМА WHIRRELI ПРИ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ИЛИ ИХ ДНК МЕТОДОМ ПЦР ИГРАЕТ РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ

- 1) карциноидного синдрома
- 2) дисахаридазной недостаточности
- 3) глютеновой болезни
- 4) болезни Уиппла
- 5) рака поджелудочной железы

266. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

- 1) эрозивно-язвенное поражение слизистой желудка
- 2) снижение массы тела
- 3) депрессию
- 4) аллергические реакции
- 5) развитие энцефалопатии

267. БИКАРБОНАТНУЮ ПРОДУКЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТИМУЛИРУЕТ

- 1) глюкагон
- 2) секретин
- 3) холецистокинин-панкреозимин
- 4) мотилин
- 5) соматотропин

268. ПАТОГЕНЕЗ ГЕПАТОГЕННЫХ ЯЗВ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) расстройство гастродуоденальной моторики
- 2) снижение содержания простогландинов в слизистой оболочке желудка
- 3) снижение секреции панкреатических бикарбонатов
- 4) нарушение кровотока в портальной системе

269. ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ГАСТРИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) язвенной болезни
- 2) инфекции *Helicobacter pylori*
- 3) В12-дефицитной анемии
- 4) целиакии
- 5) болезни Крона

270. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ PH В ТЕЛЕ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ ПЕНТАГАСТРИНОМ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) 0,8
- 2) 3,0
- 3) 4,9
- 4) 1,9
- 5) 6,5

271. РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) верхней трети
- 2) средней трети
- 3) нижней трети

272. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АКСИАЛЬНЫХ ГРЫЖ ОТНОСЯТ

- 1) обычную локализацию нижнего пищеводного сфинктера
- 2) расположение кардии выше пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) расположение кардии ниже пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) наличие складок слизистой оболочки желудка под диафрагмой
- 5) наличие поддиафрагмального сегмента пищевода

273. ОСЛОЖНЕНИЕМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пептическая язва пищевода
- 2) застойный эзофагит
- 3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 4) пищевод Барретта
- 5) синдром Маллори-Вейсса

274. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) биопсия пищевода с морфологическим исследованием
- 2) эзофагоскопия
- 3) рентгеноскопия
- 4) атропиновый тест
- 5) цитологическое исследование

275. ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МОТОРИКЕ В ПРОКСИМАЛЬНОМ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) ахалазии пищевода

- 2) склеродермии
- 3) диффузного спазма пищевода
- 4) эзофагита
- 5) пищевода Барретта

276. ЦЕНКЕРОВСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) средней трети глотки
- 2) нижней трети глотки
- 3) верхней трети пищевода
- 4) средней трети пищевода
- 5) нижней трети пищевода

277. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пищевод Барретта
- 2) воспаление с изъязвлением слизистой
- 3) стриктура пищевода

278. РАК ПИЩЕВОДА НА СТАДИИ T3 ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) развитие преинвазивной опухоли
- 2) инфильтрацию опухолью стенки пищевода до собственной пластинки или подслизистого слоя
- 3) инфильтрацию опухолью стенки пищевода до мышечного слоя
- 4) инфильтрацию опухолью стенки пищевода до адвентициальной оболочки
- 5) распространение на соседние структуры

279. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СТИМУЛИРУЕТ

- 1) гастрин
- 2) секретин
- 3) холецистокинин
- 4) мелатонин
- 5) серотонин

280. ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ГАСТРИНА-17 НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) сниженной кислотной продукции желудка
- 2) хроническом панкреатите
- 3) остром холецистите

281. О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

- 1) лимфоцитами
- 2) плазматическими клетками
- 3) лейкоцитами
- 4) эозинофилами

5) макрофагами

282. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЖЕЛУДКА ПО ТИПУ «МОЗГОВЫХ ИЗВИЛИН» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) геморрагическом гастрите
- 2) язве луковицы 12-перстной кишки
- 3) болезни Менетрие
- 4) полипозе желудка
- 5) раке выходного отдела желудка

283. ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ГАСТРИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) сифилиса
- 2) В12-дефицитной анемии
- 3) целиакии
- 4) болезни Крона
- 5) острого гастрита

284. ПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НПВП НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЖЕЛУДКА И ДПК РЕАЛИЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) стимуляцию выработки секретина
- 2) нарушение моторики желудка и ДПК
- 3) ингибирование активности фермента циклооксигеназы-1

285. ЭКЗОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ СЕКРЕЦИЮ

- 1) гидрокарбонатов
- 2) секретина
- 3) гастрина
- 4) соматостатина
- 5) инсулина

286. ГОРМОН, ВЫРАБАТЫВАЕМЫЙ В ОСТРОВКАХ ЛАНГЕРГАНСА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ЭТО

- 1) секретин
- 2) холецистокинин-панкреозимин
- 3) глюкагон
- 4) серотонин
- 5) мелатонин

287. АКТИВАТОРОМ ТРИПСИНОГЕНА И ХИМОТРИПСИНОГЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) желчь
- 2) энтерокиназа

- 3) щелочная фосфатаза
- 4) соляная кислота
- 5) пища

288. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ПАНКРЕАТИТА В БИОПТАТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРЕН ИНФИЛЬТРАТ

- 1) лимфоцитарный с большим количеством IgG4 положительных клеток
- 2) нейтрофильный
- 3) эозинофильный

289. АУТОИММУННЫЙ ПАНКРЕАТИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕМ

- 1) антител к тканевой трансглутаминазе в диагностическом титре в сыворотке крови
- 2) повышенного кальпротектина в кале
- 3) мелены
- 4) антинуклеарных антител, антител к лактоферрину в диагностическом титре и повышенным уровнем IgG4 сыворотки крови

290. ФЕРМЕНТ ФУНГАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ – ЭТО

- 1) мезим-форте
- 2) креон
- 3) панкреофлат
- 4) микразим
- 5) юниэнзим

291. ЭКССУДАТИВНАЯ ДИАРЕЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) хроническом панкреатите
- 2) синдроме раздраженного кишечника
- 3) глютеневой энтеропатии
- 4) язвенном колите
- 5) лактазной недостаточности

292. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) количественное определение микрофлоры кишечника в 1 г кала
- 2) определение качественного состава микрофлоры кала
- 3) водородный дыхательный тест с лактулозой, 14C-ксилозой и 14C-гликохололатом
- 4) водородный дыхательный тест с лактозой

293. НЕОБРАТИМАЯ СТАДИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТОНКОЙ КИШКЕ ПРИ ЦЕЛИАКИИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) инфильтративной
- 2) гиперпластической
- 3) деструктивной
- 4) гипопластической

294. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ КОЛЛАГЕНОВОМ КОЛИТЕ – ЭТО

- 1) эпителиоидные гранулемы
- 2) трансмуральное отложение коллагеновых волокон
- 3) крипт-абсцессы
- 4) отложения коллагеновых волокон в субэпителиальном слое
- 5) щелевидные язвы

295. ПАТОГЕНЕЗ ДИАРЕИ ПРИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) повышение секреции воды и электролитов в кишечнике
- 2) изменение моторики кишечника
- 3) воспаление слизистой оболочки кишечника
- 4) повышение осмолярности кишечного содержимого
- 5) развитие внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

296. К ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1) токсическую дилатацию толстой кишки
- 2) перфорацию толстой кишки
- 3) стриктуру тонкой кишки
- 4) перианальные свищи
- 5) межкишечные свищи

297. МИКРОСКОПИЧЕСКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1) увеличение количества бокаловидных клеток
- 2) трансмуральную воспалительную инфильтрацию с лимфоидной гиперплазией
- 3) саркоидные гранулемы
- 4) щелевидные язвы, проникающие в мышечный слой
- 5) гранулоциты в собственной пластинке слизистой оболочки с формированием крипт-абсцессов

298. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ПРОКТИТА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) салофальк в таблетках перорально
- 2) глюкокортикоиды перорально
- 3) масляные ректальные введения
- 4) буденофальк в клизмах
- 5) месалазин в свечах

299. МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ТРАНЗИТА СОДЕРЖИМОГО ПО КИШЕЧНИКУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аноректальная манометрия
- 2) сцинтиграфия кишечника
- 3) ирригография
- 4) дефекография
- 5) тест изгнания баллона

300. МЕТОД ДЕФЕКОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) выявления причин нарушения акта дефекации
- 2) оценки моторики толстой кишки
- 3) оценки распространения опухоли толстой кишки
- 4) выявления воспалительных изменений слизистой прямой кишки
- 5) диагностики межкишечных свищей и абсцессов

301. СТЕНКА ЛОЖНОГО ДИВЕРТИКУЛА

- 1) состоит из слизистой оболочки
- 2) включает все слои стенки кишки
- 3) не содержит мышечного слоя

302. ДЛЯ ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- 1) печеночного угла
- 2) селезеночного угла
- 3) слепой кишки
- 4) прямой кишки

303. НОРМАЛЬНАЯ КИШЕЧНАЯ МИКРОФЛОРА

- 1) участвует в синтезе непрямого билирубина
- 2) участвует в катаболизме витаминов
- 3) потенцирует рост патогенной микрофлоры
- 4) стимулирует местный иммунитет и образование иммуноглобулинов
- 5) участвует в синтезе холестерина



304. К СОРБИРОВАННЫМ ПРОБИОТИКАМ ОТНОСЯТ

- 1) пробиоЛог
- 2) энтерол
- 3) пробифор
- 4) закофальк
- 5) бифиформ

305. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЖИЛЬБЕРА ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) дольковые некрозы
- 2) липофусциновый пигмент в центролобулярных областях
- 3) избыток гликогена
- 4) перипортальный фиброз
- 5) формирование ложных долек

306. ОДНИМ ИЗ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) воспаление брюшины
- 2) увеличение продукции гамма-глобулинов
- 3) уменьшение гидростатического давления в портальной системе
- 4) увеличение продукции альдостерона
- 5) гиперхолестеринемия

307. ПРИ ОСТРОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИИ

- 1) некроз гепатоцитов отсутствует
- 2) выявляется воспалительная инфильтрация портальных полей плазматическими клетками
- 3) отмечается воспалительная инфильтрация портальных полей нейтрофилами
- 4) тельца Мэллори патогномоничны
- 5) жировая дистрофия отсутствует

308. КРОМЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ДЕФИЦИТЕ АЛЬФА1-АНТИТРИПСИНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) остеомалация и патологические переломы
- 2) нарушение фертильности
- 3) поражение легких с развитием дыхательной недостаточности
- 4) неврологическая симптоматика

309. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) антациды

- 2) преднизолон
- 3) вазоконстрикторы (терлипрессин или октреотид)
- 4) фосфоглив

310. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) эссенциальные фосфолипиды
- 2) витамины В1 и В6
- 3) метформин
- 4) бифосфонаты
- 5) ингибиторы протонной помпы

311. РАК ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) кардиальной части
- 2) теле и антральном отделе
- 3) канале привратника

## РАЗДЕЛ 2 КАРДИОЛОГИЯ

Выбрать один правильный ответ.

1. ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

- 1) характерны
- 2) не характерны

2. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе
- 2) депрессия сегмента ST при пробе с гипервентиляцией
- 3) реверсия негативного зубца T при пробе с хлоридом калия
- 4) подъем сегмента ST при проведении ортостатической пробы

3. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ГЕПАРИНА КОНТРОЛЬНЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) МНО
- 2) время кровотечения
- 3) АЧТВ
- 4) уровень фибриногена

4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сахарный диабет
- 2) мерцательная аритмия
- 3) наджелудочковая экстрасистола
- 4) АВ-блокада II-III степени

5. ДЕЙСТВИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) увеличении конечного диастолического давления
- 2) увеличении периферического сопротивления
- 3) уменьшении преднагрузки
- 4) увеличении работы сердца

6. ПРИЗНАКОМ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возникновение приступов более преимущественно в покое
- 2) депрессия сегмента ST по результатам пробы с физической нагрузкой при 50 Вт
- 3) блокада левой ножки пучка Гиса
- 4) длительность более 30 минут

7. ЭКВИВАЛЕНТАМИ СТЕНОКАРДИТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) жжение за грудиной в течение 3-5 минут
- 2) колющие боли в груди связанные с дыханием
- 3) длительные боли в грудной клетке, связанные с наклонами туловища

8. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST
- 2) гипертонический криз с перегрузкой левого желудочка
- 3) стабильная стенокардия

9. У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

- 1) коронарные артерии не поражены или изменены незначительно
- 2) в коронарных артериях имеется тромбоз на месте поврежденной атеросклеротической бляшки
- 3) развивается кратковременный спазм коронарных артерий

10. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) подозрение на расслоение аорты
- 2) облитерирующий атеросклероз нижних конечностей
- 3) язвенная болезнь в фазе ремиссии

11. ФОРМИРОВАНИЕ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) инфаркте миокарда передней стенки левого желудочка
- 2) инфаркте миокарда нижней стенки левого желудочка
- 3) мелкоочаговом инфаркте миокарда

12. КРИТЕРИЕМ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ АД

- 1) ниже 90/50 мм рт.ст.
- 2) выше 160/100 мм рт. ст.
- 3) выше 200/120 мм рт. ст.
- 4) на уровне 100/60 мм рт. ст

13. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q ОТ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствие типичных изменений на ЭКГ
- 2) снижение ПТИ (протромбинового индекса) в коагулограмме
- 3) более выраженный болевой синдром
- 4) повышение уровня сердечных тропонинов

14. РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НЕОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1) третьей недели
- 2) первых дней
- 3) шестой недели
- 4) первой недели

15. ЛОЗАРТАН – ЭТО

- 1) бета-адреноблокатор
- 2) антагонист медленных кальциевых каналов
- 3) антагонист рецепторов ангиотензина II
- 4) ингибитор АПФ

16. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, УЛУЧШАЮЩИЕ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС – ЭТО

- 1) наркотические препараты
- 2) нитраты
- 3) антагонисты кальция
- 4) статины

17. ПРИ СТЕНОКАРДИИ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА БОЛИ ВОЗНИКАЮТ

- 1) во время ходьбы на расстояние > 200 м по ровной местности
- 2) на 25 Вт (по результатам пробы с физической нагрузкой)
- 3) при подъеме на 5 этаж без лифта

18. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНОГО С ИБС СЛЕДУЕТ

- 1) добавить к лечению сердечные гликозиды
- 2) добавить антагонист кальция дигидропиридиновой подгруппы (амлодипин, фелодипин, лерканидипин)
- 3) добавить к лечению верапамил
- 4) увеличить дозу статинов

19. НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1) синдроме слабости синусового узла
- 2) бронхиальной астме
- 3) двустороннем стенозе почечных артерий

20. СИМПТОМЫ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ЭТО

- 1) выраженная одышка
- 2) ортопноэ

- 3) увеличение печени
- 4) застойные хрипы в легких

22. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОКС НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ

- 1) тропонинов
- 2) АСТ и АЛТ
- 3) ЛДГ

23. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВЫПОТА В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) УЗИ-сердца
- 2) ЭКГ
- 3) сцинтиграфия миокарда
- 4) коронароангиография
- 5) рентгенологическое исследование органов грудной клетки

24. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) ингибиторы АПФ
- 2) нитраты
- 3) альфа-адреноблокаторы

25. КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОЗА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) вторичный гиперальдостеронизм
- 2) изменения сосудов глазного дна
- 3) гипертрофия миокарда левого желудочка

26. ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) расширение вен
- 2) сужение и извитость артерий сетчатки
- 3) геморрагии и экссудаты сетчатки

27. ДИАГНОЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1) повышения АД, приведшего к развитию инфаркта миокарда
- 2) наличия гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ/УЗИ сердца
- 3) стойкого повышения АД  $\geq 160/100$  мм рт.ст.
- 4) повышения АД и выявленного сужения артерий сетчатки

29. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) низкий уровень ренина в плазме

- 2) умеренное повышение АД
- 3) повышение креатинина в крови до 2 мг%
- 4) двусторонний стеноз почечных артерий
- 5) односторонний стеноз почечной артерии

31. ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

- 1) гипертонической болезни
- 2) ХОБЛ
- 3) гипертиреозе
- 4) миокардите

33. НА ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ РАВНО 0,2 С ПРИ

- 1) блокаде ножек пучка Гиса
- 2) полной АВ-блокаде
- 3) АВ-блокаде I степени

34. ДЛИТЕЛЬНОЕ ОБЕЗДВИЖИВАНИЕ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИВОДИТ К

- 1) повышению АД
- 2) сердечной недостаточности
- 3) брадикардии
- 4) тромбоэмболическим осложнениям

35. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эмболия мозга
- 2) кардиогенный шок
- 3) синдром Дресслера
- 4) нарушение ритма

36. БЕТА-БЛОКАТОРЫ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ИБС ПОТОМУ, ЧТО ОНИ

- 1) вызывают спазм периферических сосудов
- 2) расширяют коронарные сосуды
- 3) увеличивают сократительную способность миокарда
- 4) снижают потребность миокарда в кислороде

37. НАЗНАЧЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ТАХИФОРМОЙ

- 1) показано изредка
- 2) не показано
- 3) показано

38. ОСНОВНОЙ АТЕРОГЕННЫЙ КЛАСС ЛИПОПРОТЕИДОВ – ЭТО

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

39. У ПАЦИЕНТА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОЙ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ И В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРОВЕДЕНИЯ

- 1) эзофагогастродуоденоскопии
- 2) регистрации ЭКГ
- 3) рентгенологическое исследование желудка

40. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) анальгетиков
- 2) морфина
- 3) ингибиторов АПФ
- 4) верапамила
- 5) ацетилсалициловой кислоты

41. В СТАНДАРТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВХОДЯТ

- 1) определение количественного уровня сердечных тропонинов
- 2) сцинтиграфия миокарда
- 3) коронароангиография

42. ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1) опухоли головного мозга
- 2) стенозе почечных артерий
- 3) наличии тромба в ушке левого предсердия

43. РАЗРЫВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НА УЗИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дефектом межжелудочковой перегородки
- 2) гипертрофией и дилатацией левого желудочка
- 3) наличием внутрижелудочковых тромбов

44. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) олигурия или анурия вследствие уменьшения перфузии почек
- 2) полиурия
- 3) нормальное количество мочи



45. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) диуретики
- 2) сердечные гликозиды
- 3) бета-адреноблокаторы
- 4) антагонисты кальция
- 5) эуфиллин

47. ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ТРОПОНИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) в первые 4 - 8 часов от начала заболевания
- 2) на 2 сутки
- 3) через 5 суток от начала болевого синдрома

48. ТЕРАПИЮ ПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ (ГЕПАРИНОМ) ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ ПО

- 1) времени свертывания крови
- 2) протромбиновому индексу
- 3) активированному времени рекальцификации
- 4) активированному частичному тромбопластиновому времени
- 5) уровню фибриногена

49. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- 1) острую аневризму левого желудочка
- 2) миокардит
- 3) бактериальную пневмонию

50. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение ритма сердца и проводимости
- 2) возникновение синдрома слабости синусового узла
- 3) развитие активного внутреннего кровотечения

51. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ПРОВОЦИРУЮЩИЙ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение артериального давления
- 2) положение лежа на левом боку
- 3) резкие наклоны и повороты туловища

52. ТИПИЧНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬЮ

- 1) в грудной клетке продолжительностью 30 минут и более
- 2) возникшей при физической нагрузке или эмоциональном стрессе

- 3) связанной с наклонами или поворотами туловища
- 4) купируемой приемом НПВП

53. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1) бета-адреноблокаторов
- 2) нитратов пролонгированного действия
- 3) препаратов метаболического действия
- 4) мочегонных препаратов

54. К АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) нитраты
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) статины

55. ДЛЯ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ
- 2) физическая нагрузка плохо переносится
- 3) развитие полной АВ-блокады

57. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) односторонний стеноз почечной артерии
- 2) умеренное повышение АД
- 3) беременность и лактация
- 4) нарушения атриовентрикулярной проводимости

58. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) холестирамин
- 2) никотиновая кислота
- 3) статины
- 4) фибраты

59. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) нарушения сократимости миокарда
- 2) нарушения электролитного баланса
- 3) почечной недостаточности

60. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выраженной одышкой
- 2) пониженной утомляемостью

- 3) отеками нижних конечностей
- 4) увеличением печени

61. ОСНОВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ЭТО

- 1) ингибиторы АПФ
- 2) антагонисты кальция
- 3) периферические вазодилататоры
- 4)  $\omega$ -полиненасыщенные жирные кислоты

62. ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПРЕДШЕСТВУЕТ ИНФЕКЦИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ВЫЗВАННАЯ

- 1) зеленым стрептококком
- 2) вирусом Эпштейна-Барра
- 3) золотистым стафилококком
- 4) бета-гемолитическим стрептококком группы "А"
- 5) синегнойной палочкой

63. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МИОКАРДИТА И ЕГО ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) полная атриовентрикулярная блокада
- 2) острый инфаркт миокарда
- 3) сердечная недостаточность
- 4) желудочковая пароксизмальная тахикардия
- 5) коллапс

64. ОСТРЫЙ ПЕРИКАРДИТ НЕ ВЫЗЫВАЕТ

- 1) бактериальная инфекция
- 2) туберкулез
- 3) вирусная инфекция
- 4) онкологическое заболевание
- 5) алкогольная болезнь

65. ПРИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) снижение ФВ < 45%
- 2) снижение ФВ < 35%
- 3) сохраненная ФВ > 50%

66. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ЭКГ
- 2) ЭХО-КГ

- 3) сцинтиграфия миокарда
- 4) рентгенография органов грудной клетки
- 5) коронароангиография

68. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резистентная АГ
- 2) наличие ИБС
- 3) фибрилляция предсердий

69. РАЗВИТИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) повышением периферического сосудистого сопротивления
- 2) повышением массы циркулирующей крови
- 3) снижением центрального венозного давления

70. КРИТЕРИЕМ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО

- 1) АД $\geq$ 160 мм рт.ст.
- 2) АД $\geq$ 140 мм рт.ст.
- 3) АД $\geq$ 120 мм рт.ст.

71. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) клофелина
- 2) нифедипина
- 3) капотена
- 4) празозина

73. ПРЕПАРАТАМИ РЕЗЕРВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) диуретики
- 2)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- 3) антагонисты кальция
- 4) ингибиторы АПФ
- 5)  $\beta$ -блокаторы

74. В КАЧЕСТВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ПРИ СИНДРОМЕ КОННА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) верошпирон
- 2) фуросемид
- 3) анаприлин
- 4) нифедипин

75. ВОЗНИКНОВЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

- 1) не зависит от объема поврежденного миокарда
- 2) связано с повреждением 10% объема миокарда
- 3) связано с повреждением 50% и более массы миокарда
- 4) зависит от локализации очага

76. РАЗВИТИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИБС СПОСОБСТВУЕТ

- 1) тиреотоксикоз
- 2) сахарный диабет
- 3) легочное сердце
- 4) цирроз печени

77. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) митральный стеноз
- 2) миксома левого предсердия
- 3) тромбоз глубоких вен голени
- 4) аортальный стеноз

78. ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) асистолия желудочков
- 2) фибрилляция желудочков
- 3) полная АВ-блокада
- 4) АВ-блокада II степени

79. ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- 1) недостаточностью аортального клапана
- 2) недостаточностью трехстворчатого клапана
- 3) стенозом митрального отверстия
- 4) стенозом устья аорты

81. БОЛЬШОЕ ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ И ШУМ ДЮРОЗЬЕ НА СОСУДАХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) митрального стеноза
- 2) недостаточности аортального клапана
- 3) субаортального стеноза
- 4) тетрады фалло

82. В ОСНОВЕ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЛЕЖИТ

- 1) стенозирующий атеросклероз коронарных артерий
- 2) спазм коронарных артерий

- 3) тромбоз коронарных артерий
- 4) повышение потребности миокарда в кислороде

83. СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) заднего инфаркта миокарда
- 2) инфаркта межжелудочковой перегородки
- 3) инфаркта миокарда боковой стенки
- 4) передне-перегородочного инфаркта миокарда

84. ПРИ РАЗРЫВЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

- 1) внезапно развивается правожелудочковая недостаточность
- 2) развивается анемия
- 3) появляется шум трения перикарда

85. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА НАЗНАЧАЮТ

- 1) допамин или добутамин
- 2) строфантин или дигоксин
- 3) антагонисты кальция

86. ИЗМЕНЕНИЕ НА ЭКГ, КОТОРОЕ МАСКИРУЕТ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА – ЭТО

- 1) блокада правой ножки пучка Гиса
- 2) атриовентрикулярная блокада с периодами Венкебаха
- 3) полная атриовентрикулярная блокада
- 4) блокада левой ножки пучка Гиса

87. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С НАРАСТАЮЩЕЙ АНЕМИЕЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) стенокардии
- 2) инфаркта миокарда
- 3) расслоения аневризмы аорты
- 4) тромбоза легочной артерии
- 5) спонтанного пневмоторакса

88. ТИПИЧНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- 1) со сложным пороком митрального клапана
- 2) с гипертрофической кардиомиопатией
- 3) с сахарным диабетом
- 4) с остеохондрозом позвоночника

89. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НИТРОГЛИЦЕРИНА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) уменьшение преднагрузки на сердце

- 2) нарушение проводимости в миокарде
- 3) изменение силы и скорости сердечных сокращений

90. СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ПОВЫШАЮТ

- 1) бета-адреноблокаторы
- 2) средства, влияющие на метаболизм миокарда
- 3) антагонисты кальция
- 4) сердечные гликозиды

91. ДЛЯ МИОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствие боли в области сердца
- 2) наличие наследственной предрасположенности
- 3) инфекционно-аллергическая природа заболевания
- 4) начало лечения с глюкокортикоидов

92. ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- 1) с антибиотиков широкого спектра действия парентерально до получения результатов посева крови на чувствительность к антибиотикам
- 2) с глюкокортикоидов в сочетании с умеренными дозами антибиотиков широкого спектра действия
- 3) после получения результатов посева крови на чувствительность к антибиотикам
- 4) с цитостатиков в сочетании с глюкокортикоидами

93. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА АНТИБИОТИКАМИ ПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ

- 1) с пролапсом митрального клапана без регургитации
- 2) с приобретенным пороком сердца
- 3) после перенесенного миокардита
- 4) после перенесенного инфаркта миокарда

94. ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНО

- 1) замедленная гиперергическая реакция на антигены стрептококка
- 2) редкость аутоиммунных реакций
- 3) наличие аутосомно-доминантной наследственности для развития заболевания
- 4) возникновение заболевания в любом возрасте

95. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЭЛА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) эуфиллин
- 2) папаверин
- 3) ривароксабан

96. ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ АРТЕРИЙ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) пролиферация клеток интимы
- 2) разрастание соединительной ткани
- 3) образование липидного ядра

97. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) нитраты
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) антагонисты кальция
- 4) ингибиторы АПФ

98. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ – ЭТО

- 1) поражение крупных суставов – полиартрит
- 2) стоматит
- 3) эзофагит

99. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОМ МИОКАРДИТЕ – ЭТО

- 1) увеличение СОЭ и появления С-реактивного белка
- 2) положительный ревматоидный фактор
- 3) септициемия

100. ЭПИСТЕНОКАРДИТИЧЕСКИЙ ПЕРИКАРДИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) инфекционном эндокардите
- 2) трансмуральном инфаркте миокарда
- 3) дилатационной кардиомиопатии
- 4) стенокардии напряжения
- 5) инфекционно-аллергическом миокардите

101. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫВОДЯЩЕГО ТРАКТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) бета-адреноблокаторы
- 2) нитраты
- 3) амиодарон
- 4) сердечные гликозиды

102. У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) левожелудочковая недостаточность
- 2) изолированная правожелудочковая недостаточность
- 3) диастолическая недостаточность



103. В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1) диуретики
- 2) дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
- 3) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 4)  $\beta$ -адреноблокаторы

105. НЕРАЦИОНАЛЬНЫМИ КОМБИНАЦИЯМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)  $\beta$ -адреноблокаторы и антагонисты кальция дигидропиридинового ряда
- 2)  $\beta$ -адреноблокаторы и диуретики
- 3) ингибиторы АПФ и диуретики
- 4)  $\beta$ -адреноблокаторы и антагонисты кальция недигидропиридинового ряда
- 5) антагонисты кальция и ингибиторы АПФ

106. НАИБОЛЕЕ АТЕРОГЕННЫМИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ФРИДЕРИКСЕНА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) I и V типы
- 2) II и III типы
- 3) I и IV типы
- 4) IV и V типы

107. ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) I стадии гипертонической болезни
- 2) II стадии гипертонической болезни
- 3) III стадии гипертонической болезни

108. ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) утолщение межжелудочковой перегородки
- 2) локальное сокращение сократительной способности миокарда
- 3) диффузное снижение сократительной способности миокарда

109. ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

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

110. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В ПЕРВЫЕ 2 ЧАСА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИМЕНЯЮТ

- 1) пентоксифиллин
- 2) курантил

- 3) варфарин
- 4) тромболитическую терапию или первичное чрескожное коронарное вмешательство

111. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПРИМЕНЯЮТ

- 1) ацетилсалициловую кислоту и блокатор P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов
- 2) тромболитическую терапию
- 3) варфарин
- 4) пентоксифиллин

112. ДОСТОВЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭХО-КГ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- 1) гипертрофической и дилатационной кардиопатиях
- 2) стабильной стенокардии
- 3) дистрофии миокарда

113. ВТОРИЧНУЮ ГИПЕРЛИПИДЕМИЮ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) гипертиреоз
- 2) сахарный диабет
- 3) бронхиальная астма

114. КРИТЕРИЕМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипертрофия и дилатация правого желудочка
- 2) легочная гипертензия
- 3) гипертрофия левого желудочка

115. ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) хронической обструктивной болезни легких
- 2) перенесенной ранее пневмонии
- 3) хронической ишемической болезни сердца

116. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию легких
- 2) спирографию легких
- 3) коронароангиографию

117. ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ

- 1) наличии подъема сегмента ST более 0,1 mV, как минимум в 2-х последовательных грудных отведениях или в 2-х отведениях от конечностей, если время от начала ангинозного приступа не превышает 12 часов
- 2) появлении отрицательного зубца «Т»
- 3) остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST

118. В ОСНОВЕ ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ

- 1) критическое уменьшение сердечного выброса
- 2) застой крови в малом круге кровообращения
- 3) резкое снижение объема циркулирующей крови

119. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОКС НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ

- 1) тропонинов
- 2) АСТ и АЛТ
- 3) ЛДГ

120. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МАРКЕРОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1) общей КФК
- 2) МВ-фракции КФК
- 3) аминотрансфераз
- 4) сердечных тропонинов

121. СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА – ЭТО

- 1) разрыв межжелудочковой перегородки
- 2) разрыв межпредсердной перегородки
- 3) отрыв сосочковой мышцы и развитие недостаточности митрального клапана
- 4) аутоаллергическая реакция развивающаяся после инфаркта миокарда
- 5) внезапное появление полной атриовентрикулярной блокады

122. УСИЛЕНИЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ГЛУБОКОМ ДЫХАНИИ, КАШЛЕ, ГЛОТАНИИ И В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) нестабильной стенокардии
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) острого перикардита
- 4) остеохондроза грудного отдела позвоночника
- 5) спазма пищевода

123. ВНЕЗАПНОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОДЫШКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) расслаивающейся аневризмы аорты
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) острого плеврита
- 4) острого перикардита

124. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) сочетание бета-адреноблокаторов, нитратов и антагонистов кальция
- 2) только бета-адреноблокаторы
- 3) назначение только кардиопротекторов (триметазидина)
- 4) монотерапию гиполипидемическими препаратами

125. ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) верапамила
- 2) новокаинамида
- 3) дигоксина
- 4) лидокаина

126. УМЕНЬШЕНИЕ ПРЕДНАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ

- 1) расширения периферических вен
- 2) расширения артерий
- 3) спазма капилляров

127. ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

- 1) характерна связь болей с изменением конечной части желудочкового комплекса ЭКГ
- 2) выявляется хороший эффект нестероидных противовоспалительных препаратов при болях
- 3) болевой приступ купируется приемом статинов

128. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ

- 1) повышают сократимость миокарда
- 2) снижают потребность миокарда в кислороде (удлиняют диастолу, урежают ЧСС)
- 3) повышают активность ренина в плазме
- 4) повышают потребность миокарда в кислороде

129. СОДЕРЖАНИЕ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

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

130. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) тромбоемболический синдром
- 2) изменения острофазовых показателей крови
- 3) иммунодефицитные состояния

131. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНА ТОЛЩИНА СТенок ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

- 1)  $> 12$  мм
- 2) и межжелудочковой перегородки  $< 12$  мм
- 3)  $< 8$  мм

132. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

- 1) внезапная смерть вследствие нарушений ритма
- 2) инфаркт миокарда
- 3) тромбоемболия легочной артерии
- 4) острое нарушение мозгового кровообращения

133. ВЫРАЖЕННАЯ АСИММЕТРИЯ СОСУДИСТОЙ ФАЗЫ РЕНОГРАФИЧЕСКИХ КРИВЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАДИОИЗОТОПНОЙ РЕНОГРАФИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) синдрома Конна
- 2) хронического пиелонефрита
- 3) реноваскулярной артериальной гипертензии
- 4) гипертонической болезни
- 5) хронической почечной недостаточности

134. НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДАЮТ

- 1) центральные симпатолитики
- 2) антагонисты кальция
- 3)  $\beta$ -адреноблокаторы
- 4) ингибиторы АПФ и БРА

135. АКТИВНОСТЬ РЕНИНА УСИЛИВАЕТ

- 1) клофелин
- 2) допегит
- 3) пропранолол
- 4) нифедипин
- 5) фуросемид

136. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ, ПОКАЗАН

- 1) пропранолол
- 2) верапамил
- 3) миноксидил
- 4) празозин

137. БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОДАГРОЙ ПРОТИВОПОКАЗАН

- 1) эналаприл
- 2) пропранолол
- 3) гипотиазид
- 4) рилменидин
- 5) нифедипин

138. ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОСИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НАД ВЕРХУШКОЙ СЕРДЦА ОДНОВРЕМЕННО С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) разрыва межжелудочковой перегородки
- 2) расслаивающей аневризмы аорты
- 3) отрыва сосочковой мышцы
- 4) эмболии легочной артерии

139. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сифилис
- 2) ревматизм
- 3) туберкулез
- 4) системные заболевания соединительной ткани
- 5) травма грудной клетки

140. ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие атеросклероза в сосудах при коронарографии
- 2) наличие очагов фиброза в миокарде
- 3) гипертрофия левого желудочка преобладает над дилатацией

141. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) систолический шум "изгнания" на верхушке и в точке Боткина
- 2) диастолический шум вдоль левого края грудины
- 3) систолический шум над сонными артериями
- 4) шум трения перикарда

142. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ

- 1) верапамила
- 2) метопролола
- 3) нитратов

143. ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПРОТЕЗА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МЕХАНИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ ТЕРАПИЯ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) в течение 1 месяца
- 2) в течение 1 года
- 3) в течение 10 лет
- 4) пожизненно

144. ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ БОЛЕВОМУ СИНДРОМУ СВОЙСТВЕННО

- 1) зависимость боли от дыхания, изменения положения тела, глотания
- 2) уменьшение боли после приема нитроглицерина
- 3) кратковременные колющие боли продолжительностью 3-5 мин

145. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) тромбоэмболия в сосуды головного мозга
- 2) прогрессирующая почечная недостаточность
- 3) разрыв миокарда

146. УСИЛЕНИЕ I ТОНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) недостаточности митрального клапана
- 2) недостаточности трикуспидального клапана
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) стенозе митрального клапана
- 5) стенозе устья аорты

147. УМЕНЬШЕНИЕ ПОСТНАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ

- 1) расширения периферических вен
- 2) уменьшения притока крови к правому предсердию
- 3) расширения артерий

148. ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1) аортальном стенозе
- 2) митральном стенозе
- 3) пролапсе митрального клапана
- 4) постинфарктном кардиосклерозе

149. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОРАЖЕНИЕМ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1) периферические вазодилататоры – нитраты
- 2) антикоагулянты и антиагреганты
- 3) эуфиллин в/в

150. АВ–БЛОКАДА II-III СТЕПЕНИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1) как правило, носит преходящий характер и при современном уровне оказания лечебной помощи имеет относительно благоприятный прогноз
- 2) часто является причиной смерти больных, вызывая фибрилляцию желудочков
- 3) обычно сопровождается выраженными нарушениями гемодинамики, вплоть до кардиогенного шока

151. АВ-БЛОКАДА II-III СТЕПЕНИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1) как правило, носит преходящий характер и редко вызывает существенные изменения гемодинамики
- 2) развивается на уровне системы Гиса-Пуркинье у больных с массивным поражением миокарда
- 3) часто вызывает фибрилляцию желудочков

152. О КРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ

- 1) удлинение интервала PQ
- 2) депрессия сегмента ST 2 мм и более
- 3) появление предсердной экстрасистолии
- 4) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса
- 5) реверсия негативного зубца T

153. ИНФАРКТОПОДОБНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ

- 1) перикардите
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) гипертонической болезни

154. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) энтерококк
- 2) зеленящий стрептококк
- 3) вирусы



- 4) пневмококк
- 5) гемолитический стрептококк группы "А"

155. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

- 1) наиболее часто поражается аортальный клапан
- 2) наблюдается полиартрит
- 3) часто поражается миокард и перикард

156. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) протеинурия
- 2) резкое повышение уровня сердечных тропонинов
- 3) высокие титры антистрептолизина О

157. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ДАННЫМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОМ МИОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение активности ЛДГ, креатинкиназы
- 2) повышение активности сердечных тропонинов
- 3) положительный тест дегрануляции базофилов

158. ПРИ МИОКАРДИТЕ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) изменения конечной части желудочкового комплекса
- 2) появление зубца Q
- 3) полная блокада левой ножки пучка Гиса

159. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ СРЕДСТВАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ненаркотические и наркотические анальгетики
- 2) нитроглицерин и нитраты пролонгированного действия
- 3) спазмолитики
- 4) нестероидные противовоспалительные препараты
- 5) цитостатики

160. ПРИ КОНСТРИКТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ

- 1) артериальное и венозное давление практически не изменяются
- 2) артериальное и венозное давление повышается
- 3) артериальное давление снижено, венозное повышено
- 4) артериальное давление повышено, венозное снижено
- 5) характерно снижение АД и венозного давления

161. ПРЕДИКТОРАМИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) желудочковые аритмии высоких градаций
- 2) появление комплекса Qr или Qs

3) фибрилляция предсердий

162. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ДОЛЖНО БЫТЬ НАПРАВЛЕНО НА

- 1) повышение преднагрузки
- 2) снижение постнагрузки
- 3) повышение постнагрузки

163. ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТСУТСТВУЕТ

- 1) обструкция выходного тракта левого желудочка
- 2) асимметричная гипертрофия перегородки
- 3) аневризма области верхушки
- 4) гипертрофия области верхушки

164. ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- 1) выявления желудочковой тахикардии как фактора риска внезапной коронарной смерти
- 2) определения толерантности к физической нагрузке
- 3) определения степени инвалидности
- 4) определения скрытой коронарной недостаточности

165. ПРИ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) нарушение диастолической функции левого желудочка (рестриктивный тип диастолического наполнения при доплеровской ЭХОКГ)
- 2) дилатация всех полостей сердца
- 3) экссудативный перикардит

166. МАКСИМАЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) I типе Фридериксена
- 2) IIА типе Фридерексина
- 3) IV типе Фридерексина
- 4) V типе Фридерексина

167. НА ЭКГ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1) признаки гипертрофии левого желудочка
- 2) признаки гипертрофии правого желудочка и левого предсердия
- 3) полная блокада ЛНПГ
- 4) неполная блокада ПНПГ

168. СТЕНОЗ УСТЬЯ АОРТЫ ПРИВОДИТ К

- 1) повышению систолического давления в аорте
- 2) повышению систолического давления в левом желудочке
- 3) легочной гипертензии
- 4) увеличению минутного объема сердца

169. ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ВЫПОТЕ В ПЕРИКАРД ЗАВИСИТ В ОСНОВНОМ ОТ

- 1) количества выпота
- 2) тяжести основного заболевания
- 3) быстроты появления выпота
- 4) присутствия крови жидкости

170. ВЕТА1-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В

- 1) ренин-секретирующей ткани почек
- 2) ЖКТ, матке
- 3) поджелудочной железе

171. ЭНДОКАРДИТ ЛИБМАНА-САКСА – ЭТО

- 1) бактериальный эндокардит
- 2) эндокардит при системной красной волчанке
- 3) ревматический эндокардит
- 4) терминальный эндокардит

172. ДЛЯ ТИПИЧНОГО ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) чувство дискомфорта в области сердца, возникающее при физической или психоэмоциональной нагрузке, длящееся по 2 часа и не купируемое нитроглицерином
- 2) длительные боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, не связанные с физической нагрузкой
- 3) колющие боли в области сердца, связанные с дыханием
- 4) жгучие боли в области сердца при подъеме на 1 этаж

## РАЗДЕЛ 3 ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Выбрать один правильный ответ.

### 1. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ ГКС

- 1) следует назначать всем больным с обострением ХОБЛ
- 2) не назначаются
- 3) показаны при  $ОФВ1 < 50\%$  от должных величин
- 4) назначают длительно (более 2 недель) до улучшения состояния

### 2. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ ФАКТОРАМИ РИСКА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ, КОТОРЫЕ УЧИТЫВАЮТСЯ ПРИ ВЫБОРЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возраст  $< 65$  лет
- 2) наличие 1 обострения в год
- 3) прием за последние 3 мес. АМП  $\geq 2$  дней
- 4) наличие пневмонии в анамнезе

### 3. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1) симптомы контролируются пациентом путем увеличения объема обычной терапии
- 2) симптомы требуют дополнительного лечения (АБП или ГКС)
- 3) требуется госпитализация в стационар

### 4. ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ ГРУППЫ "С" СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)  $\beta 2$ -агонистов короткого действия по потребности
- 2) М-холинолитиков короткого действия по потребности
- 3) ингаляционных глюкокортикостероидов
- 4) М-холинолитиков длительного действия и/или комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов и  $\beta 2$ -агонистов длительного действия
- 5)  $\beta 2$ -агонистов длительного действия

### 5. У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ ГРУППЫ "С" ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) низкий риск обострений (частота обострений  $\leq 1$  раз/год)
- 2) выраженная клиническая симптоматика
- 3) высокий риск обострений (частота обострений  $\geq 2$  раз/год)

### 6. У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ ГРУППЫ "А" ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) невыраженная симптоматика заболевания
- 2) выраженная клиническая симптоматика
- 3) высокий риск обострений (частота обострений  $\geq 2$  раз/год)

7. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДЛЯ ХОБЛ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) высокое стояние диафрагмы
- 2) гиперпрозрачность легочных полей
- 3) напряженный пневмоторакс
- 4) наличие очагов инфильтрации

8. ЛЕГОЧНЫМИ ПРИЧИНАМИ ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) БА
- 2) плеврит
- 3) ИБС
- 4) заболевания почек

9. ДОСТОВЕРНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС КУРЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА

- 1) 5 пачка/лет
- 2) 10 пачка/лет и выше
- 3) 15 пачка/лет и выше
- 4) 20 пачка/лет и выше

10. ОСНОВНЫМ НЕОБРАТИМЫМ МЕХАНИЗМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперсекреция слизи
- 2) спазм гладкой мускулатуры дыхательных путей
- 3) коллапс мелких бронхов и облитерация бронхиол
- 4) гипертрофия реснитчатого эпителия

11. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) "кашлевой анамнез" 3 месяца подряд в течение не менее 2 лет
- 2) жесткое везикулярное дыхание
- 3) сухие высокие хрипы на выдохе

12. ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ БРОНХОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ВЫРАЖАЮТСЯ В

- 1) уменьшение бокаловидных клеток
- 2) метаплазии мерцательного эпителия
- 3) гипертрофии мерцательного эпителия

13. В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА, ОБЛАДАЮЩЕГО МУКОЛИТИЧЕСКИМ И АНТИОКСИДАНТНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ, РЕКОМЕНДОВАН

- 1) термопсис
- 2) карбоцистеин
- 3) кодеин
- 4) аскорил

14. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ

- 1) в осенне-зимний период
- 2) длительно
- 3) при 3 типе обострения
- 4) при 1-2 типе обострения с выделением гнойной мокроты
- 5) при появлении кровохарканья

15. ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ БРОНХИОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кашель
- 2) боли в грудной клетке
- 3) одышка

16. ХОБЛ ЧАСТО СОПУТСТВУЮТ

- 1) заболевания сердечно-сосудистой системы
- 2) системные заболевания соединительной ткани
- 3) болезни почек

17. СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ХОБЛ И ПРОВЕСТИ СПИРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У ЛИЦ СТАРШЕ 40 ЛЕТ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1) повторных случаев пневмонии в анамнезе
- 2) одышки, хронического кашля, хронического отхождения мокроты, факторов риска (курение, дым кухни, профессиональные вредности), семейного анамнеза ХОБЛ
- 3) болей в грудной клетке

18. ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ПРИЧИНАМИ ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 2) грипп
- 3) панкреатит
- 4) заболевания почек

19. ХАРАКТЕРНЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХОБЛ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) увеличение ОФВ1
- 2) снижение индекса Тиффно
- 3) полная обратимость бронхиальной обструкции

20. ДЛЯ БРОНХИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХОБЛ ХАРАКТЕРНО

- 1) кашель > одышки
- 2) одышка > кашля
- 3) гиперинфляция легких резко выражена
- 4) отсутствие кашля с гиперсекрецией мокроты
- 5) частое наличие кахексии

21. ДЛЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА (ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ АСТМЫ) ХАРАКТЕРНО

- 1) резистентность к терапии бронходилататорами
- 2) обязательное наличие дистанционных хрипов
- 3) наличие мелкопузырчатых влажных хрипов над нижним отделом легких

22. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТИПИЧНО

- 1) преимущественно сухой кашель, мокрота скудная, вязкая, с трудом откашливается в конце приступа удушья
- 2) кашель на протяжении всего приступа удушья с отхождением большого количества слизисто-гнойной мокроты
- 3) наличие пенистой мокроты розового цвета
- 4) отхождение кровянистой мокроты

23. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1) ретроспективно по объему терапии, который требуется для контроля симптомов и обострений
- 2) по уровню контроля

24. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1) дневных симптомов реже 2 раз в неделю
- 2) достижения хорошего контроля БА на фоне терапии, соответствующей 3 шагу
- 3) ОФВ1 и ПСВ < 60% от должной или наилучшей
- 4) вариабельности ОФВ1 и ПСВ < 30%
- 5) вариабельности ОФВ1 и ПСВ 20-30%

25. АТРОВЕНТ (ИПРАТРОПИУМ БРОМИД) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неселективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия
- 2) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия
- 3) ингаляционным глюкокортикостероидом
- 4) М-холинолитиком
- 5) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов длительного действия

26. МОНТЕЛУКАСТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия
- 2) ингаляционным глюкокортикостероидом
- 3) М-холинолитиком
- 4) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов длительного действия
- 5) блокатором лейкотриеновых рецепторов

27. САЛЬБУТАМОЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неселективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия
- 2) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов короткого действия
- 3) ингаляционным глюкокортикостероидом
- 4) М-холинолитиком
- 5) селективным агонистом  $\beta_2$ -адренорецепторов длительного действия

28. ЭФФЕКТ СТЕРОИДОВ, ВВЕДЕННЫХ ПАРЕНТЕРАЛЬНО ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ (ТЯЖЕЛОМ ОБОСТРЕНИИ БА), ПРОЯВИТСЯ

- 1) немедленно
- 2) не ранее, чем через 1-3 часа

29. ПРИ ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ АСТМЕ НАЗНАЧЕНИЕ ИГКС

- 1) не требуется никогда
- 2) требуется при наличии факторов риска обострений

30. К СЕЛЕКТИВНЫМ  $\beta_2$ -АГОНИСТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) беротек (фенотерол)
- 2) астмопент (орципреналин)
- 3) атровент
- 4) тиотропиум бромид

31. МОНОТЕРАПИЯ НИЗКИМИ ДОЗАМИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ВЫБОРА ПОКАЗАНА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

- 1) легкого персистирующего течения
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелого течения

32. ОСНОВУ ДОЛГОСРОЧНОГО (БАЗИСНОГО) ЛЕЧЕНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) ингаляционные симпатомиметики короткого действия
- 2) ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты длительного действия в монотерапии
- 3) ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)
- 4) ингаляционные холинолитики длительного действия
- 5) блокаторы  $H_1$ -рецепторов гистамина



33. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ С МЕТАХОЛИНОМ
- 1) является специфичным только для БА
  - 2) свидетельствует о наличии бронхиальной гиперреактивности
34. ИНДЕКС ТИФФНО – ЭТО
- 1) ОФВ1/ЖЕЛx100%
  - 2) МОД/ЖЕЛx100%
  - 3) ЖЕЛ/ФЖЕЛx100%
35. О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТОВ
- 1) приступообразной экспираторной одышки
  - 2) с одышкой при перемене положения тела
  - 3) постоянной инспираторной одышкой
36. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА P.AERUGINOSA ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) β-лактамы (цефтриаксон, цефотаксим, амоксициллин/клавулат, цефепим, эртапенем) в/в + азитромицин, кларитромицин
  - 2) пиперациллин/тазобактам или меронем + азитромицин или кларитромицин
  - 3) меронем + азитромицин
  - 4) респираторные фторхинолоны (мокси, левофлоксацин) + аминогликозид II-III поколения
37. СТАРТОВЫМИ АНТИБИОТИКАМИ ВЫБОРА ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ У ЛИЦ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И/ИЛИ ПРИНИМАЮЩИМИ ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА АНТИМИКРОБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ≥ 2 ДНЕЙ, ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) амоксициллин или макролиды внутрь
  - 2) амоксициллин/клавулат или респираторные фторхинолоны (левофлоксацин)
  - 3) цефалоспорины III поколения внутрь
  - 4) ципролет
38. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*)
  - 2) стафилококк (*Staphylococcus aureus*)
  - 3) гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*)

- 4) синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*)
- 5) легионелла (*L.pneumoniae*)

39. ПЕРКУССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ

- 1) бронхит
- 2) бронхоэктатическую болезнь
- 3) пневмоторакс
- 4) бронхиальную астму

40. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) пневмонии
- 2) гидротораксе
- 3) опухоли легкого

41. УВЕЛИЧЕНИЕ В ОБЪЕМЕ ОДНОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1) рубцовом сморщивании легкого или плевры
- 2) гидротораксе
- 3) ателектазе
- 4) ненапряженном пневмотораксе
- 5) резекции легкого

42. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ

- 1) надсадный кашель, сухие свистящие хрипы, одышка
- 2) кашель с затруднением выделения мокроты
- 3) спирали Куршмана в мокроте
- 4) наличие эозинофилов в мокроте

43. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1) воспалительного процесса
- 2) лихорадки
- 3) признаков бактериальной инфекции
- 4) вирусной инфекции
- 5) обострения заболевания

44. СТАРТОВЫМИ АНТИБИОТИКАМИ ВЫБОРА ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ У ЛИЦ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НЕ ПРИНИМАЮЩИХ ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА АНТИМИКРОБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ  $\geq 2$  ДНЕЙ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) амоксициллин или макролиды внутрь

- 2) амоксициллин/клавулат или респираторные фторхинолоны (левофлоксацин)
- 3) цефалоспорины III поколения внутрь
- 4) ципролет

45. СТАРТОВЫМИ АНТИБИОТИКАМИ ВЫБОРА ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)  $\beta$ -лактамы (ампициллин парентерально, цефтриаксон, цефотаксим) + макролид
- 2) пенициллин + гентамицин
- 3) цефоперазон + макролид
- 4) меронем + макролид

46. КРИТЕРИЯМИ ПЕРЕХОДА С ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО НА ПЕРОРАЛЬНЫЙ ПРИЕМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ (СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ) ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нормальная температура тела ( $<37,5^{\circ}\text{C}$ ) при двух измерениях с интервалом 8 ч
- 2) нормальная температура тела в течение 48-72 часов
- 3) уменьшение объема легочной инфильтрации при рентгенологическом исследовании
- 4) уменьшение количества мелкопузырчатых хрипов при аускультации

47. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) пневмотахометрия, спирография
- 2) реопульмонография
- 3) пульсоксиметрия

48. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ

- 1) ингаляционные пробы с метахолином, гистамином или холодным воздухом
- 2) ингаляционные пробы с  $\beta$ -2-симпатомиметиками
- 3) определение концентрации окиси азота в выдыхаемом воздухе
- 4) перфузионная сцинтиграфия легких с  $^{133}\text{Xe}$
- 5) реопульмонография

49. ПРИРОСТ ОБЪЕМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1с (ОФВ1) БОЛЕЕ ЧЕМ НА 12% (200МЛ) ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ 400 МКГ В-2-СИМПАТОМИМЕТИКА (САЛЬБУТАМОЛА) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА

- 1) гиперреактивности бронхов
- 2) рестриктивных изменений легочной функции

- 3) обратимой бронхиальной обструкции
- 4) необратимой бронхиальной обструкции

50. О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ТЕСТ ТИФФНО (ОФV1/ЖЕЛ)

- 1) 115%
- 2) 100%
- 3) 90%
- 4) более 85%
- 5) менее 70%

51. УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ И МОКРОТЕ

- 1) указывает на атопическую природу БА
- 2) не всегда указывает на атопическую природу БА

52. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАРУШЕНИЯМИ ЛЕГОЧНОЙ ФУНКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) рестриктивные расстройства внешнего дыхания
- 2) обратимая бронхиальная обструкция
- 3) стойкая бронхиальная обструкция

53. ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕОБХОДИМО ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЛИЧИЕ

- 1) клинических проявлений респираторного дискомфорта (приступы удушья, кашля, одышки, свистящее дыхание), которые варьируются по времени суток и по интенсивности
- 2) наличие положительной пробы с метахолином

54. К ИНГАЛИРУЕМЫМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) будесонид
- 2) беротек
- 3) дексаметазон
- 4) беродуал

55. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

- 1) обладают противовоспалительным действием
- 2) снимают приступы удушья

56. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ДЕЙСТВУЮТ НА

- 1) позднюю фазу аллергической реакции
- 2) развитие немедленного бронхоспазма

57. СРЕДНЯЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БУДЕСониДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 200-400 мкг
- 2) 400-800 мкг
- 3) более 800 мкг

58. МЕСТНЫМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ СТЕРОИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кандидоз полости рта
- 2) недостаточность коры надпочечников
- 3) остеопороз
- 4) гипергликемия

59. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН

- 1) периодически принимать противогрибковые препараты
- 2) обрабатывать полость рта противогрибковыми мазями
- 3) полоскать рот водой или содовым раствором после ингаляции препаратов
- 4) делать профилактические перерывы в лечении этими препаратами

60. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСТМЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ БРОНХОЛИТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) теофедрин
- 2) астмопент (орципреналин)
- 3) теofilлин (аминофиллин)
- 4) беродуал

61. КОМБИНАЦИЕЙ ВЫБОРА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА III-IV СТУПЕНЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)  $\beta_2$ -агонисты короткого действия + ИГКС
- 2) эуфиллин внутривенно вечером + ИГКС
- 3) пролонгированные теofilлины + ИГКС
- 4)  $\beta_2$ -агонисты пролонгированного действия + ИГКС

62. М-ХОЛИНОЛИТИК СОДЕРЖИТ

- 1) беродуал
- 2) симбикорт
- 3) тевакомб

63. ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мощная бронхорасширяющая терапия

- 2) применение седативных препаратов
- 3) применение отхаркивающих препаратов

64. ИЗАДРИН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неселективным агонистом  $\beta$ 2-адренорецепторов короткого действия
- 2) селективным агонистом  $\beta$ 2-адренорецепторов короткого действия
- 3) ингаляционным глюкокортикостероидом
- 4) М-холинолитиком
- 5) селективным агонистом  $\beta$ 2-адренорецепторов длительного действия

65. СЕРЕВЕНТ (САЛЬМЕТЕРОЛ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неселективным агонистом  $\beta$ 2-адренорецепторов короткого действия
- 2) селективным агонистом  $\beta$ 2-адренорецепторов короткого действия
- 3) ингаляционным глюкокортикостероидом
- 4) М-холинолитиком
- 5) селективным агонистом  $\beta$ 2-адренорецепторов длительного действия

66. ФЛИКСОТИД (ФЛУТИКАЗОН) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неселективным агонистом  $\beta$ 2-адренорецепторов короткого действия
- 2) селективным агонистом  $\beta$ 2-адренорецепторов короткого действия
- 3) ингаляционным глюкокортикостероидом
- 4) М-холинолитиком
- 5) селективным агонистом  $\beta$ 2-адренорецепторов длительного действия

67. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сопутствующая тяжелая сердечно-сосудистая патология
- 2) дневные симптомы (чаще 2 раз в месяц)
- 3) пробуждения в связи с БА чаще, чем 1 раз в 2 месяца

68. ЛЕГКАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, КОТОРАЯ КОНТРОЛИРУЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕРАПИИ

- 1) степени 1
- 2) степени 2
- 3) степени 1 и 2

69. ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ПРИ КОТОРОЙ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ КОНТРОЛЯ ТРЕБУЕТСЯ ТЕРАПИЯ

- 1) степени 3
- 2) степени 5
- 3) степени 4 и 5

70. КРИТЕРИЯМИ КОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дневные симптомы ( $\leq 2$  раза в неделю)
- 2) редкие ночные пробуждения из-за симптомов астмы
- 3) ОФВ1 и ПСВ  $< 80\%$  от должной
- 4) ОФВ1 и ПСВ 60-80% от должной

71. ОЦЕНКА И МОНИТОРИНГ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ

- 1) постановки диагноза БА
- 2) коррекции терапии БА
- 3) подтверждения диагноза БА

72. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) развитие в пожилом возрасте
- 2) сочетание с другими атопическими заболеваниями
- 3) понижение уровня иммуноглобулинов класса E
- 4) отсутствие эозинофилии крови

73. ОСЛОЖНЕНИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МОГУТ БЫТЬ

- 1) астматический статус
- 2) острая левожелудочковая недостаточность
- 3) плевриты

74. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ

- 1) сальметерол
- 2) симбикорт
- 3) формотерол

75. В ЛЕЧЕНИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ОБЯЗАТЕЛЬНО СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

- 1) инфузионную терапию
- 2) частые ингаляции  $\beta 2$ -агонистов
- 3) антибиотики
- 4) отхаркивающие препараты

76. ДЛЯ ЭМФИЗЕМАТОЗНОЙ ФОРМЫ ХОБЛ ХАРАКТЕРНО

- 1) одышка  $>$  кашля
- 2) отсутствие гиперинфляции
- 3) наличие ожирения
- 4) цвет кожи и слизистых диффузно-синий

77. ПРИ ОЦЕНКЕ ХОБЛ УЧИТЫВАЮТСЯ ДАННЫЕ СПИРОМЕТРИИ, ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ, А ТАКЖЕ

- 1) наличие в анамнезе пневмонии
- 2) кашлевой анамнез
- 3) частота обострений в предшествующем году

78. У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ ГРУППЫ "С" ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) низкий риск обострений (частота обострений  $\leq 1$  раз/год)
- 2) выраженная клиническая симптоматика
- 3) высокий риск обострений (частота обострений  $\geq 2$  раз/год)

79. У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ ГРУППЫ "D" ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) скудная симптоматика заболевания
- 2) низкий риск обострений (частота обострений  $\leq 1$  раз/год)
- 3) высокий риск обострений (частота обострений  $\geq 2$  раз/год)

80. ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ ГРУППЫ "А" СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)  $\beta_2$ -агонистов короткого действия по потребности и М-холинолитиков короткого действия
- 2) ингаляционных глюкокортикостероидов
- 3) М-холинолитиков длительного действия
- 4)  $\beta_2$ -агонистов длительного действия
- 5) комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов и  $\beta_2$ -агонистов длительного действия

81. ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ ГРУППЫ "В" СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)  $\beta_2$ -агонистов короткого действия по потребности
- 2) М-холинолитиков короткого действия по потребности
- 3) ингаляционных глюкокортикостероидов
- 4) М-холинолитиков и/или  $\beta_2$ -агонистов длительного действия
- 5) комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов и  $\beta_2$ -агонистов длительного действия

82. ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ ГРУППЫ "D" СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)  $\beta_2$ -агонистов короткого действия по потребности
- 2) М-холинолитиков короткого действия по потребности
- 3) М-холинолитиков длительного действия и/или комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов и  $\beta_2$ -агонистов длительного действия
- 4)  $\beta_2$ -агонистов длительного действия



83. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХОБЛ С ЧАСТЫМИ ( $\geq 2$  РАЗА В ГОД) ОБОСТРЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) тиотропиум бромид или комбинация (ИГКСЛАВА)
  - 2) пролонгированные теофиллины
  - 3) сальбутамол
84. ПРИ ЛЕГКОМ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ
- 1) симптомы контролируются пациентом путем увеличения объема обычной терапии
  - 2) симптомы требуют дополнительного лечения (АБП или ГКС) в амбулаторных условиях
  - 3) требуется госпитализация в стационар
85. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ
- 1) симптомы контролируются пациентом путем увеличения объема обычной терапии
  - 2) симптомы требуют дополнительного лечения (антибиотики, глюкокортикостероиды) в амбулаторных условиях
  - 3) требуется госпитализация в стационар
86. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) введение хлористого кальция
  - 2) введение аминокaproновой кислоты
  - 3) введение викасола и витамина С
  - 4) управляемая артериальная гипотония
87. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ С ФАКТОРАМИ РИСКА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ К НЕЙ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ
- 1) амоксициллин
  - 2) новые макролиды (азитромицин, кларитромицин, джозамицин)
  - 3) амоксициллин/клавуланат и респираторные фторхинолоны (моксифлоксацин, левофлоксацин, гемифлоксацин)
  - 4) ципрофлоксацин
88. ПРИ ПРОСТОМ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ К НЕЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ
- 1) амоксициллин и новые макролиды (азитромицин, кларитромицин, джозамицин)
  - 2) амоксициллин/клавуланат

- 3) моксифлоксацин
- 4) левофлоксацин
- 5) ципрофлоксацин

89. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ С ФАКТОРАМИ РИСКА СИНЕГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ, ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ К НЕЙ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) амоксициллин
- 2) кларитромицин
- 3) ципрофлоксацин и левофлоксацин

90. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) клиническая стабилизация через 48-72 ч после начала АБТ ( $t < 37,5$  град. С, ЧСС  $< 100$ /мин, Адсис  $> 90$  мм рт.ст, ЧД  $< 24$ /мин, Sat  $> 90$ )
- 2) уменьшение объема инфильтрации легочной ткани
- 3) уменьшение количества мелкопузырчатых хрипов при аускультации

91. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ В МИНУТУ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 16-20
- 2) 21-25
- 3) 26-30
- 4) более 30

92. ОЦЕНКА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИГОДНОСТИ МОКРОТЫ ВАЖНА ПРИ

- 1) бактериальном исследовании
- 2) культуральном исследовании на МБТ, грибы, вирусы

93. ПРИ СИНДРОМЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (ОПЛОТНЕНИИ) ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) усиление голосового дрожания.
- 2) ослабление голосового дрожания
- 3) сухие высокие хрипы

94. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

- 1) нарушения бронхиальной проходимости
- 2) уплотнения легочной ткани
- 3) повышенной воздушности легочной ткани
- 4) скопления жидкости в плевральной полости (над областью расположения жидкости)
- 5) синдроме скопления газа в полости плевры

95. АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) нарушение соотношения вдоха и выдоха в сторону удлинения последнего
- 2) влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких
- 3) крепитацию преимущественно в нижних отделах легких

96. О КЛИНИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ВЫДЕЛЕННОГО МИКРООРГАНИЗМА ИЗ МОКРОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ КОЕ/мл

- 1)  $> 10^2$
- 2)  $> 10^3$
- 3)  $> 10^4$
- 4)  $> 10^6$
- 5)  $> 10^8$

97. КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОБХОДИМА ДЛЯ

- 1) идентификация этиологического агента
- 2) определения прогноза течения инфекционного процесса
- 3) определения показаний для антибактериальной терапии

98. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ФЛОРЫ В РОТОГЛОТКЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ

- 1) длительно получавших антибактериальные препараты
- 2) в зимнее время года
- 3) молодого возраста

99. О ПРИГОДНОСТИ МОКРОТЫ ДЛЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ СЛУЩЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК

- 1) более 25 в п/з
- 2) менее 10 в п/з

100. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) расширение тени сосудов корня и обеднение сосудистого рисунка легкого, высокое стояние купола диафрагмы
- 2) появление участка затемнения неоднородной структуры с подчеркнутым сосудистым рисунком
- 3) тень плеврального выпота и обеднение в этой зоне сосудистого рисунка

101. РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) диабетической комы
- 2) легочного кровотечения
- 3) обострения ХОБЛ
- 4) астматического статуса
- 5) шока

102. ПРИ ОБЩЕМ МИЛИАРНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОБНАРУЖЕНИЕ БК В МОКРОТЕ

- 1) обязательно
- 2) необязательно

103. РЕАКЦИЯ НА ВВЕДЕНИЕ ТУБЕРКУЛИНА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) только очаговой
- 2) местной, очаговой и общей

104. ОТРИЦАТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

- 1) тиреотоксикоз
- 2) микседема
- 3) кортико-адреналовая недостаточность – аддисонизм
- 4) диабет
- 5) акромегалия

105. ОСНОВНЫМ В ПАТОГЕНЕЗЕ СПИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) воспаление
- 2) пролиферация
- 3) иммунодефицит

106. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ РЯД САРКОИДОЗА И ЛИМФАДЕНОПАТИЙ ДРУГОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) туберкулез, микобактериозы, пневмокониозы, бруцеллез, токсоплазмоз
- 2) пневмонию, абсцесс, эмпиему плевры, бронхоэктазы
- 3) аспергиллез, гистоплазмоз, кокцидиодомикоз, бластомикоз
- 4) интерстициальную пневмонию, идиопатический фиброзирующий альвеолит
- 5) муковисцидоз, гистиоцитоз-Х, лейомиоматоз

107. СИНДРОМ ЛЕФГРЕНА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) узловатую эритему, лихорадку, суставной синдром и увеличение внутригрудных лимфатических узлов.
- 2) лихорадку, увеличение околоушных слюнных желез, увеит

- 3) паралич Белла, ознобленную волчанку и снижение ЖЕЛ
- 4) иридоциклит, лихорадку и гиперкальцемию
- 5) увеличение СОЭ, общего белка сыворотки крови и задний увеит

108. ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И ЛЕГКИХ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) II стадии саркоидоза
- 2) I стадии саркоидоза
- 3) III стадии саркоидоза
- 4) VI стадии саркоидоза
- 5) 0 стадии саркоидоза

109. НАЛИЧИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В ПЛЕВРАЛЬНОМ ВЫПОТЕ ГОВОРИТ О

- 1) длительно существующем осумкованном плеврите
- 2) хилотораксе
- 3) транссудате
- 4) гиперхолестеринемии

110. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ПЛЕВРАЛЬНОМ ВЫПОТЕ ПРЕОБЛАДАЮТ

- 1) лимфоциты
- 2) эозинофилы
- 3) нейтрофилы
- 4) эритроциты
- 5) моноциты

111. ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ ТЕНЬ СРЕДОСТЕНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СМЕЩАЕТСЯ В

- 1) здоровую сторону
- 2) сторону поражения

112. В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ

- 1) 80-90% клеток составляют нейтрофилы
- 2) обнаруживаются кристаллы холестерина
- 3) повышен титр антинуклеарных антител
- 4) 90-95% клеток составляют лимфоциты
- 5) 40-50% клеток составляют эозинофилы

113. НАЛИЧИЕ ТРАНССУДАТА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) повышения онкотического давления плазмы крови
- 2) мезотелиомы плевры

- 3) пневмонии
- 4) нефротического синдрома

114. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) очаговый туберкулез легких
- 2) ХОБЛ
- 3) бронхиальная астма легкого течения
- 4) пневмония тяжелого течения

115. ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫЯВЛЯЮТ НАЛИЧИЕ СПИДА

- 1) в течение первой недели после заражения
- 2) через 6-8 недель после заражения

116. В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У БОЛЬНОГО С СИНУСОВЫМ РИТМОМ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) диуретики
- 2) сердечные гликозиды
- 3) системные глюкокортикостероиды

117. ПРИ ПОДАЧЕ НАРКОЗА У БОЛЬНОГО С БА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ

- 1) фторотана
- 2) лидокаина
- 3) циклопропана
- 4) этрана

118. ДОКАЗАННЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА СЛИЗИСТУЮ БРОНХОВ ОБЛАДАЮТ

- 1)  $\beta_2$ -агонисты пролонгированного действия (сальметерол, форматерол)
- 2)  $\beta_2$ -агонисты короткого действия (сальбутамол, беротек)
- 3) ИГКС
- 4) холинолитики пролонгированного действия (тиатропиум бромид)

119. БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ИЛИ МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ И ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ

- 1) врожденным регионарным расширением бронхов и развитием в них воспалительно-нагноительного процесса
- 2) диффузным расширением бронхов и развитием в них воспалительного и нагноительного процесса

- 3) расширением бронхов (49 порядка) и развитием в них воспалительного и нагноительного процесса

120. МОКРОТА ПРИ ГАНГРЕНЕ ЛЕГКОГО ОБЫЧНО БЫВАЕТ

- 1) 3-слойная, с неприятным запахом верхний слой слизь, средний жидкая часть, осадок гнойно-некротические комочки
- 2) 3-слойная с неприятным запахом, верхний слой пенистый, средний мутная жидкость, осадок гнойно-некротические комочки
- 3) 2-слойная, с неприятным запахом густая гнойная с некротическим осадком

121. ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО

- 1) характером отделяемой мокроты
- 2) отграничением гнойно-деструктивного процесса от окружающих тканей

122. ГОСПИТАЛЬНЫМИ (НОЗОКОМИАЛЬНЫМИ) НАЗЫВАЮТСЯ ПНЕВМОНИИ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ

- 1) во время пребывания в стационаре независимо от срока с момента поступления
- 2) независимо от пребывания в стационаре, но вызванные полирезистентными штаммами определенных условно патогенных возбудителей, часто относимых к числу <госпитальных>
- 3) через 48 ч и более с момента поступления в стационар
- 4) вне стационара, но протекающие тяжело и требующие госпитализации

123. В СЛУЧАЕ ВЫДЕЛЕНИЯ У БОЛЬНОГО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОКРОТЫ S.AUREUS MRSA В ТИТРЕ  $10^6$  ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) оксациллин
- 2) полусинтетические пенициллины в больших дозах
- 3) цефалоспорины III поколения в сочетании с аминогликозидами
- 4) макролиды
- 5) линезолид

124. ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПНЕВМОНИИ ФРИДЛЕНДЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) молодой возраст
- 2) выраженный лейкоцитоз
- 3) слизисто-кровянистая мокрота с запахом пригорелого мяса
- 4) отсутствие интоксикации

125. ГЛУБОКОЕ РЕДКОЕ ДЫХАНИЕ С БОЛЬШИМИ ДЫХАТЕЛЬНЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ НАЗЫВАЕТСЯ ДЫХАНИЕМ

- 1) Куссмауля
- 2) Биота
- 3) Чейна-Стокса
- 4) Грокка

126. РИТМИЧНЫЕ ГЛУБОКИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ЧЕРЕДУЮТСЯ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ ПАУЗАМИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТИПЕ ДЫХАНИЯ

- 1) Куссмауля
- 2) Биота
- 3) Чейна-Стокса
- 4) Грокка

127. О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО С ДОСТОВЕРНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ В МОКРОТЕ

- 1) кристаллов Шарко-Лейден
- 2) лейкоцитов
- 3) спиралей Куршманна
- 4) эластических волокон
- 5) эритроцитов

128. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) *streptococcus pneumoniae*
- 2) *mycoplasma*
- 3) *haemophilus influenzae*

129. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) пенициллины
- 2) макролиды
- 3) цефалоспорины I-III поколения

130. ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острое начало, лихорадка, озноб
- 2) одышка, кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке
- 3) рентгенологически выявляемые на фоне инфильтрата кольцевидные, тонкостенные, не содержащие выпота полости, сохраняющие связь с бронхами



131. В СЛУЧАЕ ВЫДЕЛЕНИЯ У БОЛЬНОГО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОКРОТЫ АМПИЦИЛЛИН-РЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ H.INFLUENZA В ТИТРЕ 10<sup>в6</sup> ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) оксациллин
- 2) полусинтетические пенициллины в больших дозах
- 3) макролиды
- 4) амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам

132. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ «ПОЗДНЕЙ» НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Streptococcus pneumoniae
- 2) Haemophilus influenzae
- 3) Pseudomonas aeruginosa
- 4) Mycoplasma pn.

133. АНТИБИОТИКАМИ ВЫБОРА ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАННЕЙ (≤4-Х ДНЕЙ) НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) цефалоспорины без антисинегнойной активности (цефтриаксон, цефотаксим) или респираторные фторхинолоны
- 2) гентамицин + пенициллин
- 3) гентамицин+цефтриаксон;
- 4) цефтазидим
- 5) меропенем

134. АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЗДНЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ (НП) ИЛИ НП С ФАКТОРАМИ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) карбопенем с антисинегнойной активностью (меропенем, имипенем, до-рипенем)
- 2) гентамицин + цефтриаксон
- 3) цефотаксим+макролид
- 4) эртапенем+азитромицин

135. В ОСНОВЕ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ЛЕЖИТ

- 1) клинический принцип – выделение больным с кашлем гнойной мокроты с запахом
- 2) лабораторный принцип – обнаружение гноеродной микрофлоры в мокроте
- 3) клинико-рентгенологический принцип

136. РЕШАЮЩАЯ РОЛЬ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПОЛОСТНОЙ ФОРМЫ РАКА ЛЕГКОГО ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) клиническому методу исследования
- 2) рентгенологическому методу исследования
- 3) бронхоскопии
- 4) биопсии

137. ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПОМИМО НЕПЕРЕНОСИМОСТИ НПВП ХАРАКТЕРНЫ

- 1) полипозная риносинусопатия
- 2) рецидивирующие плевриты
- 3) рецидивирующие пульмониты

138. РАЗЛИЧИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДОЗИРОВАННОГО И ПОРОШКОВОГО ИНГАЛЯТОРОВ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В ТОМ, ЧТО

- 1) различна скорость потока лекарственных частиц
- 2) скорость потока лекарственных частиц индуцируется вдохом у порошкового ингалятора, а у дозированного компрессионным действием наполнителя

139. АНТАГОНИСТЫ ЛЕЙКОТРИЕНОВ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) при аспириновой астме, астме с ринитом, астме физического усилия как в монотерапии, так и как дополнение к ингаляционным стероидам (комбинированная терапия)
- 2) исключительно при аспириновой астме в качестве монотерапии
- 3) при аспириновой астме только в комбинации с ИГКС

140. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ БА

- 1) противопоказана
- 2) не связана с каким-либо вредом для матери и плода
- 3) может ухудшить течение БА у 1/3 случаев
- 4) связана с более вероятным появлением пороков развития у ребенка

141. ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С БА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1)  $\beta$ 2-агонисты короткого действия
- 2) ИГКС
- 3) теofilлин
- 4) лекарственные средства, содержащие йод

142. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО БА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕНИ В ВЕРХНЕЙ ДОЛЕ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

- 1) туберкулез легких, пневмонию

- 2) ХОБЛ
- 3) бронхоэктатическую болезнь

143. У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И СТЕНКИ БРОНХОВ

- 1) эозинофилами
- 2) клетками Пирогова-Лангханса

144. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИВЛ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) остановка дыхания
- 2) тахикардия более 100 ударов в минуту
- 3)  $\text{sat} < 92\%$

145. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО

- 1) развитие недостаточности кровообращения по левожелудочковому типу
- 2) сужение ствола крупных ветвей легочной артерии
- 3) гипотензия малого круга кровообращения
- 4) увеличение зубцов Р в отведениях II, III и aVF

146. ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НА ЭКГ МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ

- 1) глубокие зубцы S в I, aVL и зубца Q в III стандартном отведении (синдром SIQIII)
- 2) признаки блокады левой ножки пучка Гиса
- 3) подъем сегмента ST и появление патологических зубцов Q в грудных отведениях

147. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ В ОТНОШЕНИИ АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) тетрациклины
- 2) аминогликозиды
- 3) макролиды
- 4) защищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавуланат и др.)

148. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ОБРАЗОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ТРАНССУДАТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение давления в легочных капиллярах
- 2) гипоальбуминемия
- 3) повышение проницаемости висцеральной плевры

149. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бактериальная пневмония

- 2) рак легкого
- 3) мезотелиома плевры

150. ПРИ НАЛИЧИИ ХИЛЕЗНОГО ЭКССУДАТА В КРУГ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧИТЬ

- 1) лимфогранулематоз
- 2) саркоидоз легких
- 3) хронический активный гепатит
- 4) тромбоэмболию легочной артерии
- 5) системную красную волчанку

151. УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ МЕНЕЕ 1,6 ММОЛЬ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) туберкулеза
- 2) опухоли
- 3) ревматоидного артрита
- 4) лимфолейкоза
- 5) пневмонии

152. ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЖИДКОСТЬ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) СКВ
- 2) туберкулезе
- 3) недостаточности кровообращения
- 4) мезотелиоме плевры

153. ТРАНССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭКССУДАТИВНОГО УРОВНЕМ

- 1) ЛДГ
- 2) триглицеридов
- 3) эритроцитов

154. БОЛИ ПРИ СУХОМ ПЛЕВРИТЕ УСИЛИВАЮТСЯ

- 1) в положении на больном боку
- 2) при наклоне в больную сторону
- 3) при наклоне в противоположную сторону
- 4) в дневное время

155. ПРЕОБЛАДАНИЕ В ПЛЕВРАЛЬНОМ ВЫПОТЕ ЛИМФОЦИТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) туберкулезного и опухолевого плеврита
- 2) аллергического плеврита

- 3) плеврита при пневмонии
- 4) плеврита при инфаркте легкого

156. ПО КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 САРКОИДОЗ ОТНОСИТСЯ К РАЗДЕЛУ

- 1) болезни органов дыхания и бронхиальной системы
- 2) опухолевые процессы
- 3) патология иммунной системы и системы крови
- 4) атипично текущий туберкулез
- 5) паразитарный гранулематоз

157. ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ САРКОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1) эозинофильной гранулемы и признаков деструкции легкого
- 2) нейтрофильной инфильтрации
- 3) участков казеозного некроза
- 4) неказеинфицирующейся эпителиоидноклеточной гранулемы
- 5) атипичных малодифференцированных клеток

158. СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ САРКОИДОЗЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) боль в животе и неустойчивый стул
- 2) частые позывы к мочеиспусканию
- 3) слабость и утомляемость без видимых причин
- 4) головокружение, гипотония, подташнивание
- 5) высокое артериальное давление, головные боли

159. ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ ПРИ САРКОИДОЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ВЫЗВАНА ПОРАЖЕНИЕМ

- 1) мочевыводящей системы
- 2) сердечно-сосудистой системы
- 3) лицевого нерва
- 4) легких и внутригрудных лимфатических узлов
- 5) кожи и подкожной клетчатки

160. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ САРКОИДОЗЕ I-III СТАДИЙ

- 1) приводит к быстрому прогрессированию и требует лечения
- 2) абсолютно противопоказана
- 3) не влияет на течение саркоидоза, противопоказаний нет
- 4) быстро приводит к полной ремиссии саркоидоза

161. БЕССИМПТОМНЫМ БОЛЬНЫМ С 1 и 2 СТАДИЕЙ САРКОИДОЗА ПОКАЗАНО

- 1) госпитализация и лечение преднизолоном с изониазидом

- 2) альтернативная терапия цитостатиками
- 3) эфферентные методы терапии
- 4) трансбронхиальное удаление лимфатических узлов
- 5) наблюдение без лечения

162. У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ САРКОИДОЗА ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЫХАНИЯ, ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ СИМПТОМАХ ИЛИ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ, ТРЕБУЮЩИХ ЛЕЧЕНИЯ, ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) оральные системные глюкокортикостероиды
- 2) метотрексат и циклофосфан
- 3) респираторные фторхинолоны
- 4) хлорохин и бифосфонаты
- 5) витамин Е и тиосульфат натрия

163. ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНОМ ИЛИ ЕГО АНАЛОГАМИ ПРИ САРКОИДОЗЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) в течение 6-24 месяцев, согласно большинству руководств 9-12 месяцев
- 2) не более 3-4 месяцев или по достижению первого эффекта
- 3) по 2-4 недели с перерывами по 3-4 недели
- 4) не менее трех месяцев под прикрытием двух противотуберкулезных препаратов

164. ПНЕВМОЦИСТЫ У БОЛЬНЫХ СПИДОМ ПЕРВИЧНО ПОРАЖАЮТ

- 1) слизистую бронхов
- 2) лимфоузлы
- 3) мембраны альвеолярных капилляров

165. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) очаговый туберкулез легких
- 2) сегментарная пневмония
- 3) тяжелое обострение бронхиальной астмы

166. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ СПИДЕ

- 1) воздушно-капельный
- 2) гематогенный
- 3) лимфогенный

167. ЭПИТЕЛИОИДНО- И ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ГРАНУЛЕМА С КЛЕТКАМИ ЛАНГХАНСА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) только при туберкулезе

- 2) только при туберкулезе и саркоидозе
- 3) при туберкулезе, саркоидозе, раке, бериллиозе и некоторых других заболеваниях

168. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО БРОНХОАДЕНИТА ОТ ЛИМФОАДЕНИТА ДРУГОЙ ЭТИОЛОГИИ (САРКОИДОЗ, ЛИМФОМА ХОДЖКИНА) НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рентгенологический метод
- 2) гистологический метод (биопсия лимфатического узла)
- 3) серологический метод

169. ТЕРАПИЮ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С ВВЕДЕНИЯ

- 1) кортикостероидов
- 2) адреналина
- 3) антигистаминных препаратов

170. РЕШАЕТ ДИАГНОЗ ЗАКРЫТОГО ПНЕВМОТОРАКСА

- 1) жалоба на внезапно возникшую боль
- 2) выраженная (незначительная) одышка
- 3) рентгенологическое исследование
- 4) данные перкуссии
- 5) данные анализа крови

171. ВТОРИЧНЫЙ ПНЕВМОТОРАКС – ЭТО ПНЕВМОТОРАКС, ВОЗНИКШИЙ

- 1) без видимых внешних причин (травма, врачебная манипуляция) у здорового до того человека
- 2) без видимых внешних причин у человека, страдающего бронхо-легочным заболеванием
- 3) в результате травмы грудной клетки
- 4) по ходу медицинского мероприятия (биопсия, реанимация, искусственная вентиляция легких)

172. РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ

- 1) нарушения поведения
- 2) извращение ритма сна
- 3) спутанность сознания
- 4) анорексия
- 5) депрессия

173. ПНЕВМОКОНИОЗЫ, ВОЗНИКШИЕ ОТ ВДЫХАНИЯ ПЫЛИ, СОДЕРЖАЩЕЙ АЛЮМИНИЙ, БЕРИЛЛИЙ, ЖЕЛЕЗО, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

- 1) силикозов
- 2) силикатозов
- 3) карбокониозов
- 4) металлокониозов

174. ПЕРВИЧНАЯ ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) хронического обструктивного бронхита
- 2) дефицита  $\alpha_1$ -антитрипсина
- 3) бронхиальной астмы
- 4) хронической пневмонии

175. ПЕРВИЧНАЯ ЭМФИЗЕМА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) хроническом бронхите
- 2) хронической пневмонии
- 3) бронхоэктатической болезни
- 4) абсцессе легких
- 5) непораженных легких

176. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АБСЦЕССА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЮТ

- 1) аэробные микроорганизмы и стафилококки
- 2) стрептококки
- 3) неклостридиальные анаэробы
- 4) клостридии
- 5) спирохеты

177. КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) хроническом бронхите
- 2) бронхиальной астме
- 3) первичной легочной эмфиземе
- 4) муковисцидозе

178. ПРИ ГИПОПЛАЗИИ РЕСПИРАТОРНОГО ОТДЕЛА ЛЕГКОГО САМОЙ ЧАСТОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ НАХОДКОЙ БУДЕТ

- 1) образование первичной бронхиальной кисты легкого
- 2) образование вторичной бронхиальной кисты легкого
- 3) образование участков невоспалительного склероза (фиброз легочной ткани)



179. ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА РАЗВИТИЕ БРОНХО-ЛЕГОЧНОГО АППАРАТА ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) до 1 года
- 2) до 5 лет
- 3) до 8 лет
- 4) до 12 лет

180. АГЕНЕЗИЯ – ЭТО ВРОЖДЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ

- 1) целого органа или его части
- 2) органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует

181. К СОБСТВЕННО АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) поллинозы
- 2) инфекционно-аллергический миокардит
- 3) идиопатический фиброзирующий альвеолит
- 4) миастения

182. ТЕРМИН "АЛЛЕРГИЯ" – ЭТО

- 1) свойство организма отвечать изменениям жизнедеятельности на воздействие окружающей среды
- 2) механизм устойчивости организма к вредоносным влияниям среды
- 3) состояние повышенной иммунологической чувствительности организма к веществам в ответ на повторный контакт с ними
- 4) повышенная чувствительность к различным воздействиям среды

183. АЦИНУС ДРЕНИРУЕТСЯ

- 1) бронхом 12-го порядка
- 2) мембранным бронхом
- 3) терминальной бронхиолой
- 4) респираторной бронхиолой

184. ФУНКЦИЕЙ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фильтрация лимфы, поступающей из легкого
- 2) задержка токсических для организма агентов, их фагоцитоз или изоляция
- 3) синтез иммуноглобулинов

185. СУРФАКТАНТ В АЛЬВЕОЛЕ СИНТЕЗИРУЕТ

- 1) альвеолоциты 1-го порядка
- 2) альвеолоциты 2-го порядка
- 3) клетки Клара

186. ИНГИБИТОРАМИ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОГО СЕКРЕТА, ПРЕДОХРАНЯЮЩИМИ ОПОРНЫЙ АППАРАТ СТЕНКИ БРОНХА И ЛЕГКОГО ОТ РАЗРУШЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ИНТЕРЛЕЙКИНЫ
- 1)  $\alpha$ 1-антитрипсин и  $\alpha$ 1-антихимопсин
  - 2) простагландины
187. БРОНХИ 1-2-ГО ПОРЯДКА ОТ ДРУГИХ БРОНХИАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ОТЛИЧАЮТСЯ
- 1) внелегочной их локализацией
  - 2) отсутствием фиброзно-хрящевого слоя и заменой его мышечным
  - 3) внутрилегочной локализацией
188. ЧИСЛО БРОНХИАЛЬНЫХ ГЕНЕРАЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 10
  - 2) 17
  - 3) 24
  - 4) 30
189. МНОГОКЛЕТОЧНЫЕ СЕРОЗНО-СЛИЗИСТЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЮТСЯ В СТЕНКЕ БРОНХОВ
- 1) 1-3-го порядка
  - 2) 1-6-го (9-го) порядка
  - 3) 7-го (10-го) порядка и более мелких
190. СЛИЗЬ ВЫВОДИТСЯ ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В РОТОГЛОТКУ С ПОМОЩЬЮ
- 1) кашлевого толчка
  - 2) дыхательных движений воздуха
  - 3) перистальтики бронха
  - 4) движения ресничек мерцательного эпителия
191. СИНУСИТЫ, БРОНХИТЫ И БРОНХОЭКТАЗЫ ВОЗНИКАЮТ В СВЯЗИ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КЛЕТОК МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ВОЗДУХОНОСНЫХ ПУТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ
- 1) Картагенера-Зиверта
  - 2) Вильямса-Кемпбелла
  - 3) Мак-Леода
192. ВАЖНЕЙШЕЙ ФУНКЦИЕЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ВОЗДУХОНОСНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) проведение воздуха
  - 2) кондиционирование воздуха (согревание, увлажнение, очищение)

3) распределение воздуха

193. ЗАЩИТА АЛЬВЕОЛЫ ОТ ПОВРЕЖДАЮЩИХ ЕЕ АГЕНТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) удалением их с помощью дыхательных движений
- 2) удалением ресничками мерцательного эпителия
- 3) фагоцитозом нейтрофилами
- 4) фагоцитозом альвеолярными макрофагами

194. ПРЕПЯТСТВУЕТ СЛИПАНИЮ СТЕНОК АЛЬВЕОЛ

- 1)  $\alpha$ 1-антитрипсин
- 2) простагландин
- 3) сурфактант

195. ОТТОК КРОВИ ИЗ БРОНХИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ  
В

- 1) легочную артерию
- 2) верхнюю полую вену
- 3) нижнюю полую вену
- 4) легочные вены

196. ГАЗООБМЕН В ЛЕГКОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

- 1) интерстиции легкого
- 2) дольке легкого
- 3) ацинусе легкого

197. У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА КОЛИЧЕСТВО АЛЬВЕОЛ

- 1) 20 млн
- 2) 100 млн
- 3) 300 млн
- 4) 500 млн

198. 90% ПОВЕРХНОСТИ АЛЬВЕОЛЫ, ЧЕРЕЗ ЦИТОПЛАЗМУ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ГАЗООБМЕН, ЗАНИМАЮТ

- 1) альвеолоциты (пневмоциты) 1-го порядка
- 2) альвеолоциты (пневмоциты) 2-го порядка
- 3) щеточные клетки

199. ИММУНИТЕТ – ЭТО

- 1) невосприимчивость к инфекционным заболеваниям
- 2) устойчивость к воздействию внешних факторов
- 3) способ защиты от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетической чужеродности

200. СПЕЦИФИЧЕСКУЮ ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ВЫПОЛНЯЕТ

- 1) весь организм
- 2) лимфоциты крови и костного мозга
- 3) лимфатическая система
- 4) лимфоидные органы

201. ОРГАНОМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ, В КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ СОЗРЕВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКА Т-ЛИМФОЦИТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) костный мозг
- 2) вилочковая железа
- 3) селезенка
- 4) лимфатические узлы
- 5) пейеровы бляшки кишечника

202. НОРМАЛЬНЫЕ КОЛЕБАНИЯ УРОВНЯ IGE В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ НАХОДЯТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

- 1) 100-300 ЕД/мл
- 2) 0-100 ЕД/мл
- 3) 2-170 ЕД/мл
- 4) 5-75 ЕД/мл

203. К В-ЗАВИСИМЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РЕАКЦИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) сывороточную болезнь
- 2) феномен Артюса
- 3) анафилактический шок
- 4) аспириновую бронхиальную астму

204. ПРИ АТОПИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ ТРОМБОЦИТЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) клетками-мишенями 1-го порядка
- 2) мишенью для действия медиаторов
- 3) партнерами тучных клеток
- 4) клетками, не играющими значительной роли

205. КЛЕТКИ, ПРОДУЦИРУЮЩИЕ IGE, ИМЕЮТСЯ В

- 1) подкожных лимфоузлах
- 2) аденоидной ткани
- 3) миндалинах
- 4) слизистой дыхательных путей
- 5) слизистой желудочно-кишечного тракта

206. АПЛАЗИЯ – ЭТО ПОРОК РАЗВИТИЯ, ВРОЖДЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ

- 1) целого органа или его части

2) органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует

207. ВРОЖДЕННАЯ КИСТА ЛЕГКОГО (ЕДИНИЧНАЯ, МНОЖЕСТВЕННАЯ) – ЭТО НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ

- 1) органа на уровне воздухоносных путей
- 2) органа на уровне респираторного отдела легкого
- 3) как воздухоносных путей, так и сосудистой системы

208. К ГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) саркоидоз
- 2) муковисцидоз и дефицит  $\alpha$ 1-антитрипсина
- 3) гамартохондрома

209. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ МУКОВИСЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ХЛОРИДОВ В ПОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

- 1) 30-40 ммоль/л
- 2) 45-60 ммоль/л
- 3) свыше 60 ммоль/л

210. У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический аднексит
- 2) фибриома матки
- 3) кисты яичников
- 4) внематочная беременность
- 5) цервикальная беременность

211. У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ИЗ МОКРОТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫДЕЛЯЕТСЯ

- 1) стафилококки
- 2) гемофильная палочка
- 3) синегнойная палочка
- 4) легионелла

212. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА УВЕЛИЧЕНИЯ ВЯЗКОСТИ МОКРОТЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ

- 1) увеличение содержания  $Ca^{++}$
- 2) увеличение содержания  $Na^{+}$
- 3) нарушение транспорта ионов  $Cl^{-}$  через клеточную мембран

213. АБСЦЕССОМ НАЗЫВАЮТ ПОЛОСТЬ,
- 1) соединенную с бронхом
  - 2) несоединенную с бронхом
  - 3) связанную с интерстицием легких
  - 4) отграниченную от тканей легкого и связанную с бронхом
  - 5) не отграниченную от тканей легкого
214. КАРДИНАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРОРЫВА АБСЦЕССА ЛЕГКОГО В БРОНХ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) внезапная острая боль в груди
  - 2) внезапное выделение обильной гнойной мокроты с примесью крови
  - 3) потеря сознания, холодный пот
  - 4) внезапное повышение температуры тела
  - 5) падение артериального давления, коллапс
215. О НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРОГНОЗЕ ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
- 1) увеличение полости в размерах с истончением ее стенки к 10-12-му дню лечения
  - 2) увеличение полости в размерах к 10-12-му дню лечения с сохранением инфильтрации ее стенок
216. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) кишечная палочка
  - 2) пневмококки
  - 3) спирохеты
  - 4) неклостридиальные анаэробы
  - 5) стафилококки
217. ПАНАЦИНАРНАЯ ЭМФИЗЕМА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
- 1) хроническом бронхите
  - 2) наследственной предрасположенности
  - 3) бронхоэктатической болезни
  - 4) хронической пневмонии
  - 5) саркоидозе
218. ПНЕВМОКОНИОЗЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОТ ВДЫХАНИЯ ПЫЛИ, СОДЕРЖАЩЕЙ АСБЕСТ, ТАЛЬК, ЦЕМЕНТ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ
- 1) силикозов
  - 2) силикатозов
  - 3) карбокониозов
  - 4) металлокониозов

219. ПНЕВМОКОНИОЗЫ ОТ ВДЫХАНИЯ ПЫЛИ, СОДЕРЖАЩЕЙ ГРАФИТ, САЖУ, УГОЛЬ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

- 1) силикозов
- 2) силикатозов
- 3) карбокониозов
- 4) металлокониозов

## РАЗДЕЛ 4 ГЕМАТОЛОГИЯ

Выбрать один правильный ответ.

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие в пунктате костного мозга бластов 20% и более
- 2) лейкоцитоз
- 3) геморрагический синдром
- 4) анемический синдром

2. ПОД ЛИМФОАДЕНОПАТИЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1) высокий лимфобластоз в стерильном пунктате
- 2) увеличение лимфоузлов
- 3) лимфоцитоз в периферической крови

3. ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ЧАЩЕ НАЧИНАЕТСЯ С УВЕЛИЧЕНИЯ

- 1) забрюшинных лимфоузлов
- 2) подмышечных лимфоузлов
- 3) надключичных лимфоузлов
- 4) лимфоузлов средостения
- 5) шейных лимфоузлов

4. ДВС-СИНДРОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) панцитопенией
- 2) гематомным типом кровотечения
- 3) признаками полиорганной недостаточности

5. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СРОЧНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острая кровопотеря
- 2) тяжелый анемический синдром
- 3) угроза развития анемической комы
- 4) уровень гемоглобина 75 г/л и ниже

6. БОЛЬНОГО В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

- 1) до нормального уровня гемоглобина
- 2) всю его жизнь
- 3) 1 год
- 4) 3 месяца
- 5) 6 месяцев



7. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДОНОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) назначение продуктов питания, богатых железом
- 2) переливание эритроцитарной массы
- 3) назначение препаратов железа

8. ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ НАЗЫВАЮТСЯ

- 1) клетки Боткина-Гумбрехта
- 2) клетки Штенгеймера-Мальбина
- 3) клетки Березовского-Штернберга
- 4) мегалобласты

9. ЖАЛОБЫ НА ПАРАСТЕЗИИ В СТОПАХ И НЕУСТОЙЧИВОСТЬ ПОХОДКИ ПРИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1) гипокалиемией
- 2) энцефалопатией
- 3) фуникулярным миелозом
- 4) ангиопатией артерий нижних конечностей

10. КЛЕТКИ БОТКИНА-ГУМБРЕХТА МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПРИ

- 1) хроническом миелолейкозе
- 2) миеломной болезни
- 3) хроническом лимфолейкозе
- 4) остром лейкозе

11. ДИАГНОЗУ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) снижение количества тромбоцитов
- 2) макроцитоз и гиперхромия
- 3) гипохромия эритроцитов и микроцитоз

12. ДЛЯ ВИТАМИН В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) мегалобластов в пунктате костного мозга
- 2) спленомегалии
- 3) гипохромии эритроцитов
- 4) извращения вкуса

13. ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1) НПВС
- 2) глюкокортикостероидов
- 3) иммунодепрессантов
- 4) проведения гемотрансфузий
- 5) спленэктомии

14. ПРИ ПРОТЕИНУРИИ И ГИПЕРПРОТЕИНЕМИИ С ВЫЯВЛЕНИЕМ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О
- 1) нефротическом синдроме
  - 2) миеломной болезни
  - 3) макроглобулинемии Вальденстрема
15. БОЛЬНОМУ С ПЕРНИЦИОЗНОЙ АНЕМИЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ
- 1) витамин В-12 внутримышечно
  - 2) препараты железа
  - 3) фолиевую кислоту
  - 4) гемотрансфузии
  - 5) витамин В-12 внутрь
16. НАИБОЛЬШАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕНАДЛЕЖИТ ВЫЯВЛЕНИЮ
- 1) сидеробластов в костном мозге
  - 2) гиперхромии эритроцитов
  - 3) низкого уровня сывороточного железа
  - 4) низкого уровня ферритина сыворотки крови
  - 5) гипотрофии эритроцитов
17. ПРИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ СОДЕРЖАНИЕ БЛАСТОВ В КОСТНОМ МОЗГЕ СОСТАВЛЯЕТ ДО
- 1) 5%
  - 2) 10%
  - 3) 15%
18. ПРИ ГЕМОФИЛИИ А В СЛУЧАЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В СУСТАВ И СИЛЬНЫХ БОЛЯХ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
- 1) холод
  - 2) тепло
  - 3) викасол
  - 4) Novo seven (VII фактор свертывания)
  - 5) анальгин ДТ
19. ПРИЧИНОЙ ВИТАМИН В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) гастрэктомия
  - 2) энтеропатии
  - 3) дифиллоботриоз
  - 4) хроническая кровопотеря

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) меноррагии
- 2) метроррагии
- 3) частые роды
- 4) нефрэктомия
- 5) хронический гастрит

21. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

- 1) железодефицитной анемии
- 2) эритремии
- 3) В12-дефицитной анемии
- 4) раке легкого

22. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) гепарин А
- 2) свежзамороженную плазму
- 3) плазмаферез
- 4) криопреципитат

23. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) длительное назначение препаратов железа внутрь
- 2) назначение препаратов железа парентерально
- 3) гемотрансфузии
- 4) назначение диеты с обилием яблок, гранатов, орехов и мясных продуктов

24. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) удлинение времени свертывания крови
- 2) удлинение времени кровотечения по Дюке
- 3) удлинение времени ретракции кровяного сгустка
- 4) снижение протромбинового времени
- 5) снижение уровня фибриногена

25. КОЛИЧЕСТВО ПИЩЕВОГО ЖЕЛЕЗА, КОТОРОЕ МОЖЕТ МАКСИМАЛЬНО ВСАСАТЬСЯ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ

- 1) 1,0-1,5 мг
- 2) 2,0-2.5 мг
- 3) 2,5-3,0 мг

26. ОСНОВНОЙ ЗАПАС ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА НАХОДИТСЯ В СОСТАВЕ

- 1) миоглобина
- 2) гемоглобина
- 3) ферритина
- 4) гемосидерина

27. ДЛЯ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12 НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ

- 1) соляной кислоты
- 2) гастрина
- 3) гастромукопротеина
- 4) пепсина
- 5) фолиевой кислоты

28. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- 1) хлористый кальций
- 2) антибиотики
- 3) метиндол
- 4) гепарин
- 5) викасол

29. НОРМОЦИТАРНАЯ АНЕМИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ

- 1) дефиците фолиевой кислоты
- 2) аутоиммунной гемолитической анемии
- 3) железоахрестической анемии
- 4) хронической кровопотере

30. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ДВС-СИНДРОМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) антибактериальной терапии
- 2) назначении минимальных доз гепарина и дезагрегантов в пред- и раннем послеоперационном периоде при операциях на паренхиматозных органах, краш-синдроме
- 3) применении клопидогреля
- 4) введении эстрогенов, аминокaproновой кислоты

31. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАЗВИТИЕ ДВС-СИНДРОМА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

- 1) длительность кровотечения
- 2) время свертывания крови
- 3) ортофенантролиновый тест
- 4) АЧТВ

32. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТОВ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

- 1) АЧТВ
- 2) ПТИ
- 3) длительность кровотечения
- 4) МНО

33. ПАНЦИТОПЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1) железодефицитной анемии
- 2) гиперспленизма
- 3) железоахрестической анемии
- 4) мегалобластной анемии

34. ЖЕЛЕЗО ЛУЧШЕ ВСАСЫВАЕТСЯ В ФОРМЕ

- 1) ферритина
- 2) гемосидерина
- 3) гема
- 4) из растительных продуктов, богатых солями железа

35. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) полихимиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) трансплантация костного мозга
- 4) плазмаферез

36. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ ОСНОВАНА НА

- 1) клинической картине
- 2) анамнестических данных
- 3) показателях гемограммы
- 4) цитохимической и иммунофенотипической характеристике бластных клеток

37. ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В

- 1) желудке
- 2) верхних отделах тонкой кишки
- 3) толстой кишке

38. ПРЯМАЯ ПРОБА КУМБСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) хронического миелолейкоза
- 2) аутоиммунной гемолитической анемии
- 3) талассемии

39. ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) гематомный тип кровоточивости
- 2) петехиальный тип кровоточивости
- 3) васкулитно-пурпурный тип кровоточивости
- 4) ангиоматозный тип кровоточивости

40. ЭРИТРОЦИТОЗ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1) ишемической болезни сердца
- 2) инфекционном эндокардите
- 3) хронических заболеваниях органов дыхания

41. ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ (БОЛЕЗНЬ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА) ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) мишеневидности и гипохромии эритроцитов
- 2) гистаминрезистентной ахилии
- 3) снижения уровня сывороточного железа
- 4) повышения уровня сывороточного железа

42. ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) в семье болеют только мужчины
- 2) кровотечение из лунки удаленного зуба сразу после удаления
- 3) маточные кровотечения
- 4) удлинение АЧТВ
- 5) удлинение времени кровотечения

43. ДЛЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ГЕМОЛИЗА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ОРГАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гемосидероз селезёнки
- 2) гемосидероз печени
- 3) гемосидероз костного мозга
- 4) гемосидероз почек
- 5) гиперспленизм

44. ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ЭРИТРЕМИИ ОТ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЭРИТРОЦИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) степень увеличения гемоглобина
- 2) выраженность плеторического синдрома
- 3) миелопролиферативный синдром
- 4) лимфоаденопатия

45. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ НЕОБХОДИМОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЭРИТРЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резко выраженный плеторический синдром
- 2) гипертромбоцитоз
- 3) панцитоз в сочетании со спленомегалией
- 4) увеличение гематокрита и вязкости крови
- 5) артериальная гипертензия

46. ПОКАЗАТЕЛЬ СОЭ НИЖЕ 3 ММ/ЧАС ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) миеломной болезни
- 2) эритремии
- 3) острого лейкоза
- 4) гемолитической анемии

47. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЛЕЙКОЗЕ ЛЕЖИТ

- 1) изменение эндотелия сосудистой стенки
- 2) повышенная проницаемость сосудистой стенки
- 3) запуск ДВС-синдрома

48. ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭРИТРЕМИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1) тромбоцитозом
- 2) замедлением тока крови
- 3) повышением вязкости крови
- 4) лейкоцитозом
- 5) гипергаммаглобулинемией

49. ПРИ ГЕМАТОМНОМ ТИПЕ КРОВОТОЧИВОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО НАЛИЧИЕ

- 1) идиопатической тромбоцитопенической пурпуры
- 2) гемофилии
- 3) болезни Виллебранда

50. ПРИЧИНАМИ СМЕШАННОГО (ГЕМАТОМНО-ПЕТЕХИАЛЬНОГО) ТИПА КРОВОТОЧИВОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) болезнь Виллебранда
- 2) дефицит фактора X
- 3) тромбоцитопатии

51. ПРИМЕНЕНИЕ ДЕСФЕРАЛА ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) талассемии
- 2) В12-дефицитной анемии
- 3) наследственном микросфероцитозе
- 4) аутоимунной гемалитической анемии

52. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) ретикулоцитозом
- 2) гипоплазией красного ростка костного мозга
- 3) нормальным сроком жизни эритроцитов



## РАЗДЕЛ 5 ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Выбрать один правильный ответ.

1. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) склонность к кетоацидозу
  - 2) абсолютный дефицит инсулина
  - 3) высокий уровень С-пептида
  - 4) деструкция  $\beta$ -клеток
  
2. УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ
  - 1) цирроза
  - 2) гепатита
  - 3) жирового гепатоза
  
3. ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ОБЫЧНО ВВОДИТСЯ
  - 1) непосредственно до или сразу после приема пищи
  - 2) за 10-15 минут до приема пищи
  - 3) за 20-30 минут до приема пищи
  - 4) за 1 час до еды
  
4. ПОТРЕБНОСТЬ В ВВОДИМОМ ИНСУЛИНЕ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
  - 1) 0,4 ЕД на 1 кг массы тела в сутки
  - 2) 0,5 ЕД на 1 кг массы тела в сутки
  - 3) индивидуальная, в зависимости от степени инсулиновой недостаточности
  - 4) 0,3 ЕД на 1 кг массы тела в сутки
  
5. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ УМЕРЕННОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) глибенкламид
  - 2) репаглинид
  - 3) инсулин
  - 4) метформин

6. В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ИЗ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ БИГУАНИДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) глимепирид
- 2) репаглинид
- 3) ситаглиптин
- 4) эксенатид
- 5) метформин

7. ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ **РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- 1) похудание
- 2) сухость кожных покровов
- 3) общий гипергидроз
- 4) дрожание конечностей, мышечная слабость
- 5) постоянное сердцебиение

8. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) пункционную биопсию щитовидной железы
- 2) определение ТТГ и тироксина
- 3) определение тиреоглобулина
- 4) определение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы

9. ДЛЯ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НАЗНАЧАЮТ

- 1) прием внутрь 2–3 кусочков сахара
- 2) 40% раствор глюкозы внутривенно
- 3) 5% раствор глюкозы подкожно

10. ДОЛГОСРОЧНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ОЦЕНИВАЮТ УРОВНЕМ

- 1) гликированного гемоглобина
- 2) протеинурии
- 3) С-пептида
- 4) гликемии

11. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ СЛЕПОТЫ У БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) автономная нейропатия
- 2) пролиферативная ретинопатия
- 3) атрофия зрительных нервов
- 4) катаракта
- 5) глаукома

12. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) сцинтиграфию щитовидной железы
  - 2) определение уровня Са в крови
  - 3) определение уровня ТТГ и свободного Т4
  - 4) определение общего Т3
  - 5) определение уровня тироксинсвязывающего глобулина
13. СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ
- 1) подкожный
  - 2) внутримышечный
  - 3) внутривенный
14. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) тонкоигольная аспирационная биопсия узла с цитологическим исследованием
  - 2) пальпация щитовидной железы
  - 3) УЗИ щитовидной железы
  - 4) исследование уровня тиреоидных гормонов
  - 5) исследование уровня тиреоглобулина
15. ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА ЧАЩЕ
- 1) резко снижен или не определяется
  - 2) нормальный
  - 3) повышен
16. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА СТАДИИ МИКРОАЛЬБУМИУРИИ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ДОБАВИТЬ
- 1) аспирин
  - 2)  $\beta$ -блокаторы
  - 3) антагонисты кальция
  - 4) ингибиторы АПФ
17. К ПРИНЦИПАМ ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА/ОЖИРЕНИЕМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНСУЛИН, ОТНОСЯТ
- 1) подсчет углеводов по системе ХЕ не требуется
  - 2) нормокалорийное питание
  - 3) гипокалорийное питание, подсчет углеводов по системе ХЕ

18. В РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЯ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ УГЛЕВОДСОДЕРЖАЩИЕ ПРОДУКТЫ

- 1) картофель
- 2) зелень
- 3) бананы
- 4) виноград
- 5) сухофрукты

19.  $\alpha$ -КЛЕТКАМИ ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА СЕКРЕТИРУЕТСЯ

- 1) глюкагон
- 2) соматостатин
- 3) инсулин
- 4) С-пептид
- 5) панкреатический полипептид

20. АКТИВНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) электролиты
- 2) глюкоза
- 3) фруктоза
- 4) аминокислоты
- 5) свободные жирные кислоты

21. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дефицит инкретинов, инсулинорезистентность
- 2) инсулиновая недостаточность, повышение контринсулярных гормонов
- 3) инсулинорезистентность и деструкция  $\beta$ -клеток
- 4) деструкция  $\beta$ -клетки инсулиновая недостаточность

22. ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) психическая травма
- 2) аутоиммунное поражение островков Лангерганса
- 3) травма поджелудочной железы
- 4) панкреатит

23. К ПРИНЦИПАМ ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С БЛИЗКОЙ К НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНСУЛИН, ОТНОСЯТ

- 1) подсчет углеводов по системе ХЕ не требуется
- 2) подсчет углеводов по системе ХЕ, ограничение простых углеводов при высокой постпрандиальной гликемии, включение в рацион продуктов, богатых растительными волокнами (клетчаткой)
- 3) гипокалорийное питание

24. К ПРИНЦИПАМ ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С БЛИЗКОЙ К НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, НЕ ПОЛУЧАЮЩИХ ИНСУЛИН, ОТНОСЯТ

- 1) подсчет углеводов по системе ХЕ
- 2) ограничение простых углеводов при высокой постпрандиальной гликемии, включение в рацион продуктов, богатых растительными волокнами (клетчаткой)
- 3) гипокалорийное питание

25. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИОННОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие «горячего узла» по результатам сцинтиграфии щитовидной железы
- 2) диффузное увеличение щитовидной железы
- 3) подтверждение диагноза аутоиммунного тиреоидита
- 4) узловое образование в ткани щитовидной железы более 1 см

26. ПАРАЩИТОВИДНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ СЕКРЕТИРУЕТСЯ

- 1) паратгормон
- 2) кальцитонин
- 3) тироксин
- 4) кортизол

27. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1) деструкции  $\beta$ -клеток и абсолютной инсулиновой недостаточности
- 2) нарушения биосинтеза инсулина
- 3) нарушения чувствительности рецепторов к инсулину

28. НОРМАЛЬНАЯ БАЗАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЛЮКОЗЫ ЦЕЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ

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

29. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) 40%-й раствор глюкозы внутривенно
- 2) адреналин
- 3) инсулин

30. ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ РЕДКИМ НАРУШЕНИЕМ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) синусовая брадикардия

- 2) синусовая тахикардия
- 3) пароксизмы фибрилляции предсердий
- 4) постоянная форма фибрилляции предсердий

31. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие антител к  $\beta$ -клеткам островков поджелудочной железы
- 2) нормальное состояние инсулиновых рецепторов
- 3) повышенное или нормальное содержание инсулина в плазме
- 4) склонность к кетоацидозу
- 5) низкое содержание инсулина в плазме

32. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) общий анализ мочи
- 2) определение микроальбуминурии
- 3) проба Зимницкого
- 4) пункционная биопсия почки
- 5) определение содержания креатинина в крови

33. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой
- 2) сканирование щитовидной железы
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) определение тиреоидных гормонов в крови

34. ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

- 1) сканирование щитовидной железы
- 2) определение в крови Т3, Т4, ТТГ
- 3) лимфография
- 4) определение в крови антител к тиреоглобулину
- 5) ультразвуковое исследование щитовидной железы

35. ПРИ ДЕФИЦИТЕ ИНСУЛИНА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) гипергликемия
- 2) усиление синтеза гликогена
- 3) уменьшение образования кетоновых тел

36. СТАРТОВАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ПРИ ИСХОДНОМ УРОВНЕ  $HbA_{1c}$  от 6,5 до 7,5% ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) монотерапии сахароснижающими препаратами

- 2) комбинированной терапии сахароснижающими препаратами
- 3) инсулинотерапии (изолированной или в комбинации с сахароснижающими препаратами)

37. СТАРТОВАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ПРИ ИСХОДНОМ УРОВНЕ HbA<sub>1c</sub> от 7,6 до 9,0% ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) монотерапии сахароснижающими препаратами
- 2) комбинированной терапии сахароснижающими препаратами
- 3) инсулинотерапии (изолированной или в комбинации с сахароснижающими препаратами)

38. СТАРТОВАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ПРИ ИСХОДНОМ УРОВНЕ HbA<sub>1c</sub> БОЛЕЕ 9,0% ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) монотерапии сахароснижающими препаратами
- 2) комбинированной терапии сахароснижающими препаратами
- 3) инсулинотерапии (изолированной или в комбинации с сахароснижающими препаратами)

39. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II
- 2) β-блокаторы
- 3) тиазидные диуретики
- 4) антагонисты Ca
- 5) α-блокаторы

40. НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ УЗИ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ

- 1) 20 мл у мужчин и 18 мл у женщин
- 2) 30 мл у мужчин и 20 мл у женщин
- 3) 25 мл у мужчин и 18 мл у женщин
- 4) 40 мл у мужчин и 25 мл у женщин

41. НАЛИЧИЕ ЗОБА У ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЧИСЛА ЛИЦ, ЖИВУЩИХ В ОДНОЙ ОБЛАСТИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- 1) эпидемический зоб
- 2) эндемический зоб
- 3) спорадический зоб
- 4) диффузный токсический зоб

42. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) мерказолил
- 2) тироксин
- 3) пропилтиоурацил
- 4) препараты йода

43. САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ СВЯЗАНО С

- 1) повышением секреции эндогенного инсулина
- 2) потенцированием действия инсулина
- 3) нейтрализацией действия антагонистов инсулина
- 4) улучшением утилизации глюкозы

44. КАЛЬЦИТОНИН СЕКРЕТИРУЕТСЯ

- 1) поджелудочной железой
- 2) почкой
- 3) щитовидной железой
- 4) печенью
- 5) надпочечниками

45. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГЛЮКОЗУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- 1) определить уровень гликемии натощак
- 2) провести пероральный глюкозотолерантный тест
- 3) назначить препараты сульфонилмочевины
- 4) ограничить употребление углеводов
- 5) определить уровень базального инсулина

46. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ ГЛИКЕМИЯ В ПЛАЗМЕ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ НАТОЩАК

- 1)  $\geq 5,6$  ммоль/л
- 2)  $\geq 6,0$  ммоль/л
- 3)  $\geq 7,0$  ммоль/л
- 4)  $\geq 7,8$  ммоль/л
- 5)  $\geq 11$  ммоль/л

47. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ АНОРЕКСИИ, ТОШНОТЫ, БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ СЛЕДУЕТ

- 1) рекомендовать голодание
- 2) заподозрить диабетический кетоацидоз
- 3) рекомендовать прием антацидов и дальнейшее врачебное наблюдение



48. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- 1) снять ЭКГ
- 2) ввести 5%-й раствор глюкозы
- 3) ввести инсулин (10–20 ЕД)
- 4) исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови
- 5) ввести 20 мл 40%-го раствора глюкозы

49. В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) ожирением
- 2) длительным приемом глюкокортикоидов
- 3) генетическими причинами
- 4) длительным приемом диуретиков

50. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение массы тела
- 2) тахикардия
- 3) увеличение щитовидной железы
- 4) брадикардия
- 5) экзофтальм

51. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диетотерапия
- 2) заместительная терапия инсулином
- 3) режим физических нагрузок
- 4) фитотерапия

52. В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ГЛАВНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1) пролактин
- 2) альдостерон
- 3) кортизол
- 4) эстрадиол
- 5) вазопрессин

53. ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА

- 1) нормальный
- 2) повышен
- 3) резко снижен или не определяется

54. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение уровня ТТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 2) снижение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 3) повышение уровня ТТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 4) повышение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина

55. ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА СТАДИИ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) микроальбуминурия
- 2) постоянная протеинурия
- 3) повышение АД
- 4) периодические отеки

56. ДЛЯ НЕФРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) снижение клубочковой фильтрации, повышение содержания креатинина в крови
- 2) повышение относительной плотности мочи
- 3) гипоальбуминемия

57. К ПРИНЦИПАМ ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА/ОЖИРЕНИЕМ, НЕ ПОЛУЧАЮЩИХ ИНСУЛИН, ОТНОСЯТ

- 1) нормокалорийное питание
- 2) подсчет углеводов по системе ХЕ
- 3) гипокалорийное питание, ограничение простых углеводов при высокой постпрандиальной гликемии, включение в рацион продуктов, богатых растительными волокнами (клетчаткой)

58. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) тиоктовую кислоту
- 2) никотиновую кислоту
- 3) препараты простагландина E1
- 4) антиагреганты

59. САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диффузная периферическая полинейропатия

- 2) автономная нейропатия
- 3) полирадикулопатия
- 4) миелопатия
- 5) энцефалопатия

60. К ГРУППЕ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ СЕКРЕЦИЮ ИНСУЛИНА ОТНОСЯТ

- 1) бигуаниды
- 2) ингибиторы  $\alpha$ -глюкозидазы
- 3) глитазоны
- 4) глиниды

61. РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВАЯ СИСТЕМА РЕГУЛИРУЕТ

- 1) почечный кровоток
- 2) системное артериальное давление
- 3) скорость секреции альдостерона
- 4) секрецию кортизола
- 5) гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему

62. ОСНОВНЫМ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) потеря организмом жидкости
- 2) оперативное вмешательство
- 3) беременность
- 4) неадекватная инсулинотерапия
- 5) сопутствующая патология

63. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА, НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИРОКСИНА ТРИЙОДТИРОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ МАРКЕРАМИ

- 1) первичного гипертиреоза
- 2) вторичного гипертиреоза
- 3) манифестного гипотиреоза
- 4) субклинического гипотиреоза

64. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение уровня ТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 2) снижение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина

- 3) повышение уровня ТТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 4) повышение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина

65. ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 1 РАЗ В

- 1) 1 месяц
- 2) 2-3 месяца
- 3) полгода
- 4) в год

66. ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) определение гормонального статуса
- 2) УЗИ щитовидной железы
- 3) сцинтиграфия щитовидной железы
- 4) пункционная биопсия щитовидной железы

67. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С УЗЛОВЫМ КОЛЛОИДНЫМ ПРОЛИФЕРИРУЮЩИМ ЗОБОМ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА БЕЗ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) супрессивную терапию L-тироксинем
- 2) заместительную терапию L-тироксинем
- 3) оперативную терапию с проведением срочного гистологического исследования
- 4) динамическое наблюдение (контроль ТТГ и УЗИ щитовидной железы 2 раза в год)

68. РОСИГЛИТАЗОН ПРИНАДЛЕЖИТ К ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ

- 1) агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- 2) селективных ингибиторов ипептидилпептидазы-4
- 3) производных сульфонилмочевины
- 4) тиазолидиндионов
- 5) меглитинидов

69. НАТЕГЛИНИД ПРИНАДЛЕЖИТ К ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ

- 1) агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- 2) селективных ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- 3) производных сульфонилмочевины
- 4) ингибиторов  $\alpha$ -глюкозидазы
- 5) меглитинидов

70. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИЕЙ (СУСТАВ ШАРКО) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) назначение препаратов, улучшающих местный кровоток
- 2) ранняя иммобилизация конечности
- 3) назначение НПВС
- 4) использование местнораздражающих препаратов

71. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНГИБИТОР ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНЫХ ЛИПАЗ

- 1) бисакодил
- 2) сибутрамин
- 3) флуоксетин
- 4) орлистат
- 5) изолипан

72. ВТОРИЧНОЕ ОЖИРЕНИЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) гипотиреозе
- 2) тиреотоксикозе
- 3) феохромоцитоме
- 4) надпочечниковой недостаточности

73. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) определение метанефринов
- 2) малую дексаметазоновую пробу
- 3) определение С-пептида
- 4) двуэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию

74. С-ПЕПТИД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) маркером компенсации сахарного диабета
- 2) контринсулярным гормоном
- 3) показателем секреции инсулина
- 4) маркером сахарного диабета 2 типа
- 5) показателем активности воспалительного процесса

75. ДЛЯ ГИПЕРТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) сухость кожных покровов
- 2) склонность к запорам
- 3) сонливость
- 4) брадикардия
- 5) потеря массы тела

76. ДИАГНОЗ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРАВИЛЕН, ЕСЛИ

- 1) во время беременности выявлено значение гликемии натощак в венозной плазме  $\geq 5,1$ , но  $< 7,0$  ммоль/л
- 2) во время беременности выявлено значение гликемии натощак в венозной плазме  $\geq 7,0$  ммоль/л
- 3) во время беременности выявлена глюкозурия
- 4) во время беременности наступила декомпенсация диабета
- 5) длительно существующий диабет был выявлен во время беременности

77. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие увеличения лимфатических шейных узлов
- 2) болезненность при пальпации щитовидной железы
- 3) наличие антител к ткани щитовидной железы
- 4) ускоренное СОЭ
- 5) повышение температуры

78. МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипернатриемия и кетоацидоз
- 2) кетоацидоз и гипергликемия
- 3) гипергликемия и гиперосмолярность
- 4) гиперосмолярность и гипернатриемия

79. ВТОРИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПЕРВИЧНОГО

- 1) снижением уровня продукции Т4
- 2) повышенным уровнем ТТГ
- 3) сниженным уровнем ТТГ
- 4) увеличением размеров щитовидной железы

80. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ  $\alpha$ -ГЛЮКОЗИДАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уменьшение продукции глюкозы печенью
- 2) снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой тканей
- 3) стимуляция секреции инсулина
- 4) снижение всасывания глюкозы в кишечнике
- 5) подавление продукции глюкагона

81. ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) пониженный уровень ТТГ и повышенные уровни Т3 и Т4
- 2) нормальный уровень ТТГ и повышенные уровни Т3 и Т4
- 3) пониженный уровень ТТГ и нормальные уровни Т3 и Т4
- 4) пониженный уровень ТТГ и пониженные уровни Т3 и Т4

82. К САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ, ДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ НАПРАВЛЕНО НА СНИЖЕНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ, ОТНОСЯТ

- 1) глибенкламид
- 2) росиглитазон
- 3) гликвидон
- 4) репаглинид
- 5) гликлазид

83. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ИЗ ГРУППЫ БИГУАНИДОВ ОТНОСЯТ

- 1) ситаглиптин
- 2) глимепирид
- 3) репаглинид
- 4) метформин
- 5) эксенатид

84. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ИЗ ГРУППЫ АГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА ОТНОСЯТ

- 1) ситаглиптин
- 2) глимепирид
- 3) репаглинид
- 4) метформин
- 5) эксенатид

85. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) атенолол
- 2) тироксин
- 3) тиамазол
- 4) кортизол

86. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМИ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- 1) свободного тироксина и ТТГ
- 2) ТТГ и антител к рецепторам к ТТГ
- 3) ТТГ и антител к тиреопероксидазе

87. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СТОЙКОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) длительная терапия тиреостатиками при болезни Грейвса

- 2) перенесенный подострый тиреоидит
- 3) хронический аутоиммунный тиреоидит
- 4) интерферон-индуцированный тиреоидит

88. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) УЗИ щитовидной железы
- 2) гормональное исследование
- 3) тонкоигольная аспирационная биопсия
- 4) сцинтиграфия щитовидной железы

89. ПРОВЕДЕНИЕ СЦИНТИГРАФИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕИНФОРМАТИВНО ДЛЯ

- 1) первичной диагностики узлов ткани щитовидной железы
- 2) выявления эктопированной ткани щитовидной железы
- 3) диагностики загрудинного зоба
- 4) обнаружения метастазов высокодифференцированного рака щитовидной железы

90. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА НЕ ТРЕБУЕТСЯ

- 1) определение уровня ТТГ, уровня св.Т4
- 2) определение титра антител к тиреопероксидазе
- 3) УЗИ щитовидной железы
- 4) пункционная биопсия щитовидной железы

91. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ БИГУАНИДОВ ПРИ НАЛИЧИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЕДУЩИХ К ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) в усилении дегидратации
- 2) кетоацидозом
- 3) лактатацидозом
- 4) агранулоцитозом
- 5) холестатической желтухой

92. ЭКСЕНАТИД ПРИНАДЛЕЖИТ К ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ

- 1) агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- 2) селективных ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- 3) производных сульфонилмочевины
- 4) ингибиторов  $\alpha$ -глюкозидазы
- 5) меглитинидов



93. СИТАГЛИПТИН ПРИНАДЛЕЖИТ К ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ

- 1) агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- 2) селективных ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- 3) производных сульфонилмочевины
- 4) ингибиторов  $\alpha$ -глюкозидазы
- 5) меглитинидов

94. АКАРБОЗА ПРИНАДЛЕЖИТ К ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ

- 1) агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- 2) селективных ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- 3) производных сульфонилмочевины
- 4) ингибиторов  $\alpha$ -глюкозидазы
- 5) меглитинидов

95. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

- 1) безболезненности язвенных дефектов
- 2) снижении пульсации на артериях стопы
- 3) редком инфицировании дефектов, формировании «сухой» гангрены
- 4) бледности, цианотичности, снижении местной температуры кожи на стопе

96. ПАРАТИРЕОИДНЫЙ ГОРМОН РЕГУЛИРУЕТ

- 1) обмен калия
- 2) обмен кальция и фосфора
- 3) обмен натрия
- 4) углеводный обмен

97. ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ

- 1) 15
- 2) 20
- 3) 25
- 4) 30
- 5) 35

98. К ПРЕПАРАТАМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1) бисакодил
- 2) сибутрамин
- 3) флуоксетин
- 4) орлистат
- 5) изолипан

99. ДЛЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ (III) СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) неоваскуляризация сетчатки
- 2) катаракта
- 3) миопия

100. ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНЫМ НЕОБХОДИМО ВВОДИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО

- 1) раствор хлорида натрия
- 2) витамины группы В
- 3) гидрокортизон
- 4) норадреналин
- 5) аскорбиновую кислоту

101. ПРИ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ В МОЧЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глюкозурия
- 2) повышение относительной плотности мочи
- 3) снижение относительной плотности мочи
- 4) протеинурия
- 5) лейкоцитурия

102. ДЛЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО

- 1) снижение содержания кальция
- 2) повышение содержания кальция
- 3) снижение паратгормона
- 4) повышение содержания натрия
- 5) снижение содержания калия

103. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1) СТГ
- 2) пролактина
- 3) инсулина
- 4) АКТГ
- 5) кортизола

104. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ БОЛЯХ В ЖИВОТЕ У БОЛЬНЫХ С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) метеоризм
- 2) рвота, понос
- 3) тахикардия
- 4) падение артериального давления

105. ПРЕПРОЛИФЕРАТИВНУЮ ДИАБЕТИЧЕСКУЮ РЕТИНОПАТИЮ ОТЛИЧАЕТ ОТ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ
- 1) отсутствие изменений вен сетчатки
  - 2) расширение вен сетчатки, наличие микроаневризм
  - 3) наличие очагов помутнения, экссудации
  - 4) неоваскуляризация диска зрительного нерва и других отделов сетчатки
  - 5) наличие интравитреальных микрососудистых аномалии
106. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) консервативная терапия по схеме «блокируй и замещай»
  - 2) поддерживающая терапия мерказолилом 5-10 мг/сут. 2-18 месяцев
  - 3) хирургическое лечение
  - 4) консервативная терапия мерказолилом 30-40 мг сут. 12-18 месяцев
107. ДЛИТЕЛЬНАЯ СУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ L-ТИРОКСИНОМ ПОКАЗАНА ПРИ
- 1) узлом коллоидном пролиферирующем зобе
  - 2) аутоиммунном тиреоидите
  - 3) диффузном коллоидном зобе
  - 4) состоянии после тиреоидэктомии по поводу рака щитовидной железы
108. НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА В ГРУППЕ ПРОИЗВОДНЫХ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) гликлазид
  - 2) глипизид
  - 3) гликвидон
  - 4) глибенкламид
  - 5) толбутамид
109. НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
- 1) снижения секреции антидиуретического гормона
  - 2) нарушения углеводного обмена
  - 3) повышения секреции антидиуретического гормона
  - 4) повышения экскреции натрия с мочой
  - 5) снижения секреции альдостерона
110. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) оперативное лечение, лечение радиоактивным йодом
  - 2) лечение мерказолилом
  - 3) комбинированное лечение мерказолилом и глюкокортикоидами

111. ТИРЕОТОКСИЧЕСКУЮ АДЕНОМУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) эндокринная офтальмопатия
- 2) высокий уровень ТТГ
- 3) сочетание с миастенией
- 4) «горячий» узел при сцинтиграфии щитовидной железы

112. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ПРЕДНИЗОЛОНА ГИПЕРГЛИКЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) деструкции  $\beta$ -клеток поджелудочной железы
- 2) усиления глюконеогенеза
- 3) торможения секреции инсулина
- 4) снижения утилизации глюкозы тканями
- 5) повышения всасываемости глюкозы в желудочно-кишечном тракте

113. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дефицит йода в организме
- 2) усиление секреции ТТГ
- 3) усиление симпатической активности на фоне стресса
- 4) образование антител к тиреоглобулину
- 5) ТТГ-подобное действие антител к ТТГ-рецепторам

114. ПРИ ВНЕЗАПНОМ ПОЯВЛЕНИИ БОЛЕЗНЕННОСТИ В ОБЛАСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ И НЕДОМОГАНИЕМ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) болезнь Грейвса
- 2) подострый тиреоидит
- 3) тиреотоксический криз
- 4) рак щитовидной железы

115. К ГРУППЕ ТИРЕОСТАТИКОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) анаприлин
- 2) перитол
- 3) мерказолил
- 4) преднизолон
- 5) ретаболил

116. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ НЕОБХОДИМО

- 1) назначить препараты йода в комбинации с тиреоидными гормонами
- 2) начать лечение малыми дозами тиреоидных гормонов
- 3) отказаться от лечения гипотиреоза

- 4) назначить большие дозы тиреоидных гормонов в комбинации с кардиальной терапией

117. В ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

- 1) вазопрессин и окситоцин
- 2) АКТГ и гормон роста
- 3) кальцитонин
- 4) кортизол

118. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОДОЛЖЕНИЮ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЮ УЗЛОВОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выраженный косметический дефект
- 2) холодный узел при скинтиграфии щитовидной железы
- 3) признаки компрессии окружающих тканей
- 4) функциональная автономия узла

119. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОДОСТРЫМ ТИРЕОИДИТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ

- 1) антибиотики
- 2) антибиотики с глюкокортикоидами
- 3) НПВП, глюкокортикоиды
- 4) мерказолил и глюкокортикоиды
- 5) мерказолил и тиреоидные гормоны

120. ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствие изменений вен сетчатки
- 2) расширение вен сетчатки, наличие микроаневризм
- 3) наличие пролиферативных изменений в сетчатке
- 4) наличие интратретинальных микрососудистых аномалии
- 5) неоваскуляризация диска зрительного нерва и других отделов сетчатки

121. ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ ДИАБЕТИЧЕСКУЮ РЕТИНОПАТИЮ ОТЛИЧАЕТ ОТ ПРЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ

- 1) отсутствие изменений вен сетчатки
- 2) расширение вен сетчатки, наличие микроаневризм
- 3) наличие очагов помутнения, экссудации
- 4) наличие интратретинальных микрососудистых аномалии
- 5) неоваскуляризация диска зрительного нерва и других отделов сетчатки

122. ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ НЕОБХОДИМО ДОБАВИТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

- 1) мерказолил

- 2) препараты йода
- 3) глюкокортикоиды
- 4) тиреоидные гормоны
- 5)  $\beta$ -блокаторы

123. ЛЕЧЕНИЕ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) начало терапии с полной заместительной дозы L-тироксина
- 2) подбор эффективной дозы по уровню тиреотропного гормона
- 3) использование малых доз L-тироксина с контролем субъективной переносимости
- 4) комбинированную терапию по схеме «блокируй и замещай»

124. К ЗАБОЛЕВАНИЮ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РЕЗКОЙ БОЛЕЗНЕННОСТЬЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ, ОТНОСИТСЯ

- 1) болезнь Грейвса-Базедова
- 2) узловой коллоидный пролиферирующий зоб
- 3) мультифокальная функциональная автономия щитовидной железы
- 4) подострый тиреоидит

125. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) назначение тиреостатиков
- 2) назначение  $\beta$ -адреноблокаторов
- 3) оперативное лечение
- 4) плазмаферез

## РАЗДЕЛ 6 НЕФРОЛОГИЯ

Выбрать один правильный ответ.

1. ПРИ РАЗВИТИИ ЭКЛАМПСИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЕЕ ИСХОД КАК ПРАВИЛО

- 1) неблагоприятный
- 2) благоприятный
- 3) зависит от уровня протеинурии
- 4) зависит от наличия сердечной недостаточности
- 5) зависит от состояния белковых фракций крови

2. УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ КАК ПРАВИЛО

- 1) понижен
- 2) нормальный
- 3) вначале понижен, затем высокий
- 4) вначале повышен, затем снижен
- 5) повышен

3. МОЧЕВАЯ КИСЛОТА СЫВОРОТКИ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ В НОРМЕ

- 1) 0,5-0,8 ммоль/л
- 2) 0,15-0,48 ммоль/л
- 3) 2,2-2,8 ммоль/л
- 4) 1-2 ммоль/л
- 5) 2,8-3,2 ммоль/л

4. О СОСТОЯНИИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖНО КОСВЕННО СУДИТЬ ПО ВЕЛИЧИНЕ В ПЛАЗМЕ

- 1) мочевины
- 2) остаточного азота
- 3) азота мочевины
- 4) креатинина

5. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ДО

- 1) 2000 в 1 мл
- 2) 4000 в 1 мл
- 3) 1000 в 1 мл
- 4) 10 000 в 1 мл
- 5) 8000 в 1 мл

6. ПРИ ЛИПОИДНОМ НЕФРОЗЕ ПРОТЕИНУРИЯ КАК ПРАВИЛО

- 1) неселективная
- 2) смешанная
- 3) высокоселективная

7. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ДО

- 1) 3000 в 1 мл
- 2) 2000 в 1 мл
- 3) 4000 в 1 мл
- 4) 5000 в 1 мл
- 5) 1000 в 1 мл

8. ОБНАРУЖЕНИЕ ГИАЛИНОВЫХ ЦИЛИНДРОВ В МОЧЕ

- 1) свидетельствует о хроническом пиелонефрите
- 2) выявляется при хроническом гломерулонефрите
- 3) характерно для амилоидоза почек
- 4) свидетельствует о патологии почек без дифференциации заболевания
- 5) патологического значения не имеет

9. У БОЛЬНОГО С ВЫЯВЛЕННОЙ ГИПЕРАЗОТЕМИЕЙ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ

- 1) показано
- 2) показано в зависимости от основного заболевания
- 3) показано в зависимости от стадии недостаточности
- 4) не показано
- 5) показано в зависимости от уровня артериального давления

10. В РАННЮЮ ОЛИГУРИЧЕСКУЮ СТАДИЮ РЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- 1) фуросемида
- 2) солевых растворов
- 3) плазмы

11. СОДЕРЖАНИЕ САХАРА В МОЧЕ, РАВНОЕ 1%, УВЕЛИЧИВАЕТ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ НА

- 1) 4 ед
- 2) 2 ед
- 3) 1 ед
- 4) 5 ед
- 5) 3 ед



12. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПРОТЕИНУРИИ 30 Г/Л УДЕЛЬНОГО ВЕСА МОЧИ 1020, ИСТИННЫЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ РАВЕН

- 1) 1005
- 2) 1010
- 3) 1003
- 4) 1013
- 5) 1015

13. МАКСИМАЛЬНЫЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ В УСЛОВИЯХ 18 ЧАСОВОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ

- 1) 1025
- 2) 1010
- 3) 1020
- 4) 1030
- 5) 1018

14. ПРОТЕИНУРИЯ 3 Г/Л УВЕЛИЧИВАЕТ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ

- 1) на 2 ед
- 2) на 5 ед
- 3) на 4 ед
- 4) на 3 ед
- 5) на 1 ед

15. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение свертывающей системы
- 2) туберкулез почки
- 3) хроническая почечная недостаточность
- 4) опухоль почки

16. ПРИ ШОКЕ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) падение артериального давления
- 2) вегетативные нарушения
- 3) влияние токсических веществ из поврежденных тканей
- 4) сопутствующая инфекция
- 5) образование комплексов антигенантитело

17. КРИТЕРИЯМИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) отеки, гипопропротеинемия, гиперхолестеринемия
- 2) отеки, гематурия, артериальная гипертензия
- 3) протеинурия 1 г/сутки, отеки, гиперхолестеринемия
- 4) протеинурия  $\geq 3.0$  г/сутки, гипоальбуминемия  $\leq 30$  г/л
- 5) гипопропротеинемия, отеки, артериальная гипертензия

18. ПОЧКИ ЧЕЛОВЕКА РАСПОЛОЖЕНЫ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

- 1) внутрибрюшинно
- 2) верхние полюса внутрибрюшинно, нижние забрюшинно
- 3) спереди от париетального листка брюшины
- 4) нижние полюса внутрибрюшинно, верхние забрюшинно
- 5) забрюшинно

19. НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН У БОЛЬНОГО С ОТЕКАМИ И ПРОТЕИНУРИЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) заболевания щитовидной железы
- 2) патологии сердечнососудистой системы
- 3) заболевания почек
- 4) пневмонии нетяжелого течения

20. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ АДЕКВАТНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ ЖЕЛАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) минимальное время хранения мочи
- 2) максимальная плотность мочи
- 3) максимально низкий pH мочи
- 4) хранение мочи в холодильнике

21. ПРИ КОНЦЕНТРАЦИИ БЕЛКА В СУТОЧНОЙ МОЧЕ – 1,3 Г/Л, ДИУРЕЗЕ – 800 МЛ. СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1040 мг
- 2) 420 мг
- 3) 1640 мг
- 4) 920 мг
- 5) 1600 мг

22. РЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) травматическом шоке
- 2) поражении сосудов почек
- 3) действии нефротоксических веществ
- 4) обструкции мочевых путей

23. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ВЫРАЖЕННАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ, ЕМУ ПОКАЗАНО

- 1) исследование по Амбурже
- 2) посев мочи
- 3) исследование мочи по Аддису-Каковскому
- 4) исследование мочи по Нечипоренко

24. ОБЩИЙ БЕЛОК СЫВОРОТКИ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ В НОРМЕ

- 1) 65-85 г/л
- 2) 90-100 г/л
- 3) 40-50 г/л
- 4) 50-60 г/л
- 5) 60-70 г/л

25. В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ПРОИСХОДИТ

- 1) понижение клубочковой фильтрации только у мужчин
- 2) сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне
- 3) понижение клубочковой фильтрации
- 4) повышение клубочковой фильтрации

26. У БОЛЬНОГО С ВЫРАЖЕННОЙ МАКРОГЕМАТУРИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) ультразвукового исследования почек
- 2) цистоскопии
- 3) внутривенной урографии

27. СРЕДИ ИЗОТОПНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

- 1) радиоизотопная ренография
- 2) ценность методов равнозначна
- 3) динамическая сцинтиграфия
- 4) статическая сцинтиграфия

28. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) курантил
- 2) тиазидные мочегонные
- 3) аллопуринол
- 4) бенамид

29. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) протеем
- 2) микоплазмой
- 3) кишечной палочкой
- 4) синегнойной палочкой
- 5) L-формами бактерий

30. ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ В ПЕРИОД ОЛИГУРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) гиперстенурия
- 2) гипостенурия при низкой протеинурии

- 3) изостенурия
- 4) гипостенурия при высокой протеинурии
- 5) гипостенурия

31. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК III СТАДИИ РАННИМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВЕРОШПИРОНА И ТРИАМПУРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гинекомастия
- 2) резкое падение артериального давления
- 3) развитие гиперкалиемии

32. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

- 1) показана
- 2) показана в зависимости от выраженности протеинурии
- 3) не показана
- 4) показана при повышении креатинина плазмы
- 5) показана в зависимости от дебюта заболевания

33. В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОНЯТИЮ «СМЕШАННАЯ ФОРМА» СООТВЕТСТВУЕТ СОЧЕТАНИЕ

- 1) гематурии и отеков
- 2) гипертонии и нефротического синдрома
- 3) гематурии и артериальной гипертонии
- 4) нефротического синдрома и гематурии

34. БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ СЛЕДУЕТ ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ

- 1) в урологическое отделение
- 2) только при наличии уросепсиса
- 3) в терапевтическое отделение
- 4) в стационар любого профиля
- 5) в нефрологическое отделение

35. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ НЕФРОТОКСИЧНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) тетрациклины
- 2) аминогликозиды
- 3) цефалоспорины
- 4) полусинтетические пенициллины
- 5) нитрофураны

36. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) олигурия в течение 1 недели

- 2) анурия в течение 1 суток
- 3) повышение креатинина плазмы до 700 мкмоль/л
- 4) повышение калия плазмы до 7 мэкв/л

37. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОДАГРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение уровня мочевой кислоты
- 2) профилактика инфекции
- 3) коррекция гипертонии

38. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦЕЛЕСОБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- 1) после завтрака
- 2) после очистительной клизмы
- 3) натощак
- 4) при наполненном мочевом пузыре
- 5) на фоне пустого мочевого пузыря

39. АЛЛОПУРИНОЛ ПРИ ПОДАГРЕ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ

- 1) 0.3-0.5 г/сутки на 1-1.5 года
- 2) 1 г/сутки на 5-6 месяцев
- 3) 0.3-0.5 г/сутки на 1-2 месяца
- 4) 0.1 г/сутки на 1 год

40. ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) обструкция канальцев кристаллами
- 2) острая урогенная инфекция
- 3) влияние нефротоксических веществ
- 4) внезапное падение почечного кровотока

41. ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) действию нефротоксических веществ
- 2) обструкции мочевых путей
- 3) поражении сосудов почек
- 4) травматическом шоке

42. В СТАДИИ СНИЖЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНОМУ УГРОЖАЕТ

- 1) дегидратация
- 2) гипокалиемия
- 3) отек легких

43. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОЙ КОРРЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение концентрации мочевины крови
- 2) повышение содержания креатинина в крови
- 3) гиперурикемия
- 4) гиперкалиемия
- 5) гиперфосфатемия

44. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 1 месяца
- 2) менее 3 месяцев
- 3) более 1 года
- 4) более 3 месяцев

45. СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ВЕЛИЧИНЕ

- 1) длительности заболевания
- 2) артериальной гипертензии
- 3) скорости клубочковой фильтрации (СКФ)
- 4) протеинурии

46. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

- 1) 4 стадия
- 2) 3б стадия
- 3) 5 стадия
- 4) 3а стадия

47. БЕРЕМЕННОЙ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСОБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) фторхинолонов
- 2) нитрофурановых препаратов
- 3) аминогликозидов
- 4) препаратов тетрациклинового ряда
- 5) полусинтетических пенициллинов

48. РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПОСТИНФЕКЦИОННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) во время заболевания
- 2) через 5-7 дней после начала заболевания
- 3) через 10-14 дней после начала заболевания
- 4) через 1-1.5 мес. после начала заболевания

49. ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ОТЕКИ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) всегда
- 2) как правило
- 3) редко
- 4) никогда
- 5) только в сочетании с низкой плотностью мочи

50. В ПОЛЬЗУ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

- 1) отеки, нормальное артериальное давление, низкая плотность мочи
- 2) отеки, эритроцитурия, повышение артериального давления, высокая плотность мочи
- 3) поллакиурия, дизурия, лейкоцитурия, гипертермия
- 4) артериальная гипертония, односторонние изменения на урограммах
- 5) отеки, массивная протеинурия, отсутствие гематурии, гиперлипидемия

51. АЛЬБУМИН СЫВОРОТКИ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ В НОРМЕ

- 1) 10-20 г/л
- 2) 20-35 г/л
- 3) 35-50 г/л
- 4) 50-60 г/л
- 5) 60-70 г/л

52. ПОВАРЕННУЮ СОЛЬ В ПИЩЕ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) ограничивать до 5 г/сутки
- 2) употреблять до 3 г/сутки
- 3) полностью исключить
- 4) рассчитывать в зависимости от креатинина плазмы
- 5) рассчитывать в зависимости от выраженности протеинурии

53. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ФУРОСЕМИДА ПРИ ВНУТРИ-ВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) не более 30 мин
- 2) 1.5 - 2ч
- 3) 3-4 ч
- 4) 5-6 ч
- 5) 7-8 ч

54. РАЗВИТИЮ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) повышение гидростатического давления
- 2) понижение онкотического давления в сосудах
- 3) повышение проницаемости сосудистой стенки

55. РЕНИН ОБРАЗУЕТСЯ

- 1) в клетках мезангиума
- 2) в гранулярных клетках юкстагломерулярного аппарата
- 3) в клетках плотного пятна
- 4) в клетках собирательного канальца
- 5) по ходу всего нефрона

56. ПРОГНОЗ ПРИ ВТОРИЧНОМ АМИЛОИДОЗЕ В ОСНОВНОМ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОРАЖЕНИЕ

- 1) почек
- 2) надпочечников
- 3) сердечнососудистой системы
- 4) периферической нервной системы

57. В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) замедленно
- 2) ускорено
- 3) не отличается от такового в других возрастных группах

58. АЗОТЕМИЯ ПРИ ХБП РАЗВИВАЕТСЯ С УМЕНЬШЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ НЕФРОНОВ ДО

- 1) 70%
- 2) 50%
- 3) 30%
- 4) 10%

59. ВОЗМОЖНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОЛИГУРИИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-2 недели
- 2) несколько часов
- 3) от нескольких часов до нескольких недель

60. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА БИОПСИЯ

- 1) слизистой десны
- 2) подкожного жира
- 3) слизистой прямой кишки
- 4) почки

61. ГИПОТОНИЯ У БОЛЬНОГО АМИЛОИДОЗОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) поражении сердца
- 2) недостатке натрия в диете



- 3) поражении надпочечников
- 4) развитии почечной недостаточности

62. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) всегда
- 2) часто
- 3) редко

63. ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПОВРЕЖДЕНИЕ КЛУБОЧКОВ ПРОИСХОДИТ ПОД ВЛИЯНИЕМ

- 1) комплекса антиген - антитело
- 2) антигена, направленного против мембраны
- 3) токсинов стрептококка

64. ПРИЧИНОЙ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) протеинурия
- 2) гипопроteinемия
- 3) первичная ретенция натрия

65. К ФАКТОРАМ, ВЕДУЩИМ К ПРЕКРАЩЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) увеличение давления в капсуле Боумена до 15 мм рт. ст.
- 2) увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт. ст.
- 3) снижение почечного кровотока до 600 мл/мин
- 4) снижение систолического давления до 60 мм рт. ст.

66. ПРИ ДЫХАНИИ И ДВИЖЕНИИ ПОЧКИ

- 1) не смещаются
- 2) смещаются до 2 см
- 3) смещаются до 5 см
- 4) смещаются до 5 см только при наличии патологического процесса
- 5) левая почка смещается больше правой

67. ЭРИТРОПОЭТИН ВЫЗЫВАЕТ

- 1) ускоренный гемолиз эритроцитов
- 2) эритропоэтическую порфирию
- 3) стимуляцию эритропоэза
- 4) увеличение жизни эритроцита

68. ДИАГНОЗУ ОТЕКИ ПОЧЕЧНОГО ГЕНЕЗА ПРОТИВОРЕЧИТ ЛОКАЛИЗАЦИЯ

- 1) на лице
- 2) на ногах
- 3) изолированно на руках
- 4) любая

69. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ БАКТЕРИУРИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕНЕН

- 1) бактериоскопический метод
- 2) бактериологический метод
- 3) колориметрический метод

70. ОСАДОК МОЧИ РОЗОВОГО ЦВЕТА, ОБРАЗОВАВШИЙСЯ ПРИ СТОЯНИИ МОЧИ БОЛЕЕ 1 ЧАСА УКАЗАВАЕТ НА НАЛИЧИЕ

- 1) макрогематурии
- 2) оксалатов в моче
- 3) уратов
- 4) фосфатов
- 5) некротических тканей

71. О ПОЧЕЧНОМ ПРОИСХОЖДЕНИИ ЭРИТРОЦИТОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) обнаружение выщелоченных эритроцитов
- 2) одновременное обнаружение эритроцитов и гиалиновых цилиндров
- 3) обнаружение эритроцитарных цилиндров

72. ЖИВОТНЫЙ БЕЛОК И ПОВАРЕННАЯ СОЛЬ В ДИЕТЕ

- 1) повышают клубочковую фильтрацию
- 2) понижают клубочковую фильтрацию
- 3) не изменяют клубочковой фильтрации

73. ТИАЗИДОВЫЕ ДИУРЕТИКИ ДЕЙСТВУЮТ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 1-2 ч
- 2) 5-6 ч
- 3) 10-12 ч
- 4) 15-16 ч
- 5) свыше 24 ч

74. ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА ПРОТЕИНУРИЯ

- 1) до 0.5 г/сутки
- 2) до 3 г/сутки
- 3) более 5 г/сутки
- 4) более 8 г/сутки

75. ДИАГНОЗУ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРОТИВОРЕЧИТ ПРОТЕИНУРИЯ СВЫШЕ

- 1) 0.5 г/сутки
- 2) 1 г/сутки
- 3) 1.5 г/сутки
- 4) 3 г/сутки

76. ДИАГНОЗУ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРОТИВОРЕЧИТ НАЛИЧИЕ

- 1) боли в пояснице
- 2) дизурических расстройств
- 3) отеков лица, ног, туловища

77. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ

- 1) охлаждение
- 2) перегревание
- 3) нарушение пассажа мочи
- 4) острый цистит

78. ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ

- 1) анальгетиков
- 2) гипотензивных средств
- 3) ферментных препаратов
- 4) седативных средств
- 5) диуретиков

79. В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1) инфекция
- 2) отложение иммунных комплексов
- 3) нарушение кровообращения в сосудах почек
- 4) ожирение

80. ПРИ СТАРЧЕСКОМ АМИЛОИДОЗЕ РЕДКО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) центральная нервная система
- 2) сердце, аорта
- 3) почки
- 4) поджелудочная железа

81. ДИАГНОЗ АМИЛОИДОЗА МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ

- 1) биохимического исследования крови
- 2) определения иммуноглобулинов сыворотки крови
- 3) данных ультразвукового исследования почек
- 4) биопсии пораженного органа
- 5) рентгенологического обследования

82. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гломерулонефрит
- 2) папиллярный некроз
- 3) тубулярный некроз
- 4) поражение интерстиция

83. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСТУПАЕТ ОБЫЧНО ЧЕРЕЗ

- 1) 3-12 месяцев
- 2) 1-6 месяцев
- 3) 0,5-4 месяца

84. ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) увеличением удельного веса мочи
- 2) полиурией
- 3) изостенурией

85. ПРОТЕИНУРИЯ ПРИ ПОДОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

- 1) составляет до 0.5 г/сутки
- 2) не превышает 2 г/сутки
- 3) составляет до 3 г/сутки
- 4) превышает 3 г/сутки
- 5) может колебаться от минимального уровня до значительного

86. В СТАДИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНОМУ УГРОЖАЕТ

- 1) отек легких
- 2) гипокалиемия
- 3) гипергидратация
- 4) уремический перикардит

87. ПРОГРЕССИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СВЯЗАНО С

- 1) течением основного заболевания
- 2) высоким уровнем липидов плазмы
- 3) гипокальциемией
- 4) гиперфосфатемией

88. ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТЕИНУРИИ И ПОВЫШЕННОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) поражение почек при артериальной гипертензии
- 2) амилоидоз
- 3) миеломная болезнь
- 4) хронический пиелонефрит
- 5) хронический гломерулонефрит

89. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ

- 1) фибрилляция предсердий
- 2) острая почечная недостаточность
- 3) сложный порок митрального клапана

90. ПРИ РАЗВИТИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, СЛЕДУЕТ

- 1) отменить инсулин
- 2) применить ингибиторы дипептидилпептидазы
- 3) уменьшить суточную дозу инсулина
- 4) уменьшить содержание углеводов в пище
- 5) увеличить получаемую суточную дозу инсулина

91. НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1) острым гломерулонефрите
- 2) хроническом гломерулонефрите
- 3) острым пиелонефрите
- 4) хроническом пиелонефрите
- 5) ХБП IV-V стадии

92. НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1) острым гломерулонефрите
- 2) хронической почечной недостаточности
- 3) компенсированной стадии кистозных заболеваний почек

- 4) синдроме Гудпасчера
- 5) острой почечной недостаточности

93. ИЗ ЧЕТЫРЕХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ОДИНАКОВЫМ УРОВНЕМ КРЕАТИНИНА ПЛАЗМЫ ЛУЧШИЙ ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ БУДЕТ У БОЛЬНОГО С

- 1) амилоидозом почек
- 2) гипертонической формой гломерулонефрита
- 3) синдромом «сольтеряющей» почки
- 4) системной красной волчанкой

94. НЕФРОПАТИЯ ПРИ ПОДАГРЕ РАЗВИВАЕТСЯ В

- 1) 10% случаев
- 2) 15-20% случаев
- 3) 20-40% случаев
- 4) 50-55% случаев
- 5) 60-70% случаев

95. ОСТРЫЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ

- 1) выявлении его после назначения ампициллина
- 2) выявлении его после назначения рифампицина
- 3) идиопатическом интерстициальном нефрите с передним увеитом

96. У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРИ ПРОТЕИНУРИИ СВЫШЕ 1 Г/СУТКИ И ГЕМАТУРИИ ПРОГНОЗ

- 1) благоприятный
- 2) неблагоприятный
- 3) зависит от наличия рефлюкса
- 4) зависит от уровня артериального давления

97. ЛИЦА, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРЫЙ НЕФРИТ, ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА

- 1) 1-2 месяца
- 2) 3-5 месяцев
- 3) 6-12 месяцев
- 4) 2 года
- 5) до 5 лет

98. УРОВЕНЬ КОМПЛЕМЕНТА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

- 1) повышен
- 2) нормальный

- 3) понижен
- 4) зависит от величины протеинурии
- 5) зависит от уровня артериального давления

99. АНТИТЕЛА В СОСТАВЕ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ ЧАЩЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- 1) иммуноглобулинами А
- 2) иммуноглобулинами G
- 3) иммуноглобулинами Е
- 4) иммуноглобулинами М

100. НЕФРОТИЧЕСКОМУ КРИЗУ ПРОТИВОРЕЧИТ НАЛИЧИЕ

- 1) болей в животе
- 2) повышения температуры тела
- 3) рожеподобной эритемы кожи
- 4) острой почечной недостаточности
- 5) резкого ухудшения общего состояния больного

101. В НОРМЕ ВОРОТА ПОЧЕК РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1) на уровне XI-XII грудных позвонков
- 2) на уровне I-II поясничного позвонка
- 3) на уровне III-IV поясничного позвонка
- 4) у женщин выше, чем у мужчин

102. ВВЕДЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ЧЕЛОВЕКУ БЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ВОДЫ

- 1) будет способствовать увеличению диуреза в первые часы
- 2) приводит к уменьшению диуреза в первые часы
- 3) не будет изменять диурез в первые часы

103. ДЕЙСТВИЕ ОСМОТИЧЕСКИХ ДИУРЕТИКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) в проксимальном канальце
- 2) в дистальном канальце
- 3) в восходящем отделе петли Генле
- 4) по ходу всего нефрона
- 5) в собирательной трубке

104. У БОЛЬНОГО С МАССИВНЫМИ ОТЕКАМИ ПРИ ОТСУТСТВИИ НАБУХАНИЯ ШЕЙНЫХ ВЕН И ПРОТЕИНУРИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) застойная сердечная недостаточность
- 2) системная красная волчанка
- 3) цирроз печени

- 4) хронический гломерулонефрит
- 5) пневмония

105. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА "МИНИМАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ" НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) артериальной гипертонией
- 2) нефротическим синдромом
- 3) минимальным мочевым синдромом
- 4) нефротическим синдромом с гипертонией
- 5) микрогематурией

106. БОЛЕЗНЬ БЕРЖЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) выраженной протеинурией и гематурией
- 2) протеинурией, гематурией и отложением иммуноглобулина А в мезангии
- 3) гематурией и отложением иммуноглобулина А в мезангии
- 4) гематурией и отложением в мезангии комплекса антигенантитело

107. ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ АНТИБИОТИКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) появление отеков голеней
- 2) появление болей в пояснице
- 3) повторная волна лихорадки
- 4) повышение артериального давления

108. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ПРОТЕИНУРИЯ

- 1) 0,033 г/л
- 2) 1-2 г/л
- 3) 5-6 г/л
- 4) 8-10 г/л
- 5) 10-12 г/л

109. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ

- 1) легко купируется глюкокортикоидами
- 2) сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности
- 3) встречается очень редко
- 4) исчезает при развитии хронической почечной недостаточности

110. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОЙ МОЧЕКИСЛОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение артериального давления
- 2) развитие нефротического синдрома



- 3) развитие синдрома Фанкони
- 4) острая почечная недостаточность

111. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА ПЛАЗМЫ

- 1) может нормализоваться
- 2) не может нормализоваться
- 3) может нормализоваться при некоторых заболеваниях
- 4) может нормализоваться при целевых уровнях артериального давления

112. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

- 1) всегда имеют очерченный дебют
- 2) никогда не имеют очерченного дебюта
- 3) имеют очерченный дебют в зависимости от характера заболевания
- 4) имеют очерченный дебют только в пожилом возрасте

113. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ФАКТОР ИГРАЕТ НАИМЕНЬШУЮ РОЛЬ ПРИ

- 1) синдроме Альпорта
- 2) поликистозе почек
- 3) реноваскулярной гипертензии
- 4) вторичном амилоидозе
- 5) медуллярной кистозной болезни

114. У БОЛЬНОГО С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАЛИЧИЕ УВЕЛИЧЕННОЙ ПЛОТНОЙ БУГРИСТОЙ И БОЛЕЗНЕННОЙ ПЕЧЕНИ СВЯЗАНО С

- 1) тромбозом почечных вен вследствие метастазов
- 2) амилоидозом печени
- 3) циррозом печени
- 4) хроническим гломерулонефритом с нефротическим синдромом и сердечной декомпенсацией
- 5) камнями желчевыводящих путей

115. О ПРИСОЕДИНЕНИИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) повышение артериального давления
- 2) развитие почечной недостаточности
- 3) развитие гипостенурии
- 4) появление отеков
- 5) нарастание протеинурии

116. У БОЛЬНОГО С УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ 10 ММОЛЬ/Л И ГЛЮКОЗУРИЕЙ 1% ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) ренальная глюкозурия
- 2) диабетический гломерулосклероз
- 3) глюкозурия за счет повышения фильтрационной нагрузки глюкозой
- 4) диабетический пиелонефрит

117. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) латентного гломерулонефрита
- 2) нефротической формы гломерулонефрита
- 3) смешанной формы гломерулонефрита
- 4) гипертонической формы гломерулонефрита

118. К РАЗВИТИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ, КАК ПРАВИЛО, ПРИВОДИТ

- 1) суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия
- 2) мерцание (трепетание) предсердий
- 3) желудочковая пароксизмальная тахикардия
- 4) синусовая тахикардия
- 5) полная атриовентрикулярная блокада

## РАЗДЕЛ 7 РЕВМАТОЛОГИЯ

Выбрать один правильный ответ.

### 1. РЕВМАТОИДНЫЙ УЗЕЛОК – ЭТО

- 1) гранулема воспалительного происхождения
- 2) уплотнение подкожной клетчатки
- 3) отложение кристаллов мочевой кислоты
- 4) отложение солей извести
- 5) разрастания костной ткани

### 2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) антибиотики
- 2) обильное щелочное питье, нестероидные противовоспалительные препараты
- 3) метотрексат
- 4) лефлуномид

### 3. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПОДАГРИЧЕСКИХ ТОФУСОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ушные раковины и разгибательные поверхности локтей
- 2) живот
- 3) сгибательные поверхности локтей

### 4. УЗЕЛОК БУШАРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) отложение солей извести
- 2) остеофит
- 3) гранулема воспалительного происхождения
- 4) отложение кристаллов мочевой кислоты
- 5) уплотнение подкожной клетчатки

### 5. РЕВМАТИЗМ ПОНСЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) туберкулезе
- 2) иерсиниозе
- 3) сальмонеллезе
- 4) хламидиозе

### 6. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ Д-ПЕНИЦИЛЛАМИНА (КУПРЕНИЛА) – ЭТО

- 1) болезнь Бехчета
- 2) псориатический артрит
- 3) системная склеродермия

- 4) ревматоидный артрит
- 5) идиопатический спондилит

7. ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1) дерматомиозите
- 2) болезни Бехчета
- 3) системной склеродермии
- 4) ревматоидном артрите
- 5) системной красной волчанке

8. СИММЕТРИЧНОСТЬ СИНОВИТА ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ

- 1) болезни Рейтера
- 2) болезни Форестье
- 3) ревматоидного артрита
- 4) псориатического артрита
- 5) анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева)

9. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РЕВМАТОИДНЫХ УЗЕЛКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) затылочный бугор
- 2) ушные раковины
- 3) разгибательная поверхность локтевой кости
- 4) пальцы рук

10. ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эписклерит
- 2) склерит
- 3) кератит
- 4) увеит

11. ОЛИГОАРТРИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) 2-3 суставов
- 2) 1 сустава
- 3) 3 и более суставов

12. БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) циклофосфамид
- 2) пеницилламин
- 3) азатиоприн
- 4) метотрексат, лефлуномид
- 5) хлорамбуцил

13. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
- 1) ревматоидном артрите и СКВ
  - 2) дерматомиозите и полимиозите
  - 3) иерсинеозе
  - 4) остеоартрозе и подагрическом артрите
  - 5) болезни Бехчета, саркоидозе, эозинофильном фасциите, болезни Крона
14. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ВАЖНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) артрит дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
  - 2) изменения ногтей (симптом наперстка)
  - 3) сенсорная нейропатия
  - 4) диффузный отек пальцев рук или ног в виде "сардельки"
  - 5) одновременное поражение суставов одного пальца
15. ГИПОТЕТИЧЕСКИМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ
- 1) бета-гемолитического стрептококка группы А
  - 2) вирус Эпштейна-Барра
16. ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ У БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОДМЫШЕЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ДО РАЗМЕРОВ КУРИННОГО ЯЙЦА БИОПСИЯ
- 1) целесообразна
  - 2) не целесообразна
17. ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОГО ТРАКТА МОГУТ ВЫЗВАТЬ
- 1) делагил и плаквенил
  - 2) сульфасалазин
  - 3) преднизолон и нестероидные противовоспалительные препараты
18. АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОЦЕНИВАЮТ
- 1) учитывая клиническую картину и результаты лабораторных исследований
  - 2) только по клиническим проявлениям
  - 3) только по лабораторным показателям
19. ЧАСТОЕ СОЧЕТАНИЕ С КОНКРЕТНЫМ АНТИГЕНОМ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ УСТАНОВЛЕНО ПРИ
- 1) ревматизме
  - 2) гранулематозе Вегенера

- 3) анкилозирующем спондилите
- 4) синдроме Марфана
- 5) болезни Шегрена

20. В СТРУКТУРЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРЕОБЛАДАЕТ

- 1) клеточная масса
- 2) межклеточный матрикс

21. СЕМЕЙНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) синдроме гипермобильности
- 2) ревматизме
- 3) остеоартрозе
- 4) ревматоидном артрите

22. ВРАЩЕНИЕ БЕДРА КНАРУЖИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1) четырехглавая мышца бедра
- 2) двуглавая мышца бедра
- 3) портняжная мышца
- 4) ягодичная мышца

23. ДЛЯ ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВА ТИПИЧНО НАЛИЧИЕ

- 1) остеофитов на краях суставных поверхностей
- 2) околосуставного остеопороза

24. ДЛЯ ПОДАГРЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) участков кистовидных просветлений костной ткани больших размеров
- 2) кальцификация межпозвонковых связок и фиброзных колец межпозвонковых дисков

25. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ИССЛЕДУЮТ

- 1) активность креатинфосфокиназы
- 2) содержание мочевой кислоты в сыворотке, ее суточную экскрецию с мочой
- 3) уровень креатинина
- 4) содержание мочевины и остаточного азота

26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЮТ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 20-50 лет
- 2) 10-20 лет
- 3) 65 лет и старше
- 4) 60-65 лет
- 5) 50-60 лет

27. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ

- 1) почек
- 2) печени
- 3) надпочечников
- 4) сердца
- 5) кишечника

28. ЧРЕЗМЕРНАЯ АКТИВАЦИЯ ФИБРОБЛАСТОВ И ИЗБЫТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НЕЗРЕЛЫХ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН С РАЗВИТИЕМ НЕРЕГУЛИРУЕМОГО ФИБРОЗА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) полимиозите
- 2) системной склеродермии
- 3) ревматоидном артрите
- 4) дерматомиозите
- 5) СКВ

29. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ускорение СОЭ
- 2) повышение уровня альфа<sub>2</sub>-глобулина
- 3) наличие в сыворотке крови С-реактивного белка
- 4) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду
- 5) повышение в синовиальной жидкости количества лейкоцитов и снижение содержания глюкозы

30. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) начало заболевания после длительной физической нагрузки
- 2) поражение проксимальных межфаланговых суставов кистей
- 3) локализация в крупных или дистальных межфаланговых суставах
- 4) первичное изолированное поражение тазобедренных суставов
- 5) нормальная СОЭ

31. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

- 1) развивается полиорганное поражение
- 2) развитие заболевания отмечается преимущественно у пожилых мужчин
- 3) необходимо длительное применение аллопуринола
- 4) развивается мутилирующий артрит

32. АРТРИТ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1) псориазического артрита
- 2) серопозитивного ревматоидного артрита
- 3) серонегативного ревматоидного артрита
- 4) серонегативного спондилита (болезни Бехтерева)
- 5) реактивного артрита

33. СИНДРОМ ШЕГРЕНА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) дерматомиозите, полимиозите
- 2) системной красной волчанке, системной склеродермии, аутоиммунном гепатите, первичном билиарном циррозе печени
- 3) ревматической полимиалгии, болезни Хортона
- 4) остеоартрозе, хроническом подагрическом артрите
- 5) гранулематозе Вегенера, васкулите ЧаргаСтросса

34. СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА ОТРАЖАЮТ

- 1) фибриноген плазмы, антистрептолизин, С-реактивный белок, серомукоид
- 2) антинуклеарный фактор (АНФ)
- 3) антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА)
- 4) антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), ревматоидный фактор
- 5) антитела к двуспиральной ДНК (АТ к ds-ДНК)

35. ПОВЫШЕНИЕ ТИТРОВ АНТИСТРЕПТОКОККОВЫХ АНТИТЕЛ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) ревматоидного артрита
- 2) ревматизма
- 3) системной красной волчанки
- 4) системной склеродермии

36. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА («ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ») ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пеницилламин
- 2) метотрексат
- 3) лефлуномид
- 4) сульфасалазин
- 5) гидроксихлорохин

37. ЛАБОРАТОРНЫМИ МАРКЕРАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) антинуклеарный фактор (АНФ)
- 2) антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА)



- 3) антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), ревматоидный фактор
- 4) антитела к двуспиральной ДНК (АТ к dsДНК)
- 5) антитела к рибонуклеопротеину

38. К ВНЕСУСТАВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1) ревматоидные узелки
- 2) алопецию
- 3) люпуснефрит
- 4) артрит

39. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) аллопуринол
- 2) метотрексат, лефлуномид
- 3) циклофосфамид, азатиоприн
- 4) мелоксикам, напроксен, нимесулид, эторикоксиб

40. ОСТЕОПОРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА

- 1) глюкокортикоидов
- 2) цитотоксических препаратов
- 3) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 4) аллопуринола

41. УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ

- 1) анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева)
- 2) болезни Рейтера
- 3) псориатического артрита
- 4) ревматоидного артрита
- 5) болезни Форестье

42. ОСТРЫЙ ПРИСТУП АРТРИТА I-ГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ

- 1) анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева)
- 2) болезни Рейтера
- 3) псориатического артрита
- 4) ревматоидного артрита
- 5) подагры

43. АНТИТЕЛА К ДВУСПИРАЛЬНОЙ (НАТИВНОЙ) ДНК ЯВЛЯЮТСЯ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ

- 1) системной красной волчанки
- 2) системной склеродермии
- 3) смешанного заболевания соединительной ткани
- 4) дерматомиозита

44. СИНДРОМ РЕЙНО ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ

- 1) ревматоидного артрита
- 2) системной красной волчанки
- 3) дерматомиозита
- 4) системной склеродермии
- 5) болезни Шегрена

45. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) изолированный мочевого синдром
- 2) гломерулонефрит, нефротический синдром
- 3) амилоидоз почек

46. НИЗКОЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С НОРМАЛЬНЫМ ИЛИ ПОВЫШЕННЫМ СИСТОЛИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) митрального стеноза
- 2) митральной недостаточности
- 3) стеноза устья аорты
- 4) аортальной недостаточности

47. УЗЕЛОК ГЕБЕРДЕНА – ЭТО

- 1) разрастания костной ткани
- 2) отложение кристаллов мочевой кислоты
- 3) гранулема воспалительного происхождения
- 4) уплотнение подкожной клетчатки
- 5) отложение солей извести

48. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ЭТИОЛОГИЧЕСКИ СВЯЗАНА С

- 1) зеленым стрептококком
- 2) золотистым стафилококком
- 3) бета-гемолитическим стрептококком группы А
- 4) вирусом Коксаки

49. ТИПИЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) скуловая эритема на лице ("бабочка"), фотодерматит, дискоидная сыпь, капилляриты
- 2) бленоррагическая кератодермия
- 3) угревая сыпь
- 4) фурункулез

50. ДЛЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) быстрое развитие эрозий
- 2) быстрое развитие контрактур
- 3) мутиляция пораженных суставов
- 4) хронологическая связь развития уретрита, артрита и конъюнктивита с урогенитальной или кишечной инфекцией, асимметричный артрит суставов нижних конечностей
- 5) развитие симметричного полиартрита суставов кистей

51. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) утренней скованности
- 2) алопеции
- 3) эндокардита

52. СОЧЕТАНИЕ РАННЕГО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ С ПОКРАСНЕНИЕМ И РЕЗКОЙ ДЕФИГУРАЦИЕЙ СУСТАВОВ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ, НЕФРОПАТИИ, ПРИСТУПОВ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ПОДКОЖНЫХ УЗЕЛКОВ НА УШНЫХ РАКОВИНАХ И ЛОКТЯХ, ТИПИЧНО ДЛЯ

- 1) ревматоидного артрита
- 2) ревматического полиартрита
- 3) остеоартроза
- 4) подагры
- 5) реактивного артрита

53. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ТИПИЧНО

- 1) поражение мелких суставов кистей
- 2) наличие ассоциации с урогенитальной инфекцией
- 3) поражение крупных суставов конечностей, полное обратное развитие суставного синдрома
- 4) наличие стойкой деформации тазобедренных суставов

54. ТОФУС – ЭТО

- 1) остеофит
- 2) отложение в тканях кристаллов мочевой кислоты

- 3) воспалительная гранулема
- 4) уплотнение подкожной клетчатки

55. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ТИПИЧНО

- 1) симметричное и двустороннее поражение суставов кистей рук
- 2) поражение дистальных суставов кистей рук
- 3) асимметричное поражение суставов

56. НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕОБХОДИМО С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1) высоких доз глюкокортикоидов
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов в сочетании с базисными противовоспалительными препаратами
- 3) биологических препаратов

57. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие костных разрастаний в области дистальных межфаланговых суставов
- 2) поражение позвоночника
- 3) эрозивный артрит

58. ДЛЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ТИПИЧНО

- 1) наличие синдрома Рейно
- 2) наличие паннуса
- 3) развитие амилоидоза почек
- 4) наличие остеофитов

59. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

- 1) поражение почек встречается редко
- 2) поражение почек встречается часто
- 3) эффективные методы лечения отсутствуют
- 4) выявляется мегалобластический тип кроветворения при стеральной пункции

60. ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

- 1) преимущественно поражается кожа рук и лица
- 2) изолированно поражается кожа, без вовлечения внутренних органов
- 3) глюкокортикоиды высокоэффективны

61. СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) артрит в основном крупных суставов, узловатую эритему, анкилозирующий спондилит, иридоциклит
- 2) гепатит

- 3) нефрит
- 4) менингоэнцефалит

62. ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) ХАРАКТЕРНЫ

- 1) двусторонний сакроилеит, увеит, аортальная недостаточность
- 2) односторонний сакроилеит, иридоциклит, митральная недостаточность
- 3) наличие синдрома Рейно
- 4) наличие остеофитов

63. ВОЗМОЖНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЧЕК ПРИ ПОДАГРЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) мочекаменная болезнь
- 2) амилоидоз
- 3) гломерулонефрит

64. СКАЧУЩИЙ И КАПИЛЛЯРНЫЙ ПУЛЬС ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) сужения устья аорты
- 2) недостаточности митрального клапана
- 3) митрального стеноза
- 4) коарктации аорты
- 5) недостаточности клапанов аорты

65. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) антибактериальные препараты и нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) циклофосфамид
- 3) высокие дозы глюкокортикоидов
- 4) метотрексат, лефлуномид

66. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ УХУДШЕНИЕ ЗРЕНИЯ ВПЛОТЬ ДО СЛЕПОТЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ

- 1) болезни Бехчета, болезни Хортона, артериите Такаясу
- 2) острой ревматической лихорадке
- 3) острой подагрической атаке

67. СОЧЕТАНИЕ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, УСИЛЕННОГО ПЕРВОГО ТОНА, ПРЕСИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА, ТРЕХЧЛЕННОГО РИТМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) недостаточности митрального клапана
- 2) недостаточности аортального клапана
- 3) стеноза митрального клапана
- 4) дефекта межпредсердной перегородки
- 5) дефекта межжелудочковой перегородки

68. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛОПУРИНОЛОМ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ

- 1) 260 мкмоль/л
- 2) 360 мкмоль/л
- 3) 400 мкмоль/л
- 4) 460 мкмоль/л

69. НИЗКИМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОРТИКОИДОВ (МГ/СУТКИ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ПРЕДНИЗОЛОН) СЧИТАЮТ

- 1) менее 7,5 мг/сутки
- 2) 7,5-30 мг/сутки
- 3) 30-100 мг/сутки
- 4) более 100 мг/сутки

70. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пеницилламин
- 2) метотрексат
- 3) лефлуномид
- 4) сульфасалазин
- 5) гидроксихлорохин

71. ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) ревматизма
- 2) реактивного артрита
- 3) подагры
- 4) системной красной волчанки

72. ВЫЯВЛЕНИЕ ДВУСТОРОННЕГО САКРОИЛЕИТА ВТОРОЙ СТАДИИ И ВЫШЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) ревматоидного артрита
- 2) болезни Бехтерева
- 3) реактивного артрита
- 4) псориатического артрита
- 5) диффузного идиопатического гиперостоза скелета (болезни Форестье)

73. САМЫМ КРУПНЫМ ДИАРТРОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тазобедренный сустав
- 2) коленный сустав
- 3) плечевой сустав
- 4) локтевой сустав

74. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) ревматической полимиалгии
- 2) болезни Кавасаки

75. БИОПСИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) ревматоидного артрита
- 2) туберкулеза сустава
- 3) анкилозирующего спондилоартрита
- 4) реактивного артрита

76. ЭКСТРАГИРУЕМЫЕ ЯДЕРНЫЕ АНТИГЕНЫ – ЭТО

- 1) SS-A/Ro и SS-B/La антигены
- 2) Sm-антиген и рибонуклеопротеин
- 3) односпиральная и двуспиральная ДНК

77. В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТЕОАРТРОЗА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ПОТЕРЯ

- 1) гиалуроновой кислоты
- 2) хондроитин-4-сульфата
- 3) хондроитин-6-сульфата
- 4) кератосульфата
- 5) гепаринсульфата

78. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ОБРАЗУЮТ СУСТАВНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ

- 1) плечевой кости и ключицы
- 2) плечевой кости и гленоидальной впадины лопатки
- 3) плечевой кости и акромиона
- 4) акромиона и ключицы

79. ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ ПРАВОМОЧНОСТЬ ДИАГНОЗА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОПРЕДЕЛЯЕТ НАЛИЧИЕ

- 1) пролиферации синовиоцитов, фибробластов
- 2) лимфоцитарной, плазмноклеточной, макрофагальной инфильтрации
- 3) отложение фибрина
- 4) ревматоидных узелков

80. В ПАТОГЕНЕЗЕ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИЙ

- 1) только Т-хелперов
- 2) только Т-супрессоров
- 3) Т-хелперов и Т-супрессоров

81. ПОРАЖЕНИЕ ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ
- 1) ревматизма
  - 2) системной красной волчанки
  - 3) дерматомиозита
  - 4) ревматической полимиалгии
82. КАЛЬЦИНОЗ (ОТЛОЖЕНИЕ СОЛЕЙ КАЛЬЦИЯ В ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКЕ И МЫШЦАХ) ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
- 1) системной красной волчанки и ревматоидного артрита
  - 2) остеоартроза и подагрического артрита
  - 3) системной склеродермии и дерматомиозита
  - 4) анкилозирующего спондилита и реактивного артрита
83. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
- 1) шейного отдела позвоночника
  - 2) грудного отдела позвоночника
  - 3) поясничного отдела позвоночника
  - 4) крестцового отдела позвоночника
  - 5) крестцовоподвздошных сочленений
84. ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- 1) артритом атланта-аксиального сустава
  - 2) костными анкилозами шейных позвонков
85. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛАПАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) недостаточность митрального клапана
  - 2) митральный стеноз
  - 3) сочетанный митральный порок
  - 4) недостаточность аортального клапана
  - 5) аортальный стеноз
86. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ ХИНОЛИНОВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) гастроэнтерологические нарушения
  - 2) кожные сыпи
  - 3) ретинопатии
  - 4) миопатии
87. ВЫЯВЛЕНИЕ ОДНОСТОРОННЕГО САКРОИЛЕИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- 1) ревматоидного артрита



- 2) болезни Бехтерева
- 3) псориатического артрита
- 4) диффузного идиопатического гиперостоза скелета (болезни Форестье)

88. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 2 нед
- 2) 1 мес
- 3) 2 мес
- 4) 3 мес
- 5) 6 мес

89. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕХАНИЗМОМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ, ЖАРОПОНИЖАЮЩИЙ И АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) подавление миграции макрофагов
- 2) снижение лизосомальной проницаемости
- 3) уменьшение сосудистой проницаемости
- 4) подавление синтеза простагландинов
- 5) ингибция супероксидных радикалов

90. ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) ревматизма
- 2) ревматоидного артрита
- 3) подагры
- 4) микрокристаллической артропатии
- 5) системной красной волчанки

91. К ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫМ (СПЕЦИФИЧЕСКИМ) ИНГИБИТОРАМ ЦОГ-2 ОТНОСЯТСЯ

- 1) целекоксиб, эторикоксиб
- 2) мелоксикам, нимесулид
- 3) ацетилсалициловая кислота
- 4) диклофенак, напроксен
- 5) кеторолак

92. СРЕДНИМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОРТИКОИДОВ (МГ/СУТКИ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ПРЕДНИЗОЛОН) СЧИТАЮТ

- 1) менее 7,5 мг/сутки
- 2) 7,5-30 мг/сутки
- 3) 30-100 мг/сутки
- 4) более 100 мг/сутки

93. ВЫСОКИМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОРТИКОИДОВ (МГ/СУТКИ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ПРЕДНИЗОЛОН) СЧИТАЮТ

- 1) менее 7,5 мг/сутки
- 2) 7,5-30 мг/сутки
- 3) 30-100 мг/сутки
- 4) более 100 мг/сутки

94. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ АЛЛОПУРИНОЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) клинические и рентгенологические признаки хронического подагрического артрита, образование тофусов, нефролитиаз
- 2) бессимптомная гиперурикемия до 780 мкмоль/л у мужчин и 600 мкмоль/л у женщин
- 3) однократный эпизод острого подагрического артрита

95. ПРИ БОЛЕЗНИ ХОРТОНА ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ

- 1) аорты
- 2) коронарных артерий
- 3) почечных артерий
- 4) височных артерий
- 5) легочной артерии

96. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НАЧИНАЕТСЯ В

- 1) субхондральной кости
- 2) синовиальной оболочке
- 3) суставном хряще
- 4) надкостнице
- 5) связочном аппарате сустава

97. ПРИ ВНУТРИВЕННОЙ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ СУММАРНАЯ КУРСОВАЯ ДОЗА МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 500 мг
- 2) 1000 мг
- 3) 1500 мг
- 4) 3000 мг
- 5) 9000 мг

98. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) узловатая эритема
- 2) кольцевидная (аннулярная) эритема
- 3) крапивница
- 4) геморрагическая сыпь

99. ЧАСТОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) недостаточности митрального клапана
- 2) митрального стеноза
- 3) недостаточности аортального клапана
- 4) сужения устья аорты
- 5) пролапса митрального клапана

100. ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) во втором межреберье у правого края грудины
- 2) во 2-3 межреберье у левого края грудины
- 3) у верхушки
- 4) в точке Боткина

101. СОЧЕТАНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА С АРАХНОДАКТИЛИЕЙ И ВЫВИХОМ ХРУСТАЛИКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) ревматизма
- 2) синдрома Марфана
- 3) болезни Бехтерева
- 4) инфекционного эндокардита
- 5) синдрома Элерса-Данлоса

102. КУПИРОВАНИЕ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1) аллопуринола
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) глюкокортикоидов
- 4) иммобилизации пораженных суставов

103. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ТИПИЧНО

- 1) развитие эрозивного артрита
- 2) развитие дисфагии
- 3) наличие лейкоцитоза при обострении
- 4) развитие артропатии Жаку

104. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) ульнарная девиация, деформация пальцев в виде "пуговичной петли" и "лебединой шеи"
- 2) разнонаправленные деформации, мутилирующий артрит
- 3) онихолизис

105. ЖЕНЩИНЫ ЧАЩЕ МУЖЧИН ЗАБОЛЕВАЮТ

- 1) подагрой
- 2) ревматоидным артритом
- 3) болезнью Бехтерева
- 4) болезнью Рейтера
- 5) синдромом Каплана

106. РАЗВИТИЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) молодых мужчин и женщин
- 2) пожилых мужчин и женщин
- 3) детей

107. ТЕРАПИЯ ПОЛИСЕРОЗИТА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) метотрексат
- 3) циклофосфамид

108. ПРИ ВОЛЧАНОЧНОМ НЕФРИТЕ И ТЯЖЕЛОМ ПОРАЖЕНИИ ЦНС ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) высоких доз глюкокортикоидов, циклофосфамида, ритуксимаба
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) варфарина
- 4) аллопуринола

109. СИНДРОМ ВЕРЛЬГОФА (ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ) В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ ЕДИНСТВЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1) ревматоидного артрита
- 2) системной красной волчанки
- 3) геморрагического васкулита
- 4) узелкового полиартериита

110. У БОЛЬНОГО С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ (БОЛЕЗНЬ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА) ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1) кардита
- 2) коронариита
- 3) гломерулонефрита
- 4) цереброваскулита

111. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СОЧЕТАНИЕ ОКОЛОСУСТАВНОГО ОСТЕОПОРОЗА, СУЖЕНИЕ СУСТАВНЫХ ЩЕЛЕЙ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭРОЗИЙ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) 0 рентгенологической стадии
- 2) I рентгенологической стадии
- 3) II рентгенологической стадии
- 4) III рентгенологической стадии
- 5) IV рентгенологической стадии

112. ТЯЖЕЛЫЙ ЭРОЗИВНЫЙ СЕРОПОЗИТИВНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ АССОЦИИРОВАН С НОСИТЕЛЬСТВОМ

- 1) HLA B 27
- 2) HLA B 8
- 3) HLA DR 4
- 4) HLA DR 3

113. УРЕМИЯ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) в течение года
- 2) в течение 1-5 лет
- 3) через 6 лет
- 4) через 7-10 лет
- 5) через 15 лет

114. СИНДРОМ ШЁГРЕНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ БОЛЕЗНИ ШЁГРЕНА

- 1) повышением частоты носительства HLA-B27
- 2) повышением частоты носительства HLA-DR4
- 3) положительным ревматоидным фактором
- 4) наличием антинуклеарных антител
- 5) положительным LE-клеточный тест

115. КОЛЕННЫЕ СУСТАВЫ В НОРМЕ СОДЕРЖАТ

- 1) 1-2 мл жидкости
- 2) 3-5 мл жидкости
- 3) 6-10 мл жидкости

116. ПРИ ЛЕЧЕНИИ D-ПЕНИЦИЛЛАМИНОМ ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) в первые дни лечения
- 2) в первый месяц лечения
- 3) в период 6-12 мес
- 4) после года непрерывного лечения
- 5) независимо от сроков лечения

117. СИНДРОМ ФЕЛТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СОЧЕТАНИЕ РЕВМАТОЙДНОГО АРТРИТА,

- 1) гепатомегалии
- 2) гепатоспленомегалии
- 3) гепатоспленомегалии и подкожных узелков
- 4) гепатоспленомегалии и лейкопении
- 5) лейкопении и подкожных узелков

118. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеит
- 2) афтозное поражение слизистых
- 3) синовит
- 4) кожный васкулит
- 5) менингоэнцефалит

119. ТРИАДА, ВКЛЮЧАЮЩАЯ ПУРПУРУ, АРТРАЛГИИ/ АРТРИТЫ И АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) гранулематоза Вегенера
- 2) болезни Шенлейна-Геноха
- 3) облитерирующего тромбангита
- 4) системной красной волчанки

120. СОЧЕТАНИЕ УПОРНОГО НАСМОРКА, ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ТРАХЕОБРОНХИТА, ПНЕВМОНИИ СО СКЛОННОСТЬЮ К РАСПАДУ И БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) узелкового полиартериита
- 2) гранулематоза Вегенера
- 3) синдрома Гудпасчера
- 4) системной красной волчанки
- 5) синдрома Мошковица

121. ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- 1) пневмонита с дисковидными ателектазами, плеврита
- 2) обструктивного бронхита
- 3) эмфиземы

122. СОЧЕТАНИЕ ОДНОСТОРОННЕГО СИНДРОМА РЕЙНО С ОТСУТСТВИЕМ ПУЛЬСА НА ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ТОЙ ЖЕ РУКИ И ПОВЫШЕНИЕМ АД НА НОГАХ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- 1) атеросклероз
- 2) облитерирующий тромбангит

- 3) болезнь Такаясу
- 4) болезнь Хортона
- 5) коарктацию аорты

123. СОЧЕТАНИЕ КРОВОХАРКАНИЯ, ПОВТОРНЫХ ЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ

- 1) синдром Гудпасчера
- 2) гранулематоз Вегенера
- 3) узелковый полиартериит
- 4) системная красная волчанка

124. ТЕРАПИЯ ПОЛИАРТРИТА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) глюкокортикоиды, гидроксихлорохин (плаквенил), нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) циклофосфамид
- 3) плазмаферез
- 4) варфарин
- 5) ацетилсалициловую кислоту

125. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1) ревматизма
- 2) болезни Хортона (гигантоклеточного артериита)
- 3) дерматомиозита
- 4) полимиозита
- 5) ревматоидного артрита

126. ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кальциноз скелетных мышц
- 2) поражение легких, прогрессирующая дисфагия
- 3) синдром Готтрона

127. АУСКУЛЬТАТИВНУЮ КАРТИНУ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ИМИТИРУЕТ

- 1) недостаточность трехстворчатого клапана
- 2) дефект межжелудочковой перегородки
- 3) недостаточность аортального клапана
- 4) миксома левого предсердия

128. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ОССИФИЦИРУЮЩАЯ ЭНТЕЗОПАТИЯ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПРОДОЛЬНОЙ И ДРУГИХ СВЯЗОК ПОЗВОНОЧНИКА ТИПИЧНА ДЛЯ

- 1) анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева)
- 2) болезни Рейтера
- 3) псориатического артрита
- 4) спондилеза

129. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА МЕТОДОМ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ТИПАМИ СВЕЧЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гомогенный, крапчатый, периферический
- 2) нуклеолярный

130. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА МЕТОДОМ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ХАРАКТЕРНЫМИ ТИПАМИ СВЕЧЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гомогенный, периферический
- 2) крапчатый, нуклеолярный

131. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) 90% больных составляют мужчины
- 2) наличие HLA-B27
- 3) наличие синдесмофитов на рентгенограммах позвоночника
- 4) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора

132. ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) ревматизма
- 2) болезни Бехчета
- 3) подагры
- 4) микрокристаллической артропатии
- 5) системной красной волчанки



## РАЗДЕЛ 8 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ

Выбрать один правильный ответ.

1. ИЗМЕНЕНИЕ ЗУБЦА Р ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1) II,III, aVF, V5 -V6
- 2) I, aVL, V5 -V6
- 3) I, aVL, V1-V2
- 4) II,III, aVF, V1-V2

2. НА НОРМАЛЬНОЙ ЭКГ ЗУБЦЫ Q ДОЛЖНЫ БЫТЬ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1) II,III, aVF
- 2) V4 -V6
- 3) aVR
- 4) V1-V2

3. ГИПЕРТРОФИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) отклонением электрической оси влево
- 2) высоким зубцом R V1-V2

4. ПОЛНАЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) продолжительностью желудочкового комплекса менее 0,12 с.
- 2) желудочковым комплексом типа широкого, зазубренного зубца R V5-V6
- 3) желудочковым комплексом типа qR V5-V6

5. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1) I, aVL, V5-V6
- 2) II,III, aVF
- 3) V1-V4
- 4) I, aVL, V1-V6

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ЭКСТРАСИСТОЛЫ

- 1) из атриовентрикулярного соединения
- 2) синусовые
- 3) предсердные
- 4) желудочковые

7. ЧАЩЕ ВСЕГО ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

- 1) отклонена вправо

- 2) не отклонена
- 3) отклонена влево

8. ШИРИНА КОМПЛЕКСА QRS В НОРМЕ ДОЛЖНА БЫТЬ

- 1) не более 0,10 с
- 2) более 0,10 с

9. К ДОМИНАНТНОМУ ЦЕНТРУ АВТОМАТИЗМА ОТНОСЯТ

- 1) автоматические клетки в предсердиях
- 2) синусовый узел
- 3) атриовентрикулярное соединение
- 4) система Гиса-Пуркинье

10. ПРИЗНАКОМ СИНУСОВОГО РИТМА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) положительный зубец P II и отрицательный зубец PaVR
- 2) отрицательный зубец PII
- 3) положительный зубец PaVR

11. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) высокоамплитудные, с заостренной вершиной зубцы P II, III, aVF
- 2) выраженная вторая фаза зубца P V1-V2
- 3) длительность зубца P превышает 0,1 с

12. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) расширение и раздвоение зубцов P I, aVL, V5-V6
- 2) высокоамплитудный, остроконечный зубец P II, III, aVF
- 3) выраженная первая положительная фаза зубца P V1

13. ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБЦА P ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

- 1) I, aVL, V5 -V6
- 2) II, III, aVF, V1-V2
- 3) II, III, aVF, V5-V6

14. ЧАЩЕ ВСЕГО ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

- 1) не отклонена
- 2) отклонена влево
- 3) отклонена вправо

15. ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)  $R V6 > R V5 > R V4$
- 2) депрессией сегмента ST и отрицательным зубцом T V1-V2

16. ПРИЗНАКОМ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) эпизодическое выпадение комплексов QRS
  - 2) эпизодическое исчезновение зубцов P и связанных с ними комплексов QRS
17. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ
- 1) выпадение комплексов QRS
  - 2) удлинение интервала PR
  - 3) исчезновение зубцов P
18. ПОЛНАЯ БЛОКАДА ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- 1) желудочковым комплексом типа rS V1-V2
  - 2) желудочковым комплексом типа rSR' V1-V2
  - 3) продолжительностью желудочкового комплекса менее 0,12 с.
19. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ
- 1) I, aVL, V5 -V6
  - 2) I, aVL, V1-V2
  - 3) II, III, aVF
  - 4) II, III, aVF, V1-V2
20. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БОКОВОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ
- 1) V1-V4
  - 2) I, aVL, V5-V6
  - 3) II, III, aVF
  - 4) II, III, aVF, V5-V6
21. ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ НАЗЫВАЮТ
- 1) эктопические комплексы
  - 2) преждевременные комплексы
  - 3) комплексы, возникающие после паузы
22. ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИМИ КОМПЛЕКСАМИ НАЗЫВАЮТ
- 1) эктопические комплексы
  - 2) преждевременные комплексы
  - 3) комплексы, возникающие после паузы
23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В КАЧЕСТВЕ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИХ (ЗАМЕЩАЮЩИХ) КОМПЛЕКСОВ И РИТМОВ ВСТРЕЧАЮТСЯ
- 1) предсердные

- 2) атриовентрикулярные
- 3) идиовентрикулярные

24. ПРИЧИНОЙ УШИРЕНИЯ КОМПЛЕКСА QRS НА ЭКГ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) гипертрофия желудочков
- 2) блокада ножек пучка Гиса

25. ШИРИНА ЗУБЦА P В НОРМЕ ДОЛЖНА БЫТЬ

- 1) не более 0,10 с
- 2) более 0,10 с

26. ДЛЯ АВ-БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ II ТИПА (МОБИТЦ II) ХАРАКТЕРНО

- 1) постоянство интервалов PR
- 2) прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS

27. ДЛЯ АВ-БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ I ТИПА (МОБИТЦ I) ХАРАКТЕРНО

- 1) постоянство интервалов PR
- 2) прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS
- 3) частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса

28. ПРИ АВ - БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) выпадение комплексов QRS
- 2) удлинение интервала PR
- 3) исчезновение зубцов P
- 4) уширение комплексов QRS

29. ЧАСТОТА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ ДИСТАЛЬНОГО ТИПА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 60-90 в минуту
- 2) 40-60 в минуту
- 3) менее 40 в минуту

30. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ИБС НА ЭКГ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ В ПОКОЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инверсия зубцов T
- 2) депрессия сегмента ST
- 3) рубцовые изменения миокарда

31. ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА WPW НА ЭКГ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) укорочение интервала  $PR < 0,12$  с, наличие дельта-волны
- 2) глубокие отрицательные зубцы T
- 3) удлинение интервала  $PR < 0,12$  с

32. ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЭКГ ДЛЯ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) инверсия зубцов Т
  - 2) депрессия сегмента ST в большинстве отведений
  - 3) подъем сегмента ST в большинстве отведений
33. ЧАСТОТА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ТИПА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 60-90 в минуту
  - 2) 40-60 в минуту
  - 3) менее 40 в минуту
34. ОСНОВНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ПОЛНУЮ БЛОКАДУ НОЖЕК ПУЧКА ГИСА ОТ НЕПОЛНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) степень отклонения электрической оси
  - 2) ширина желудочкового комплекса более 0,12 с.
  - 3) ширина желудочкового комплекса не более 0,1 с.
35. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕ-ВЕРХНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) нормальная ширина комплекса QRS
  - 2) значительное уширение комплекса QRS
  - 3) резкое отклонение электрической оси сердца влево
  - 4) умеренное отклонение электрической оси сердца влево
36. ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРЕЙШЕЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ЗУБЦОМ Q ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) патологический зубец Q или QS
  - 2) депрессия сегмента ST
  - 3) подъем сегмента ST
  - 4) отрицательный "коронарный" зубец Т
37. ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С НАЛИЧИЕМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) депрессия сегмента ST
  - 2) подъем сегмента ST
  - 3) патологический зубец Q или QS
  - 4) отрицательный "коронарный" зубец Т
38. БЛОКИРОВАННАЯ ЭКСТРАСИСТОЛА ОТНОСИТСЯ К
- 1) обычным желудочковым экстрасистолам
  - 2) ранним желудочковым экстрасистолам

- 3) ранним предсердным экстрасистолам
- 4) экстрасистолам из атриовентрикулярного соединения

39. ЗУБЕЦ Р ПРИ ПРЕДСЕРДНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ

- 1) занимает независимое по отношению к комплексу QRS положение
- 2) имеет форму и полярность, что и зубец Р синусового происхождения
- 3) отличается формой и полярностью от зубца Р синусового происхождения

40. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ПАРОКСИЗМ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) частота сердечных сокращений
- 2) регулярность ритма
- 3) ширина желудочкового комплекса не более 0,1 с.
- 4) ширина желудочкового комплекса более 0,1 с

41. ПОТЕНЦИАЛОМ ПОКОЯ НАЗЫВАЮТ

- 1) разность потенциалов между клеткой и внеклеточной средой во время систолы
- 2) разность потенциалов между клеткой и внеклеточной средой во время диастолы
- 3) разность потенциалов между двумя клетками

42. ПОТЕНЦИАЛОМ ДЕЙСТВИЯ НАЗЫВАЮТ

- 1) быструю деполяризацию клеточной мембраны
- 2) деполяризацию и последующую реполяризацию клеточной мембраны
- 3) деполяризацию клеток проводящей системы сердца
- 4) деполяризацию клеток сократительного миокарда

43. СМЕЩЕНИЕ ПЕРЕХОДНОЙ ЗОНЫ К ОТВЕДЕНИЯМ V1-V2 СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВОРОТЕ ВОКРУГ ПРОДОЛЬНОЙ ОСИ

- 1) по часовой стрелке
- 2) против часовой стрелки
- 3) верхушкой вперед
- 4) верхушкой назад

44. ДЛЯ АВ–БЛОКАДЫ III СТЕПЕНИ (ПОЛНАЯ АВ–БЛОКАДА) ХАРАКТЕРНО

- 1) эпизодическое выпадение комплексов QRS
- 2) разобщенность предсердного и желудочкового ритмов

45. ОТСУТСТВУЕТ СВЯЗЬ МЕЖДУ ЗУБЦАМИ P И КОМПЛЕКСАМИ QRS ПРИ СЛЕДУЮЩИХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА

- 1) миграция водителя ритма по предсердиям
- 2) пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия
- 3) атриовентрикулярная блокада II степени
- 4) полная атриовентрикулярная блокада

46. НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ЗУБЦОВ P БОЛЬШЕ, ЧЕМ КОМПЛЕКСОВ QRS, В СЛУЧАЕ

- 1) полной атриовентрикулярной блокады
- 2) атриовентрикулярной блокады I степени
- 3) миграция водителя ритма

47. ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЛЯ ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q

- 1) достаточно регистрации характерных изменений ЭКГ в динамике
- 2) необходимо определение активности кардиоспецифических изоферментов

48. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СССУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) синусовая брадикардия
- 2) синусовая тахикардия
- 3) миграция водителя ритма

49. АВТОМАТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СИНУСОВОГО УЗЛА ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) спонтанной диастолической деполяризацией клеток синусового узла
- 2) работой натрий-калиевого насоса
- 3) активацией быстрых натриевых каналов

50. СМЕЩЕНИЕ ПЕРЕХОДНОЙ ЗОНЫ К ОТВЕДЕНИЯМ V5-V6 СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВОРОТЕ ВОКРУГ ПРОДОЛЬНОЙ ОСИ

- 1) по часовой стрелке
- 2) против стрелки
- 3) верхушкой вперед
- 4) верхушкой назад

51. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ СИНДРОМА WPW, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пароксизмальная реципрокная АВ-тахикардия
- 2) мерцательная аритмия
- 3) желудочковая тахикардия

52. ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инверсия зубца Т
- 2) депрессия сегмента ST горизонтальная или косонисходящая менее 1 мм
- 3) депрессия сегмента ST горизонтальная или косонисходящая более 1 мм



# ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

## Раздел 1 Гастроэнтерология

| Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| 1.            | 4            | 105.          | 3            | 209.          | 1            |
| 2.            | 2            | 106.          | 1            | 210.          | 3            |
| 3.            | 3            | 107.          | 3            | 211.          | 3            |
| 4.            | 5            | 108.          | 1            | 212.          | 2            |
| 5.            | 1            | 109.          | 4            | 213.          | 3            |
| 6.            | 2            | 110.          | 1            | 214.          | 1            |
| 7.            | 1            | 111.          | 3            | 215.          | 2            |
| 8.            | 3            | 112.          | 3            | 216.          | 1            |
| 9.            | 2            | 113.          | 3            | 217.          | 1            |
| 10.           | 4            | 114.          | 2            | 218.          | 1            |
| 11.           | 4            | 115.          | 4            | 219.          | 2            |
| 12.           | 4            | 116.          | 2            | 220.          | 2            |
| 13.           | 4            | 117.          | 3            | 221.          | 2            |
| 14.           | 4            | 118.          | 3            | 222.          | 1            |
| 15.           | 1            | 119.          | 3            | 223.          | 4            |
| 16.           | 3            | 120.          | 2            | 224.          | 1            |
| 17.           | 5            | 121.          | 1            | 225.          | 4            |
| 18.           | 2            | 122.          | 2            | 226.          | 3            |
| 19.           | 5            | 123.          | 3            | 227.          | 1            |
| 20.           | 3            | 124.          | 2            | 228.          | 2            |
| 21.           | 4            | 125.          | 5            | 229.          | 1            |
| 22.           | 1            | 126.          | 2            | 230.          | 3            |
| 23.           | 1            | 127.          | 4            | 231.          | 3            |
| 24.           | 3            | 128.          | 2            | 232.          | 4            |
| 25.           | 3            | 129.          | 2            | 233.          | 2            |
| 26.           | 1            | 130.          | 3            | 234.          | 2            |
| 27.           | 3            | 131.          | 2            | 235.          | 5            |
| 28.           | 1            | 132.          | 3            | 236.          | 2            |
| 29.           | 1            | 133.          | 4            | 237.          | 1            |
| 30.           | 5            | 134.          | 1            | 238.          | 3            |
| 31.           | 2            | 135.          | 3            | 239.          | 1            |
| 32.           | 2            | 136.          | 3            | 240.          | 4            |
| 33.           | 1            | 137.          | 4            | 241.          | 2            |
| 34.           | 4            | 138.          | 3            | 242.          | 3            |
| 35.           | 4            | 139.          | 1            | 243.          | 3            |

|     |   |      |   |      |   |
|-----|---|------|---|------|---|
| 36. | 3 | 140. | 5 | 244. | 4 |
| 37. | 2 | 141. | 1 | 245. | 2 |
| 38. | 2 | 142. | 4 | 246. | 1 |
| 39. | 1 | 143. | 4 | 247. | 2 |
| 40. | 2 | 144. | 1 | 248. | 1 |
| 41. | 3 | 145. | 1 | 249. | 1 |
| 42. | 1 | 146. | 2 | 250. | 1 |
| 43. | 2 | 147. | 4 | 251. | 5 |
| 44. | 2 | 148. | 2 | 252. | 2 |
| 45. | 2 | 149. | 2 | 253. | 4 |
| 46. | 2 | 150. | 4 | 254. | 2 |
| 47. | 4 | 151. | 5 | 255. | 4 |
| 48. | 3 | 152. | 3 | 256. | 1 |
| 49. | 2 | 153. | 2 | 257. | 4 |
| 50. | 1 | 154. | 1 | 258. | 4 |
| 51. | 3 | 155. | 3 | 259. | 1 |
| 52. | 1 | 156. | 5 | 260. | 1 |
| 53. | 3 | 157. | 2 | 261. | 3 |
| 54. | 1 | 158. | 5 | 262. | 3 |
| 55. | 1 | 159. | 4 | 263. | 2 |
| 56. | 1 | 160. | 3 | 264. | 3 |
| 57. | 3 | 161. | 2 | 265. | 4 |
| 58. | 4 | 162. | 1 | 266. | 4 |
| 59. | 4 | 163. | 5 | 267. | 2 |
| 60. | 2 | 164. | 5 | 268. | 4 |
| 61. | 3 | 165. | 1 | 269. | 5 |
| 62. | 2 | 166. | 1 | 270. | 5 |
| 63. | 3 | 167. | 2 | 271. | 2 |
| 64. | 1 | 168. | 4 | 272. | 2 |
| 65. | 2 | 169. | 4 | 273. | 2 |
| 66. | 2 | 170. | 1 | 274. | 3 |
| 67. | 1 | 171. | 4 | 275. | 2 |
| 68. | 4 | 172. | 4 | 276. | 2 |
| 69. | 1 | 173. | 4 | 277. | 2 |
| 70. | 3 | 174. | 2 | 278. | 4 |
| 71. | 2 | 175. | 3 | 279. | 1 |
| 72. | 4 | 176. | 2 | 280. | 1 |
| 73. | 5 | 177. | 4 | 281. | 3 |
| 74. | 1 | 178. | 2 | 282. | 3 |
| 75. | 1 | 179. | 3 | 283. | 3 |
| 76. | 3 | 180. | 1 | 284. | 3 |
| 77. | 3 | 181. | 3 | 285. | 1 |

|      |   |      |   |      |   |
|------|---|------|---|------|---|
| 78.  | 1 | 182. | 4 | 286. | 3 |
| 79.  | 2 | 183. | 4 | 287. | 2 |
| 80.  | 1 | 184. | 5 | 288. | 1 |
| 81.  | 3 | 185. | 1 | 289. | 4 |
| 82.  | 3 | 186. | 1 | 290. | 5 |
| 83.  | 5 | 187. | 4 | 291. | 4 |
| 84.  | 4 | 188. | 2 | 292. | 3 |
| 85.  | 1 | 189. | 3 | 293. | 4 |
| 86.  | 4 | 190. | 3 | 294. | 4 |
| 87.  | 4 | 191. | 4 | 295. | 4 |
| 88.  | 2 | 192. | 2 | 296. | 1 |
| 89.  | 4 | 193. | 3 | 297. | 5 |
| 90.  | 3 | 194. | 4 | 298. | 5 |
| 91.  | 4 | 195. | 3 | 299. | 2 |
| 92.  | 2 | 196. | 1 | 300. | 1 |
| 93.  | 4 | 197. | 3 | 301. | 3 |
| 94.  | 2 | 198. | 5 | 302. | 2 |
| 95.  | 2 | 199. | 1 | 303. | 4 |
| 96.  | 2 | 200. | 5 | 304. | 3 |
| 97.  | 4 | 201. | 5 | 305. | 2 |
| 98.  | 2 | 202. | 4 | 306. | 4 |
| 99.  | 2 | 203. | 3 | 307. | 3 |
| 100. | 1 | 204. | 1 | 308. | 3 |
| 101. | 5 | 205. | 2 | 309. | 3 |
| 102. | 5 | 206. | 2 | 310. | 4 |
| 103. | 4 | 207. | 2 | 311. | 2 |
| 104. | 1 | 208. | 3 |      |   |

**Раздел 2**  
**Кардиология**

| Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| 1.            | 1            | 59.           | 1            | 117.          | 1            |
| 2.            | 1            | 60.           | 1            | 118.          | 1            |
| 3.            | 3            | 61.           | 1            | 119.          | 1            |
| 4.            | 4            | 62.           | 4            | 120.          | 4            |
| 5.            | 3            | 63.           | 3            | 121.          | 4            |
| 6.            | 2            | 64.           | 5            | 122.          | 3            |
| 7.            | 1            | 65.           | 3            | 123.          | 2            |
| 8.            | 1            | 66.           | 2            | 124.          | 1            |
| 9.            | 2            | 67.           | 2            | 125.          | 3            |

|     |   |      |   |      |   |
|-----|---|------|---|------|---|
| 10. | 1 | 68.  | 1 | 126. | 1 |
| 11. | 1 | 69.  | 1 | 127. | 1 |
| 12. | 1 | 70.  | 2 | 128. | 2 |
| 13. | 4 | 71.  | 3 | 129. | 2 |
| 14. | 2 | 72.  | 2 | 130. | 1 |
| 15. | 3 | 73.  | 2 | 131. | 1 |
| 16. | 4 | 74.  | 1 | 132. | 1 |
| 17. | 1 | 75.  | 3 | 133. | 3 |
| 18. | 2 | 76.  | 2 | 134. | 4 |
| 19. | 3 | 77.  | 3 | 135. | 5 |
| 20. | 3 | 78.  | 2 | 136. | 4 |
| 21. | 4 | 79.  | 2 | 137. | 3 |
| 22. | 1 | 80.  | 1 | 138. | 3 |
| 23. | 1 | 81.  | 2 | 139. | 3 |
| 24. | 1 | 82.  | 2 | 140. | 2 |
| 25. | 3 | 83.  | 1 | 141. | 1 |
| 26. | 3 | 84.  | 1 | 142. | 3 |
| 27. | 2 | 85.  | 1 | 143. | 4 |
| 28. | 1 | 86.  | 4 | 144. | 1 |
| 29. | 4 | 87.  | 3 | 145. | 1 |
| 30. | 2 | 88.  | 2 | 146. | 4 |
| 31. | 2 | 89.  | 1 | 147. | 3 |
| 32. | 3 | 90.  | 4 | 148. | 1 |
| 33. | 3 | 91.  | 3 | 149. | 2 |
| 34. | 4 | 92.  | 1 | 150. | 1 |
| 35. | 4 | 93.  | 2 | 151. | 2 |
| 36. | 4 | 94.  | 1 | 152. | 2 |
| 37. | 3 | 95.  | 3 | 153. | 1 |
| 38. | 2 | 96.  | 3 | 154. | 2 |
| 39. | 2 | 97.  | 3 | 155. | 1 |
| 40. | 2 | 98.  | 1 | 156. | 1 |
| 41. | 1 | 99.  | 1 | 157. | 3 |
| 42. | 1 | 100. | 2 | 158. | 1 |
| 43. | 1 | 101. | 1 | 159. | 4 |
| 44. | 1 | 102. | 1 | 160. | 3 |
| 45. | 1 | 103. | 4 | 161. | 1 |
| 46. | 1 | 104. | 3 | 162. | 2 |
| 47. | 1 | 105. | 4 |      |   |
| 48. | 4 | 106. | 2 |      |   |
| 49. | 1 | 107. | 2 |      |   |
| 50. | 1 | 108. | 3 |      |   |
| 51. | 1 | 109. | 2 |      |   |

|     |   |      |   |  |  |
|-----|---|------|---|--|--|
| 52. | 2 | 110. | 4 |  |  |
| 53. | 1 | 111. | 1 |  |  |
| 54. | 1 | 112. | 1 |  |  |
| 55. | 1 | 113. | 2 |  |  |
| 56. | 2 | 114. | 1 |  |  |
| 57. | 3 | 115. | 1 |  |  |
| 58. | 3 | 116. | 1 |  |  |

**Раздел 3**  
**Пульмонология**

| Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| 1.            | 3            | 74.           | 2            | 147.          | 4            |
| 2.            | 3            | 75.           | 2            | 148.          | 2            |
| 3.            | 2            | 76.           | 1            | 149.          | 1            |
| 4.            | 4            | 77.           | 3            | 150.          | 1            |
| 5.            | 3            | 78.           | 3            | 151.          | 3            |
| 6.            | 1            | 79.           | 3            | 152.          | 4            |
| 7.            | 2            | 80.           | 1            | 153.          | 1            |
| 8.            | 1            | 81.           | 4            | 154.          | 3            |
| 9.            | 2            | 82.           | 3            | 155.          | 1            |
| 10.           | 3            | 83.           | 1            | 156.          | 3            |
| 11.           | 1            | 84.           | 1            | 157.          | 4            |
| 12.           | 2            | 85.           | 3            | 158.          | 3            |
| 13.           | 2            | 86.           | 4            | 159.          | 2            |
| 14.           | 4            | 87.           | 3            | 160.          | 3            |
| 15.           | 3            | 88.           | 1            | 161.          | 5            |
| 16.           | 1            | 89.           | 3            | 162.          | 1            |
| 17.           | 2            | 90.           | 1            | 163.          | 1            |
| 18.           | 1            | 91.           | 4            | 164.          | 3            |
| 19.           | 2            | 92.           | 1            | 165.          | 3            |
| 20.           | 1            | 93.           | 1            | 166.          | 1            |
| 21.           | 1            | 94.           | 2            | 167.          | 3            |
| 22.           | 1            | 95.           | 1            | 168.          | 2            |
| 23.           | 1            | 96.           | 4            | 169.          | 2            |
| 24.           | 2            | 97.           | 1            | 170.          | 3            |
| 25.           | 4            | 98.           | 1            | 171.          | 2            |
| 26.           | 5            | 99.           | 2            | 172.          | 2            |
| 27.           | 2            | 100.          | 1            | 173.          | 4            |
| 28.           | 2            | 101.          | 5            | 174.          | 2            |
| 29.           | 2            | 102.          | 2            | 175.          | 5            |

|     |   |      |   |      |   |
|-----|---|------|---|------|---|
| 30. | 1 | 103. | 2 | 176. | 1 |
| 31. | 1 | 104. | 4 | 177. | 4 |
| 32. | 3 | 105. | 3 | 178. | 3 |
| 33. | 2 | 106. | 1 | 179. | 4 |
| 34. | 1 | 107. | 1 | 180. | 1 |
| 35. | 1 | 108. | 1 | 181. | 1 |
| 36. | 1 | 109. | 1 | 182. | 3 |
| 37. | 2 | 110. | 3 | 183. | 3 |
| 38. | 1 | 111. | 1 | 184. | 2 |
| 39. | 3 | 112. | 4 | 185. | 2 |
| 40. | 2 | 113. | 4 | 186. | 1 |
| 41. | 2 | 114. | 2 | 187. | 1 |
| 42. | 1 | 115. | 2 | 188. | 3 |
| 43. | 3 | 116. | 1 | 189. | 1 |
| 44. | 1 | 117. | 3 | 190. | 4 |
| 45. | 1 | 118. | 3 | 191. | 1 |
| 46. | 1 | 119. | 2 | 192. | 2 |
| 47. | 1 | 120. | 2 | 193. | 4 |
| 48. | 1 | 121. | 2 | 194. | 3 |
| 49. | 3 | 122. | 3 | 195. | 4 |
| 50. | 5 | 123. | 5 | 196. | 3 |
| 51. | 2 | 124. | 3 | 197. | 3 |
| 52. | 2 | 125. | 1 | 198. | 2 |
| 53. | 1 | 126. | 2 | 199. | 3 |
| 54. | 1 | 127. | 4 | 200. | 3 |
| 55. | 1 | 128. | 2 | 201. | 2 |
| 56. | 1 | 129. | 2 | 202. | 2 |
| 57. | 2 | 130. | 3 | 203. | 3 |
| 58. | 1 | 131. | 4 | 204. | 3 |
| 59. | 3 | 132. | 3 | 205. | 5 |
| 60. | 4 | 133. | 1 | 206. | 2 |
| 61. | 4 | 134. | 1 | 207. | 2 |
| 62. | 1 | 135. | 3 | 208. | 2 |
| 63. | 1 | 136. | 4 | 209. | 3 |
| 64. | 1 | 137. | 1 | 210. | 5 |
| 65. | 5 | 138. | 2 | 211. | 3 |
| 66. | 3 | 139. | 1 | 212. | 3 |
| 67. | 2 | 140. | 3 | 213. | 4 |
| 68. | 3 | 141. | 4 | 214. | 2 |
| 69. | 3 | 142. | 1 | 215. | 2 |
| 70. | 1 | 143. | 1 | 216. | 4 |
| 71. | 2 | 144. | 1 | 217. | 2 |

|     |   |      |   |      |   |
|-----|---|------|---|------|---|
| 72. | 2 | 145. | 4 | 218. | 2 |
| 73. | 1 | 146. | 1 | 219. | 3 |

**Раздел 4  
Гематология**

| Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| 1.            | 1            | 19.           | 1            | 37.           | 2            |
| 2.            | 2            | 20.           | 1            | 38.           | 2            |
| 3.            | 5            | 21.           | 3            | 39.           | 3            |
| 4.            | 3            | 22.           | 2            | 40.           | 3            |
| 5.            | 3            | 23.           | 1            | 41.           | 1            |
| 6.            | 2            | 24.           | 1            | 42.           | 4            |
| 7.            | 3            | 25.           | 2            | 43.           | 4            |
| 8.            | 3            | 26.           | 3            | 44.           | 3            |
| 9.            | 3            | 27.           | 3            | 45.           | 3            |
| 10.           | 3            | 28.           | 4            | 46.           | 2            |
| 11.           | 3            | 29.           | 2            | 47.           | 3            |
| 12.           | 1            | 30.           | 2            | 48.           | 3            |
| 13.           | 2            | 31.           | 3            | 49.           | 2            |
| 14.           | 2            | 32.           | 3            | 50.           | 1            |
| 15.           | 1            | 33.           | 4            | 51.           | 1            |
| 16.           | 4            | 34.           | 3            | 52.           | 1            |
| 17.           | 1            | 35.           | 1            |               |              |
| 18.           | 4            | 36.           | 4            |               |              |

**Раздел 5  
Эндокринология**

| Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| 1.            | 3            | 43.           | 1            | 85.           | 3            |
| 2.            | 3            | 44.           | 3            | 86.           | 1            |
| 3.            | 3            | 45.           | 1            | 87.           | 3            |
| 4.            | 3            | 46.           | 3            | 88.           | 4            |
| 5.            | 4            | 47.           | 2            | 89.           | 1            |
| 6.            | 5            | 48.           | 5            | 90.           | 4            |
| 7.            | 2            | 49.           | 1            | 91.           | 3            |
| 8.            | 2            | 50.           | 4            | 92.           | 1            |
| 9.            | 2            | 51.           | 2            | 93.           | 2            |
| 10.           | 1            | 52.           | 3            | 94.           | 4            |

|     |   |     |   |      |   |
|-----|---|-----|---|------|---|
| 11. | 2 | 53. | 3 | 95.  | 1 |
| 12. | 3 | 54. | 4 | 96.  | 2 |
| 13. | 1 | 55. | 1 | 97.  | 3 |
| 14. | 1 | 56. | 1 | 98.  | 2 |
| 15. | 3 | 57. | 3 | 99.  | 1 |
| 16. | 4 | 58. | 1 | 100. | 3 |
| 17. | 3 | 59. | 1 | 101. | 3 |
| 18. | 2 | 60. | 4 | 102. | 2 |
| 19. | 1 | 61. | 3 | 103. | 2 |
| 20. | 2 | 62. | 4 | 104. | 4 |
| 21. | 4 | 63. | 4 | 105. | 5 |
| 22. | 2 | 64. | 2 | 106. | 3 |
| 23. | 2 | 65. | 4 | 107. | 4 |
| 24. | 2 | 66. | 3 | 108. | 4 |
| 25. | 4 | 67. | 4 | 109. | 1 |
| 26. | 1 | 68. | 4 | 110. | 1 |
| 27. | 1 | 69. | 5 | 111. | 4 |
| 28. | 4 | 70. | 2 | 112. | 2 |
| 29. | 1 | 71. | 4 | 113. | 5 |
| 30. | 1 | 72. | 1 | 114. | 2 |
| 31. | 3 | 73. | 1 | 115. | 3 |
| 32. | 2 | 74. | 3 | 116. | 2 |
| 33. | 3 | 75. | 5 | 117. | 2 |
| 34. | 2 | 76. | 1 | 118. | 2 |
| 35. | 1 | 77. | 3 | 119. | 3 |
| 36. | 1 | 78. | 3 | 120. | 2 |
| 37. | 2 | 79. | 3 | 121. | 5 |
| 38. | 3 | 80. | 4 | 122. | 3 |
| 39. | 1 | 81. | 3 | 123. | 3 |
| 40. | 3 | 82. | 2 | 124. | 4 |
| 41. | 2 | 83. | 4 | 125. | 2 |
| 42. | 2 | 84. | 5 |      |   |

**Раздел 6**  
**Нефрология**

| Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| 1.            | 2            | 41.           | 2            | 81.           | 4            |
| 2.            | 2            | 42.           | 3            | 82.           | 3            |
| 3.            | 2            | 43.           | 4            | 83.           | 1            |
| 4.            | 4            | 44.           | 4            | 84.           | 2            |



|     |   |     |   |      |   |
|-----|---|-----|---|------|---|
| 5.  | 2 | 45. | 3 | 85.  | 5 |
| 6.  | 3 | 46. | 3 | 86.  | 2 |
| 7.  | 5 | 47. | 5 | 87.  | 1 |
| 8.  | 5 | 48. | 3 | 88.  | 3 |
| 9.  | 4 | 49. | 2 | 89.  | 1 |
| 10. | 1 | 50. | 2 | 90.  | 5 |
| 11. | 1 | 51. | 3 | 91.  | 5 |
| 12. | 2 | 52. | 5 | 92.  | 4 |
| 13. | 1 | 53. | 2 | 93.  | 3 |
| 14. | 5 | 54. | 2 | 94.  | 5 |
| 15. | 1 | 55. | 2 | 95.  | 3 |
| 16. | 1 | 56. | 1 | 96.  | 2 |
| 17. | 4 | 57. | 3 | 97.  | 4 |
| 18. | 5 | 58. | 3 | 98.  | 3 |
| 19. | 2 | 59. | 3 | 99.  | 2 |
| 20. | 1 | 60. | 4 | 100. | 4 |
| 21. | 1 | 61. | 3 | 101. | 2 |
| 22. | 3 | 62. | 3 | 102. | 2 |
| 23. | 2 | 63. | 1 | 103. | 1 |
| 24. | 1 | 64. | 2 | 104. | 3 |
| 25. | 3 | 65. | 4 | 105. | 2 |
| 26. | 2 | 66. | 3 | 106. | 3 |
| 27. | 3 | 67. | 3 | 107. | 3 |
| 28. | 3 | 68. | 3 | 108. | 2 |
| 29. | 3 | 69. | 2 | 109. | 2 |
| 30. | 1 | 70. | 3 | 110. | 4 |
| 31. | 3 | 71. | 3 | 111. | 3 |
| 32. | 3 | 72. | 1 | 112. | 3 |
| 33. | 2 | 73. | 3 | 113. | 4 |
| 34. | 1 | 74. | 2 | 114. | 1 |
| 35. | 2 | 75. | 4 | 115. | 3 |
| 36. | 4 | 76. | 3 | 116. | 3 |
| 37. | 1 | 77. | 3 | 117. | 3 |
| 38. | 4 | 78. | 1 | 118. | 3 |
| 39. | 1 | 79. | 3 |      |   |
| 40. | 4 | 80. | 3 |      |   |

**Раздел 7**  
**Ревматология**

| Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| 1.            | 1            | 45.           | 2            | 89.           | 4            |
| 2.            | 2            | 46.           | 4            | 90.           | 2            |
| 3.            | 1            | 47.           | 1            | 91.           | 1            |
| 4.            | 2            | 48.           | 3            | 92.           | 2            |
| 5.            | 1            | 49.           | 1            | 93.           | 3            |
| 6.            | 3            | 50.           | 4            | 94.           | 1            |
| 7.            | 5            | 51.           | 1            | 95.           | 4            |
| 8.            | 3            | 52.           | 4            | 96.           | 2            |
| 9.            | 3            | 53.           | 3            | 97.           | 4            |
| 10.           | 4            | 54.           | 2            | 98.           | 2            |
| 11.           | 1            | 55.           | 1            | 99.           | 2            |
| 12.           | 4            | 56.           | 2            | 100.          | 1            |
| 13.           | 5            | 57.           | 3            | 101.          | 2            |
| 14.           | 3            | 58.           | 4            | 102.          | 2            |
| 15.           | 2            | 59.           | 2            | 103.          | 4            |
| 16.           | 1            | 60.           | 1            | 104.          | 1            |
| 17.           | 3            | 61.           | 1            | 105.          | 2            |
| 18.           | 1            | 62.           | 1            | 106.          | 2            |
| 19.           | 3            | 63.           | 1            | 107.          | 1            |
| 20.           | 2            | 64.           | 5            | 108.          | 1            |
| 21.           | 1            | 65.           | 1            | 109.          | 2            |
| 22.           | 1            | 66.           | 1            | 110.          | 3            |
| 23.           | 1            | 67.           | 3            | 111.          | 4            |
| 24.           | 1            | 68.           | 2            | 112.          | 3            |
| 25.           | 2            | 69.           | 1            | 113.          | 2            |
| 26.           | 1            | 70.           | 2            | 114.          | 2            |
| 27.           | 1            | 71.           | 2            | 115.          | 2            |
| 28.           | 2            | 72.           | 2            | 116.          | 5            |
| 29.           | 4            | 73.           | 2            | 117.          | 4            |
| 30.           | 2            | 74.           | 2            | 118.          | 2            |
| 31.           | 1            | 75.           | 2            | 119.          | 2            |
| 32.           | 1            | 76.           | 1            | 120.          | 2            |
| 33.           | 2            | 77.           | 2            | 121.          | 1            |
| 34.           | 1            | 78.           | 2            | 122.          | 3            |
| 35.           | 2            | 79.           | 4            | 123.          | 1            |
| 36.           | 2            | 80.           | 3            | 124.          | 1            |
| 37.           | 3            | 81.           | 3            | 125.          | 2            |

|     |   |     |   |      |   |
|-----|---|-----|---|------|---|
| 38. | 1 | 82. | 3 | 126. | 2 |
| 39. | 4 | 83. | 1 | 127. | 4 |
| 40. | 1 | 84. | 1 | 128. | 1 |
| 41. | 4 | 85. | 1 | 129. | 1 |
| 42. | 5 | 86. | 3 | 130. | 2 |
| 43. | 1 | 87. | 3 | 131. | 4 |
| 44. | 4 | 88. | 4 | 132. | 2 |

**Раздел 8**  
**Электрокардиография**

| Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа | Номер задания | Номер ответа |
|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| 1.            | 4            | 19.           | 3            | 37.           | 3            |
| 2.            | 2            | 20.           | 2            | 38.           | 3            |
| 3.            | 2            | 21.           | 2            | 39.           | 3            |
| 4.            | 2            | 22.           | 3            | 40.           | 3            |
| 5.            | 3            | 23.           | 2            | 41.           | 2            |
| 6.            | 4            | 24.           | 2            | 42.           | 2            |
| 7.            | 3            | 25.           | 1            | 43.           | 2            |
| 8.            | 1            | 26.           | 1            | 44.           | 2            |
| 9.            | 2            | 27.           | 2            | 45.           | 4            |
| 10.           | 1            | 28.           | 1            | 46.           | 1            |
| 11.           | 1            | 29.           | 3            | 47.           | 2            |
| 12.           | 1            | 30.           | 3            | 48.           | 1            |
| 13.           | 1            | 31.           | 1            | 49.           | 1            |
| 14.           | 3            | 32.           | 3            | 50.           | 1            |
| 15.           | 1            | 33.           | 2            | 51.           | 1            |
| 16.           | 2            | 34.           | 2            | 52.           | 3            |
| 17.           | 2            | 35.           | 3            |               |              |
| 18.           | 2            | 36.           | 3            |               |              |

## Список сокращений

|                  |  |
|------------------|--|
| АГ               | – артериальная гипертензия                             |
| АД               | – артериальное давление                                |
| АДГ              | – антидиуретический гормон                             |
| АЛТ              | – аланинаминотрансфераза                               |
| АПФ              | – ангиотензинпревращающий фермент                      |
| АСТ              | – аспартатаминотрансфераза                             |
| АЧТВ             | – активированное частичное тромбиновое время           |
| БА               | – бронхиальная астма                                   |
| ГКС              | – глюкокортикостероиды                                 |
| ДВС              | – диссеминированное внутрисосудистое свертывание       |
| ДПК              | – двенадцатиперстная кишка                             |
| ЖЕЛ              | – жизненная емкость легких                             |
| ИБС              | – ишемическая болезнь сердца                           |
| ИФА              | – иммуноферментный анализ                              |
| КФК              | – креатининфосфокиназа                                 |
| ЛДГ              | – лактатдегидрогеназа                                  |
| НК               | – недостаточность кровообращения                       |
| НПВП             | – нестероидные противовоспалительные препараты         |
| ОФВ <sub>1</sub> | – объем форсированного выдоха за первую секунду        |
| ПОД              | – пищеводное отверстие диафрагмы                       |
| ПТИ              | – протромбиновый индекс                                |
| ПЦР              | – полимеразная цепная реакция                          |
| РА               | – ревматоидный артрит                                  |
| РФ               | – ревматоидный фактор                                  |
| СД               | – сахарный диабет                                      |
| СКВ              | – системная красная волчанка                           |
| СРБ              | – С-реактивный белок                                   |
| ТТГ              | – тиреотропный гормон                                  |
| ТЭЛА             | – тромбоэмболия легочной артерии                       |
| УЗИ              | – ультразвуковое исследование                          |
| ФЖЕЛ             | – форсированная жизненная емкость легких               |
| ХОБЛ             | – хроническая обструктивная болезнь легких             |
| ЧСС              | – частота сердечных сокращений                         |
| ЭГДС             | – эзофагогастродуоденоскопия                           |
| ЭРПХГ            | – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография |
| Ig               | – иммуноглобулин                                       |
| T <sub>3</sub>   | – трийодтиронин  |
| T <sub>4</sub>   | – тироксин   |

## Рекомендуемая литература

1. Дифференциальная диагностика в практике врача-терапевта: учебное пособие / Е. В. Белобородова, Э. И. Белобородова, Г. М. Чернявская и др. – Изд-во «Печатная мануфактура». – Томск, 2013. – 172с.
2. Воробьев, А. С. Электрокардиография: пособие для самостоятельного изучения / А. С. Воробьев. – Электрон. текстовые дан. – СПб.: СпецЛит, 2011.
3. Гастроэнтерология: национальное руководство / под редакцией В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной, 2008. – 480 с.
4. Джон А. Кэмм. Болезни сердца. Перевод с английского. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011г. – 2294 с.
5. Диагностика и лечение болезней почек: руководство для врачей / Н. А. Мухин [и др.]; ред. С. А. Маклецова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 384 с.
6. Кардиология: национальное руководство. – М., 2008. – 1290 с.
7. Клиника, диагностика и лечение основных ревматических болезней: учебное пособие / Д. И. Трухан, С. Н. Филимонов, И. А. Викторова. – Электрон. текстовые дан. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2014. – 159 с.
8. Нефрология: национальное руководство / под ред. Н.А. Мухина, – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 720 с.
9. Основы клинической гематологии: учебное пособие / С.А. Волкова, Н.Н. Боровков. – Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. медицинской академии, 2013. – 400 с.
10. Пульмонология: национальное руководство / под ред. А.Г. Чучалина, – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 960 с.
11. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
12. Руксин В. В. Основы неотложной кардиологии. - СПб, 2007. – 514 с.
13. Шулутко, Б.И. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней / Б.И. Шулутко, С.В. Макаренко. – 5-е изд-е, СПб.: ООО «Медкника» ЭЛ-ПИ – СПб.; Ренкор, 2009. – 699 с.
14. Эндокринология / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 432 с.

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |     |
|---|-----|
| Раздел 1. Гастроэнтерология .....         | 4   |
| Раздел 2. Кардиология .....               | 59  |
| Раздел 3. Пульмонология.....              | 844 |
| Раздел 4. Гематология.....                | 120 |
| Раздел 5. Эндокринология .....            | 129 |
| Раздел 6. Нефрология.....                 | 151 |
| Раздел 7. Ревматология .....              | 171 |
| Раздел 8. Электрокардиография .....       | 193 |
| Эталоны ответов к тестовым заданиям ..... | 201 |
| Список сокращений. ....                   | 212 |
| Рекомендуемая литература .....            | 213 |

Учебное издание

Авторы:

Е.В. Белобородова, Г.М. Чернявская, Э.И. Белобородова, М.И. Калюжина,  
Е.В. Калюжина, В.А. Бурковская, Н.Н. Варлакова, Н.Г. Юнеман,  
Т.А. Колосовская, И.К. Лившиц, С.И. Антипов, Т.П. Калачева

# **ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ. Сборник тестовых заданий**

Учебное пособие

Издательство СибГМУ  
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107  
тел. 8(382-2) 51-41-53  
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

---

Подписано в печать 12.09.2016 г.  
Формат 60x84  $\frac{1}{16}$ . Бумага офсетная.  
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист 13,4  
Тираж 100 экз. Заказ №

---

Отпечатано в Издательстве СибГМУ  
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2  
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru